

María Isabel Porras Gallo

*UNA CIUDAD EN CRISIS: LA EPIDEMIA DE GRIPE  
DE 1918 - 19 EN MADRID*

Directores:

Luis Montiel Llorente

José Martínez Pérez

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA E  
HISTORIA DE LA CIENCIA

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

1994

A mi hija

## AGRADECIMIENTOS

Deseo dar las gracias a todos cuantos me han ayudado en algún momento durante la realización de la investigación que me ha conducido a la elaboración de la presente memoria. Por ello, quiero expresar mi agradecimiento a los miembros de la Unidad de Historia de la Medicina del Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense de Madrid.

Agradezco a mis directores de tesis, los Drs. Luis Montiel Llorente y José Martínez Pérez la dedicación, el interés y el apoyo que me han prestado a lo largo de estos años.

También deseo mostrar de modo muy especial mi reconocimiento a la Dra. Archiola, y a los Drs. Delfín García Guerra y Angel González de Pablo. Con la Dra. Archiola he contraído una deuda de gratitud por la confianza que ha depositado en mí y la ayuda que me ha brindado en todo momento. Al Dr. García Guerra debo el tema de esta memoria y las primeras orientaciones para la realización de la misma. Por su parte, al Dr. González de Pablo he de agradecerle útiles comentarios y sugerencias que me ayudaron en mi investigación.

No puedo olvidar el apoyo que me han brindado los miembros de mi familia, especialmente Mariano, mi hija y mi madre. Tampoco quiero olvidarme de las palabras de ánimo de mis amigas y amigos.

Por último, debo decir que para la realización de esta memoria conté con una beca predoctoral de la U.C.M.

## RELACIÓN DE ABREVIATURAS UTILIZADAS

A.V.M.	Archivo de la Villa de Madrid
Bol.Mensual Estad.Demog.Sanitaria	Boletín Mensual de Estadística Demográfica Sanitaria
Bull. de l'Académie de Médecine	Bulletin de l'Académie de Médecine
Cuad. Hist. Med. Esp.	Cuadernos de Historia de la Medicina Española
I.N.E.	Instituto Nacional de Estadística
J. Hyg. Camb.	Journal of Hygiene of Cambridge
Med. Soc. Esp.	La Medicina Social Española
Publ. Health Rep.	Public Health Report
R.C.U.M.	Registro Civil Único de Madrid
Soc. Hist. Med.	Social History of Medicine
Soc. Sci. Med.	Social Science Medicine



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	I
A. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	II
B. OBJETIVOS.....	XIII
C. MATERIAL Y MÉTODO.....	XVI
NOTAS.....	XXVII
I. GRIPE, ENFERMEDAD EPIDÉMICA E HISTORIA.....	1
I.1. UNA SUCINTA APROXIMACIÓN A LAS PRINCIPALES EPIDEMIAS DE LA EUROPA DEL PASADO.....	3
I.2. LA REACCIÓN SOCIAL ANTE LA ENFERMEDAD EPIDÉMICA: RESPUESTAS SIMILARES EN CONTEXTOS DIFERENTES.....	7
I.3. UN HUÉSPED NO DESEADO: LA GRIPE EN LA HISTORIA DE OCCIDENTE.....	15
I.3.1. <u>Del "tac" a la "gripe": Una breve exposición de                 los principales términos con los que se ha                 designado un cuadro clínico.....</u>	16
I.3.2. <u>Cuando la gripe muestra su peor cara:                 principales epidemias de "influenza".....</u>	19
I.3.3. <u>Explicando y haciendo frente a la enfermedad:                 los sucesivos modos de entender y manejar la                 gripe: presupuestos desde la Medicina.....</u>	26
I.3.3.1. Descripción como especie morbosa.....	26
I.3.3.2. Etiología.....	29
I.3.3.3. Diagnóstico.....	33
I.3.3.4. Tratamiento.....	34
NOTAS.....	37
II. LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1918-19.....	60
II.1. UNA COMPLEJA COYUNTURA HISTÓRICA INTERNACIONAL.....	62
II.2. UNA APROXIMACIÓN A LA ESPAÑA DE 1918-19.....	66
II.3. DESARROLLO GENERAL DE LA PANDEMIA GRIPAL DE 1918-19.....	69

II.3.1. <u>Sobre sus prolegómenos</u> .....	70
II.3.2. <u>Origen y estallido</u> .....	72
II.3.3. <u>Sucesivas oleadas</u> .....	76
II.3.3.1. Primer brote.....	76
II.3.3.2. Segundo brote.....	78
II.3.3.3. Tercer brote.....	80
II.3.4. <u>Principales repercusiones</u> .....	81
II.3.4.1. Sanitarias.....	82
II.3.4.2. Demográficas.....	84
II.3.4.3. Económicas.....	86
II.3.4.4. Políticas.....	87
II.3.4.5. Sobre la vida cotidiana.....	88
NOTAS.....	91
III. UNA CIUDAD EN DIFICULTADES: HISTORIA NATURAL DE LA EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918-19 EN MADRID.....	108
III.1. <i>EL MADRID EN QUE SE ASENTÓ LA EPIDEMIA</i> .....	110
III.1.1. <u>Un bosquejo del desarrollo urbanístico de la         ciudad</u> .....	111
III.1.2. <u>La situación urbana de Madrid en 1918</u> .....	113
III.1.3. <u>La coyuntura político-social</u> .....	117
III.1.4. <u>La organización sanitaria</u> .....	129
III.1.4.1. Un marco legislativo inadecuado.....	131
III.1.4.2. Unas normas para la actuación en caso de epidemia.....	134
III.1.4.3. Las instituciones asistenciales.....	145
NOTAS.....	151
III.2. <i>EL CURSO DE LA EPIDEMIA EN MADRID</i> .....	167
III.2.1. <u>Antecedentes y comienzo</u> .....	168
III.2.2. <u>"La epidemia reinante"</u> .....	173
III.2.3. <u>Vuelve "la enfermedad de moda"</u> .....	175

III.2.4. <u>La tercera visita de la "gripe"</u> .....	184
III.2.5. <u>Un nuevo incremento de la mortalidad</u> .....	188
NOTAS.....	190
III.3. <i>EL COSTE DEMOGRÁFICO DE LA EPIDEMIA EN MADRID</i> .....	198
III.3.1. <u>Mortalidad general</u> .....	200
III.3.2. <u>Mortalidad específica</u> .....	220
III.3.3. <u>Distribución por sexos de la mortalidad</u> .....	239
III.3.4. <u>Distribución de la mortalidad por grupos de edades</u> .....	244
NOTAS.....	270
III.4. <i>LA INCIDENCIA DE LA GRIPE SOBRE LA ECONOMÍA EN MADRID: UN BREVE APUNTE</i> .....	278
NOTAS.....	288
IV. MADRID Y EL DEBATE SOBRE LA EPIDEMIA ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	291
IV.1. <i>LOS PUNTOS DE VISTA DE LOS MÉDICOS</i> .....	293
IV.1.1. <u>La polémica sobre el origen y la naturaleza de la enfermedad epidémica</u> .....	294
IV.1.1.1. El debate en los foros profesionales.....	295
IV.1.1.2. Opiniones en la prensa general.....	307
IV.1.2. <u>El debate sobre el agente etiológico de la gripe</u> .....	311
IV.1.2.1. Ateniéndose a la voz de la autoridad: el bacilo de Pfeiffer.....	314
IV.1.2.2. Adaptándose a los hallazgos del laboratorio: la teoría de la asociación bacteriana.....	319
IV.1.2.3. La necesidad de establecer nuevas hipótesis..	320
IV.1.3. <u>La determinación del cuadro clínico de la gripe</u> .....	328
IV.1.4. <u>Los puntos de vista sobre el diagnóstico de la gripe</u> .....	331
IV.1.5. <u>Posiciones frente a la prevención de la gripe</u> ...	342

IV.1.6.	<u>Las opiniones sobre el tratamiento de la gripe.</u>	346
IV.1.7.	<u>Los juicios sobre la vertiente sociosanitaria de la epidemia.</u>	352
IV.1.7.1.	El problema de las subsistencias y la insalubridad de las viviendas.	353
IV.1.7.2.	Unos recursos sanitarios insuficientes.	355
IV.1.7.3.	La crítica a la reglamentación sanitaria y a las decisiones tomadas por el poder político.	358
IV.1.8.	<u>Las propuestas de los médicos sobre las medidas adoptadas para evitar situaciones similares ante una epidemia: una expresión de sus aspiraciones profesionales.</u>	372
IV.1.8.1.	Las principales inquietudes profesionales de los médicos.	373
IV.1.8.2.	La necesidad de un nuevo marco legislativo sanitario: hacia la creación de un ministerio de Sanidad.	376
IV.1.9.	<u>Algunos problemas relacionados con la práctica médica durante la epidemia.</u>	394
NOTAS.		399
IV.2.	<i>LA POSICIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS ANTE LA EPIDEMIA.</i>	440
IV.2.1.	<u>Una profesión en vías de renovación.</u>	442
IV.2.2.	<u>Los farmacéuticos y el discurso científico sobre la gripe.</u>	444
IV.2.3.	<u>Opiniones sobre las medidas adoptadas para combatir la epidemia.</u>	450
IV.2.4.	<u>Algunos problemas surgidos en el ejercicio profesional durante la epidemia.</u>	457
NOTAS.		464
V.	<i>MADRID Y LAS MEDIDAS POLITICOSANITARIAS DESTINADAS A COMBATIR LA EPIDEMIA.</i>	473
V.1.	<i>LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES LOCALES Y PROVINCIALES.</i>	475
V.1.1.	<u>La reticencia a declarar el estado de epidemia.</u>	476
V.1.2.	<u>Las medidas adoptadas para controlar la</u>	

<u>epidemia</u> .....	487
V.1.2.1. Un objetivo prioritario: tranquilizar a la población.....	488
V.1.2.2. El intento de reforzar la asistencia sanitaria.....	496
V.1.2.3. Medidas de Higiene Pública.....	502
V.1.2.4. Actuaciones contra la crisis de subsistencias y la escasez y carestía de los medicamentos.....	509
V.1.2.5. Decisiones para mejorar el estado y funcionamiento de las instituciones sanitarias.....	513
NOTAS.....	516
V.2. <i>LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS AUTORIDADES GUBERNATIVAS Y ÓRGANOS LEGISLATIVOS DE LA NACIÓN</i> ....	530
V.2.1. <u>La lentitud en admitir la situación de epidemia</u> .....	531
V.2.2. <u>Los debates parlamentarios sobre las medidas a tomar</u> .....	542
V.2.2.1. Interpelaciones en busca de información.....	544
V.2.2.2. La necesidad de mejorar la infraestructura y organizaci3n sanitarias.....	547
V.2.2.3. La necesidad de mejorar las condiciones de vida de la poblaci3n.....	550
V.2.3. <u>Decisiones adoptadas</u> .....	553
V.2.3.1. Para combatir específicamente la epidemia y controlar sus efectos.....	554
V.2.3.1.1. Tranquilizar a la poblaci3n.....	554
V.2.3.1.2. Atender a la asistencia sanitaria de los epidemiados.....	558
V.2.3.1.3. Conceder créditos.....	560
V.2.3.1.4. Luchar contra la carestía.....	564
V.2.3.1.5. Dictar medidas de Higiene Pública.....	567
V.2.3.2. Para mejorar la situaci3n sanitaria general de la Naci3n.....	571
NOTAS.....	576

VI. EL COMPORTAMIENTO DE LA POBLACIÓN MADRILEÑA ANTE LA EPIDEMIA.....	593
VI.1. LA PERCEPCIÓN DE LA EXISTENCIA DE LA EPIDEMIA: LA PRENSA Y LA CREACIÓN DE UN ESTADO DE OPINIÓN.....	595
VI.2. REACCIONES Y ACTITUDES DE LOS PROFANOS.....	607
VI.2.1. <u>Una aproximación a la percepción popular de la epidemia</u> .....	608
VI.2.2. <u>Las críticas a las medidas adoptadas</u> .....	625
VI.2.3. <u>En busca de soluciones</u> .....	634
VI.2.4. <u>Los cambios en la vida cotidiana de los madrileños</u> .....	638
NOTAS.....	640
CONCLUSIONES.....	650
BIBLIOGRAFÍA.....	668
APÉNDICE DOCUMENTAL.....	719

## ÍNDICE DE CUADROS

1.III.1. Distribución de comercios por distritos.....	126
2.III.1. Distribución de industrias por distritos.....	127
3.III.1. Distribución de obreros por distritos.....	128
4.III.1. Hospitales madrileños en 198-19.....	147
1.III.3. Mortalidad específica de la ciudad de Madrid....	222
2.III.3. Total de nacimientos y defunciones de la ciudad de Madrid. Distribución por distritos, años y meses.....	265
3.III.3. Número de habitantes. Distribución por distritos, años y sexo.....	266

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.III.1. División administrativa de la ciudad de Madrid de 1902 (vigente en 1918-19).....	114
2.III.1. Distribución preferente del proletariado en la ciudad de Madrid en 1910.....	121
3.III.1. Los distritos de Madrid según el status socioeconómico de sus habitantes.....	122
4.III.1. Distribución por distritos en los comercios en 1919.....	124
5.III.1. Distribución por distritos de las industrias en 1919.....	125
6.III.1. Distribución por distritos de los obreros en 1919.....	130
7.III.1. Distribución por distritos de los hospitales madrileños en 1918-19.....	146

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

1.III.2. Mortalidad diaria en Madrid (mayo-junio 1918)...	174
2.III.2. Mortalidad general de Madrid. Distribución por meses y por años.....	181
3.III.2. Mortalidad diaria en Madrid (octubre-noviembre -diciembre 1918).....	183
4.III.2. Mortalidad diaria en Madrid (febrero-marzo-	

abril 1919).....	185
1.III.3. Mortalidad general de la ciudad de Madrid. Distribución por años.....	202
2.III.3. Mortalidad general. Distribución por distritos y por años.....	204
3.III.3. Tasas de mortalidad general de los distritos madrileños. Año 1915.....	205
4.III.3. Tasas de mortalidad general de los distritos madrileños. Año 1918.....	206
5.III.3. Tasas de mortalidad general de los distritos madrileños. Año 1919.....	207
6.III.3. Mortalidad general de la ciudad de Madrid. Distribución por distritos. Años 1918-19.....	209
7.III.3. Mortalidad general de la ciudad de Madrid. Distribución por distritos. Años 1918-19.....	210
8.III.3. Mortalidad general de la ciudad de Madrid. Distribución por meses y por años.....	213
9.III.3. Mortalidad general. Distribución por meses y por distritos. Año 1918.....	215
10.III.3. Mortalidad general. Distribución por meses y por distritos. Año 1918.....	216
11.III.3. Mortalidad general. Distribución por meses y por distritos. Año 1919.....	217
12.III.3. Mortalidad general. Distribución por meses y por distritos. Año 1919.....	218
13.III.3. Mortalidad por gripe. Distribución por distritos y por años.....	223
14.III.3. Mortalidad por bronquitis crónica. Distribución por distritos y por años.....	226
15.III.3. Mortalidad por bronquitis aguda. Distribución por distritos y por años.....	227
16.III.3. Mortalidad por neumonía. Distribución por distritos y por años.....	229
17.III.3. Mortalidad por tuberculosis pulmonar. Distribución por distritos y por años.....	231
18.III.3. Mortalidad por otras enfermedades respiratorias. Distribución por distritos y por años.....	233
19.III.3. Mortalidad por diarrea y enteritis en niños	



	menores de 2 años. Distribución por distritos y por años.....	234
20.III.3.	Tasas específicas de mortalidad de la ciudad de Madrid. Distribución por meses. Años de 1918-1919.....	236
21.III.3.	Mortalidad general de Madrid. Distribución por sexos y meses. Años 1918-1919.....	241
22.III.3.	Mortalidad general de Madrid. Distribución por sexos y meses. Años 1918-1919.....	242
23.III.3.	Mortalidad por gripe de la ciudad de Madrid. Distribución por sexos y por meses. Años 1918-1919.....	243
24.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades y años.....	245
25.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades. Año 1915.....	247
26.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades. Año 1918.....	248
27.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades. Año 1919.....	249
28.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades. Año 1920.....	250
29.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad general de Madrid según grupos de edades. Año 1921.....	251
30.III.3.	Mortalidad infantil de la ciudad de Madrid. Distribución por años.....	252
31.III.3.	Mortalidad infantil por gripe de la ciudad de Madrid. Distribución por años.....	254
32.III.3.	Mortalidad absoluta por gripe según grupos de edades y años.....	255
33.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades y años.....	256
34.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades. Año 1915.....	257
35.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades. Año 1918.....	258

36.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades. Año 1919.....	259
37.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades. Año 1920.....	260
38.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades. Año 1921.....	261
39.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad femenina por gripe según grupos de edades y años.....	263
40.III.3.	Distribución porcentual de la mortalidad masculina por gripe según grupos de edades y años.....	264

## INTRODUCCIÓN

*A. ESTADO DE LA CUESTIÓN*

La presente memoria pretende contribuir a un mejor conocimiento del modo en que una epidemia altera la dinámica de una colectividad. En ese sentido, se plantea estudiar el modo en que la pandemia de gripe de 1918-19 afectó a la ciudad de Madrid y el tipo de reacciones que esta situación provocó entre diferentes sectores de la sociedad. Se enmarca así, por tanto, en una de las líneas de investigación historicomédica que se ha mostrado más fructífera en los últimos años: la que tiene a la enfermedad como objetivo fundamental de trabajo.

La historia de la enfermedad ha sido un campo de estudio al que se ha concedido especial atención desde distintas disciplinas historiográficas. Este interés se justifica por el valor que el hombre concede a la enfermedad y por el hecho de que, como ha señalado Arrizabalaga,

"el estudio de las enfermedades en las sociedades del pasado, además de su interés intrínseco, suministra claves que permiten una mejor comprensión de las actuales reacciones sociales ante la enfermedad e iluminan la búsqueda de respuestas eficaces frente a ella"<sup>1</sup>.

La aparición del SIDA y la conmoción que este hecho ha provocado en la sociedad occidental ha revelado hasta qué punto tienen relevancia e interés los estudios históricos sobre la enfermedad, y, en concreto, sobre la enfermedad epidémica<sup>2</sup>. La respuesta a esta situación ha sido el renovado interés que han mostrado los investigadores en los últimos años hacia las enfermedades del pasado. Así debe interpretarse, según Arrizabalaga, no sólo la aparición de

numerosas publicaciones dedicadas a analizar el fenómeno del SIDA, sino también el hecho de que se haya incrementado el número de obras nuevas dedicadas a estudiar la enfermedad en diversos contextos y la reimpresión y traducción de algunos textos publicados con anterioridad. Tradicionalmente esta estrategia ha formado parte de la respuesta a la aparición de nuevas pandemias y epidemias<sup>3</sup>.

Durante las últimas décadas se ha producido, además, otro acontecimiento de interés en los estudios históricos sobre la enfermedad: la renovación que éstos han experimentado tanto a nivel temático como conceptual y metodológico. Por lo que se refiere al primero de los aspectos señalados cabe destacar la atención que se viene prestando recientemente al estudio de otras enfermedades -epidémicas, endémicas, degenerativas, carenciales, laborales- y no sólo a las grandes epidemias, como había sido tradicional. La otra novedad se refiere a las aportaciones metodológicas y conceptuales que otras ciencias sociales, especialmente la antropología, la sociología, la demografía y la economía política han proporcionado al estudio histórico de la enfermedad<sup>4</sup>. El resultado de todo esto ha sido, por un lado el surgimiento de una nueva historiografía y la superación con ello de las orientaciones historicomédicas más tradicionales; por otro, la introducción del enfoque interdisciplinar en los estudios históricos sobre la enfermedad<sup>5</sup>.

La introducción por Sigerist en la década de los años cuarenta de nuestro siglo de un nuevo modelo de investigación historicomédica, el denominado método histórico social,

posibilitó el comienzo de una nueva historiografía de la enfermedad. Ésta fue puesta en práctica primeramente por Ackerknecht, que con su monografía *History and Geography of the Most Important Diseases*, New York (1965), inició esa nueva historiografía de la enfermedad realizada desde el ámbito de la propia historia social de la medicina. Esta aproximación, seguida por investigadores de diferentes países, ha sido muy fructífera.

La historiografía de nuestro país, que siempre prestó gran atención a las enfermedades infecciosas de carácter epidémico, también ha adoptado, según ha mostrado Bernabeu, este modelo historicosocial en las últimas décadas, fruto de lo cual son las numerosas publicaciones aparecidas desde finales de los sesenta y especialmente en los últimos años<sup>6</sup>. Algunas de estas publicaciones fueron presentadas al V Congreso Nacional de Historia de la Medicina (Madrid, 1977) que dedicó tres ponencias y dieciocho comunicaciones a la historia de la enfermedad, publicándose todas ellas en el número monográfico de *Asclepio* de 1977. En esta misma línea hay que destacar la contribución de Agustín Albarracín, que coordinó dos volúmenes dedicados también a la historia de la enfermedad<sup>7</sup>. Recientemente la Fundación Uriach ha publicado algunos textos sobre esta temática<sup>8</sup>.

Una buena muestra de la importancia que este modelo historiográfico ha adquirido en los últimos años son las reuniones que, como han señalado Arrizabalaga y Bernabeu, se vienen celebrando en distintos puntos de Europa desde el inicio de la década anterior, habiéndose publicado en muchos

## VI

casos el contenido de las mismas. Encuentros de estas características han sido los siguientes: el Coloquio de la Casa de Velázquez, "La enfermedad en España y Francia al fin del Antiguo Régimen" (Madrid, 1982); la reunión celebrada en el marco de los coloquios anuales de "Mahler" organizada por la "Société de Démographie Historique" en París (22 de octubre de 1988) bajo el título "La société face aux grandes contagions, choléra, tuberculose, syphilis, XIX<sup>e</sup> siècles"; el organizado por la revista *Past and Present*, "Epidemics and Ideas" (Oxford, 1989); el de la revista *Histoire au Present*, "Maladies, médecine et sociétés", (París, 1990); y el coloquio "The History of Public Health and Prevention", (Estocolmo, 1991) que ha sido organizado por la "Graduate School of Health and Society" de la universidad sueca de Linköping, la "Maison des Sciences de l'Homme" de París y el "Wellcome Institute for the History of Medicine" de Londres<sup>9</sup>. Es interesante destacar la llamada de atención que se realizó en la reunión de París de 1988 y en la Oxford de 1989 sobre la necesidad de profundizar en la consecución de una historia social de las enfermedades, centrando la atención en una triple vertiente: el discurso médico, el discurso político y el análisis de las reacciones de la población<sup>10</sup>.

En esta misma línea debe ser entendida la labor que viene realizando desde 1988 la revista *Social History of Medicine* publicada en Gran Bretaña por la "Society for the Social History of Medicine".

Dentro de nuestras fronteras también ha habido recientemente algunas iniciativas similares, siendo una de



## VII

ellas la acometida por la revista *Dynamis*, que, en el volumen de 1991 y coordinado por Jon Arrizabalaga abordó de modo monográfico la historia de la enfermedad: sus nuevos enfoques y problemas. También responde a esta orientación la reunión que bajo el título "Encontre Interdisciplinari sobre Malaltia i Cultura" y organizada por el Seminari d'Estudis sobre la Ciència en València se celebrará los días 16 y 17 de junio de 1994 en dicha ciudad.

Por lo que se refiere a la historia de la gripe, hay que decir que, como ha puesto de relieve Olagüe, la historiografía sobre esta enfermedad es relativamente abundante<sup>11</sup>. Estudios generales sobre este proceso se encuentran en los principales textos dedicados a la historia de las enfermedades infecciosas, sobre los que da buena cuenta este mismo autor en su artículo. Otras fuentes interesantes son algunos tratados de orientación nosotóxica del siglo XVIII, los principales diccionarios médicos de la pasada centuria y los grandes tratados de Historia de la Medicina, sobre los que Olagüe también informa, al igual que en relación con la bibliografía existente sobre la epidemia de 1708-1709 -sobre la que se centra su estudio-<sup>12</sup>.

En cuanto a los estudios relativos a la pandemia de gripe de 1918-19 hay que señalar que la producción literaria sobre dicha pandemia se ha visto condicionada por los conocimientos sobre la enfermedad. Por un lado, el aislamiento del primer virus de la gripe en 1933 por Smith, Andrews y Laidlaw, dio lugar a la aparición y crecimiento posterior de una nueva literatura sobre la gripe de carácter epidemiológico, que

## VIII

apoyándose en los conocimientos adquiridos sobre los virus de la gripe y en la experiencia que han proporcionado las epidemias de la era virológica, ha estudiado la epidemiología histórica de esta enfermedad y ha formulado una serie de patrones de difusión epidemiológica a los que se habrían ajustado las distintas epidemias y pandemias históricas. Esta literatura ha prestado especial atención a la pandemia de 1918-19 dedicándole algunos capítulos en las obras más generales de epidemiología histórica, y numerosos artículos de revistas. Los descubrimientos realizados en el campo de la virología y el desarrollo de nuevas pandemias han impulsado este tipo de trabajos, que son particularmente más frecuentes a partir de mediados de los setenta y, especialmente, desde mediados de los ochenta hasta la actualidad. Aportaciones que merecen ser destacadas desde este punto de vista son las siguientes: Kilbourne, Pyle, Patterson, Campbel, Cliff, Hagget, Ord, Gleezen, Payne, Snyder, Downs, Hope-Simpson y Burnet<sup>13</sup>.

Junto a este tipo de estudios hay otro gran grupo de trabajos que se han ocupado de la pandemia de 1918-19 de modo monográfico, y que son de carácter histórico, con una orientación historicomédico o demograficohistórica. Éstos se han visto dinamizados con la llegada de cada nueva pandemia - 1946, 1957, 1968, 1977-, observándose una cada vez más abundante bibliografía. En unos casos, se trata de estudios locales<sup>14</sup>, y en otros son más generales, como por ejemplo el de Crosby (1976) o la tesis doctoral de Koenen (1970), ocupándose el primero de estudiar el desarrollo de la pandemia

## IX

en un determinado país -los Estados Unidos- o a dar -en el caso de Koenen- una visión global del desarrollo de la pandemia en el mundo<sup>15</sup>. /ae

Creo que es interesante señalar que a mediados de la década de los setenta se produjo un nuevo impulso, probablemente uno de los más importantes, con motivo de la alarma que provocó en Estados Unidos el aislamiento en 1976 de un virus de la gripe porcina, cuyas características, según los investigadores, eran similares a las del virus que se ha relacionado con la pandemia de 1918-19. Este hecho dio lugar a reuniones especiales, al diseño y puesta en práctica de un controvertido plan de profilaxis frente a esta enfermedad, con el fin de evitar un desastre de las proporciones de la pandemia de 1918-19, y a una serie de publicaciones, no sólo de las reuniones que se celebraron, sino también de diferentes estudios monográficos sobre la pandemia de 1918-19, tanto locales como generales<sup>16</sup>. Este suceso amplió el ámbito geográfico de las investigaciones, aunque el mayor número de ellas siguió correspondiendo a los Estados Unidos<sup>17</sup>.

A partir de los años 80 probablemente en relación con el impulso que han sufrido los estudios sobre la historia de la enfermedad con motivo de la aparición del SIDA en la sociedad occidental, han aparecido nuevos trabajos sobre la pandemia de gripe de 1918-19 que se han centrado en realizar estudios locales en los Estados Unidos, Africa, Indonesia e India, tal y como han puesto de relieve Patterson y Pyle<sup>18</sup>. Algo similar, aunque en menor grado, parece haber ocurrido en el Japón, tal y como han mostrado Palmer y Rise<sup>19</sup>. La renovada vigencia que

han cobrado en los últimos años los estudios de la pandemia de 1918-19 ha sido aprovechada por algunos autores, entre ellos Crosby, para publicar nuevas versiones sobre alguna de las obras aparecida en la década de los setenta<sup>20</sup>.

Aunque, como he indicado anteriormente, la producción bibliográfica ha sido cada vez más abundante<sup>21</sup>, tal y como han señalado Patterson y Pyle, siguen echándose en falta estudios locales relativos al desarrollo de esta pandemia en Europa del Este, China, Oriente Medio y el Sudeste Asiático<sup>22</sup>.

Recientemente ha aparecido un texto titulado *1918-19 Pandemic of Influenza. The Urban Impact in the Western World*<sup>23</sup>, al que todavía no he tenido acceso, que como el título indica se limita sólo al Mundo Occidental, centrándose en el ámbito urbano.

Por lo que respecta al caso de nuestro país hay que señalar que la historiografía médica española no se ha ocupado de dicha pandemia hasta la década de los setenta, siendo el primero, y el único trabajo de ese período, el estudio local relativo al desarrollo de la epidemia en Benisa (Alicante) que realizó Cardona Ivars<sup>24</sup>. Al igual que en otros países, la aparición del SIDA atrajo la atención de los investigadores sobre esta pandemia, poniéndose en marcha una serie de estudios que han dado como fruto una serie de publicaciones locales, entre ellas: la de Tomás Montserrat (1982), March Bisbal y Salas Vives (1989), Carrilo y cols. (1985), Bernabeu (1991a), Rodríguez Ocaña (1991), Palazón Ferrando (1991), siendo particularmente interesantes los cuatro últimos<sup>25</sup>.

También desde la Historia de la Medicina ha habido

múltiples tesis realizadas en la Universidad de Salamanca que han tenido como objeto de estudio el desarrollo de esta epidemia en diversos puntos de nuestra geografía. Entre ellas cabe citar las siguientes: Elexpuru Camiruaga (1984) [una parte de ella dio lugar a una publicación en 1986), García-Faria del Corral (1991), Sena Espinel (1992)<sup>26</sup>.

Junto a estos acercamientos historicomédicos a la pandemia de gripe de 1918-19 hay que señalar también los que recientemente se han hecho desde otros ámbitos. Éste ha sido el caso de la tesis doctoral y posterior libro que la socióloga Echeverri Dávila, con un enfoque marcadamente demográfico, ha dedicado a estudiar el desarrollo de esta pandemia de gripe en España<sup>27</sup>. Éstas han sido las primeras y, hasta el momento, las únicas contribuciones historiográficas que ofrecen una visión general del desarrollo y de las repercusiones demográficas de la pandemia de 1918-19 en nuestro país, y que viene a ser el complemento de la serie de estudios locales españoles que hemos comentado anteriormente.

En relación con la existencia de posibles estudios sobre esta pandemia referidos a la ciudad de Madrid, debo señalar la práctica ausencia de los mismos, ya que la única aportación realizada en este sentido ha sido la tesina realizada por Blanca García-Moon, en la que se estudian de forma conjunta y muy superficialmente la epidemia de cólera de 1885, la de gripe de 1889-90 y la de 1918-19<sup>28</sup>.

Por tanto, a la vista de la falta de estudios sobre el desarrollo de la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid, creo que la memoria que aquí presento contribuye a cubrir el vacío

XII

existente sobre dicha cuestión.

**B. OBJETIVOS**

A la vista de lo anterior, y teniendo en cuenta las nuevas orientaciones historiográficas en el estudio de las enfermedades, los objetivos concretos que se plantea cubrir esta tesis doctoral son los siguientes:

- Describir las condiciones higienicourbanísticas y sanitariosociales de la ciudad de Madrid en el momento de iniciarse la epidemia.

- Estudiar el curso de la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid.

- Determinar las repercusiones de la epidemia sobre la mortalidad de Madrid y la de cada uno de sus diez distritos.

- Valorar la actitud tomada por los médicos madrileños ante la situación de epidemia en sí, y ante las medidas tomadas por las autoridades competentes.

- Mostrar el discurso científico que elaboraron los médicos madrileños sobre la gripe durante la epidemia de 1918-19, y evaluar en qué medida coincidió con el de sus colegas de otros países.

- Evaluar la repercusión socioprofesional de la epidemia en los colectivos de médicos y farmacéuticos.

- Conocer y evaluar las medidas tomadas ante la epidemia por los distintos organismos sanitarios estatales y municipales.

- Evaluar si la epidemia de gripe de 1918-19 dinamizó las iniciativas conducentes a introducir mejoras de carácter sanitario o social en Madrid y, en general, en España.

- Mostrar las actitudes del sector profano de la sociedad



ante una situación de epidemia.

- Valorar en qué medida las ideas de los médicos impregnaron el discurso de los profanos.

- Estudiar el papel de la prensa durante la epidemia en dos vertientes: por un lado, como medio de información; y, por otro, como elemento creador de opinión.

Con el fin de poder cumplir los objetivos propuestos, se ha considerado necesario dividir la memoria en seis partes. La primera de ellas se dedica a mostrar de qué modo ha respondido la humanidad ante las grandes epidemias, y a poner de relieve los principales datos relativos a la historia de la gripe. En la segunda se señalan las principales características de la pandemia de gripe de 1918-19 en el mundo y en España. La tercera parte da cuenta de las condiciones de Madrid en 1918, del curso de la epidemia y de las repercusiones demográficas y económicas de la epidemia. En la cuarta se presentan las reacciones y actitudes de los médicos y los farmacéuticos, en la quinta se muestra de qué modo respondieron los políticos y, finalmente, en la última se da cuenta del comportamiento de la población madrileña ante la epidemia.

C. MATERIAL Y MÉTODO

El material que he manejado para la elaboración de la presente memoria, tanto lo referente a las fuentes como lo relativo a la bibliografía crítica, aparece detallado en el apartado reservado a la bibliografía. La búsqueda documental y la recogida se ha realizado en los siguientes archivos y bibliotecas:

- Biblioteca de la Unidad de Historia de la Medicina del Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

- Biblioteca General de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

- Hemeroteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

- Archivo de la Universidad Complutense de Madrid.

- Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.

- Archivo de la Villa.

- Biblioteca Histórica del Ayuntamiento de Madrid.

- Hemeroteca Municipal de Madrid.

- Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid.

- Biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina.

- Biblioteca del Colegio de Médicos de Madrid.

- Biblioteca de la Real Academia de Farmacia.

- Biblioteca del Centro de Estudios Históricos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Biblioteca del Marqués de Pontejos de Caja Madrid, dedicada específicamente a Madrid.

- Biblioteca Nacional.
- Registro Civil de Madrid.
- Biblioteca del Instituto Nacional de Estadística.
- Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.
- Biblioteca del Congreso.
- Archivo del Congreso.
- Archivo Histórico Nacional.
- Archivo General de la Administración.

A través del servicio de préstamo interbibliotecario he manejado fondos de otras bibliotecas extranjeras, entre ellas la British National Library, la Biblioteca de Historia de la Medicina de Bethesda (U.S.A.), y la Biblioteca del Welcome Institute for the History of Medicine.

La búsqueda automatizada efectuada en el CIDA fue prácticamente negativa, únicamente obtuve dos o tres referencias bibliográficas relativas al desarrollo de esta epidemia en Vizcaya. Negativas fueron las búsquedas realizadas en el Archivo Histórico Nacional y en el Archivo General de la Administración.

Por lo que se refiere a los fondos de la biblioteca de la Real Academia Nacional de Medicina y del Archivo de la Villa, debo decir que no he podido consultar todo el material relativo a la pandemia de gripe de 1918-19 que teóricamente albergarían dichas instituciones. En la primera de ellas me fue imposible consultar la documentación de las Comisiones de Epidemias correspondientes al período de la epidemia, sin embargo, recuperé buena parte de las memorias dedicadas a la epidemia de gripe de 1918-19 que optaron al Premio Calvo

Martín en el bienio de la pandemia. En la segunda de estas instituciones no pude revisar los documentos referentes a las actividades asistenciales desarrolladas en las Casas de Socorro de Madrid durante la gripe de 1918-19, ya que, según me informaron las encargadas de dicho archivo, pese a figurar en los repertorios y ficheros, sin embargo, se encuentran en paradero desconocido. Indudablemente, la falta de estos materiales me ha privado de una información muy valiosa. Especialmente interesante habría sido la que se refiere a la asistencia prestada a través de las Casas de Socorro, pues me habría permitido conocer el número de consultas y de avisos a domicilio que se efectuaron, el personal sanitario con que se contó, los diagnósticos que se realizaron, los medicamentos que se emplearon, y los socorros que se otorgaron. Con todos estos datos habría logrado un conocimiento más completo de algunos aspectos de la epidemia objeto de esta memoria.

Las dificultades y carencias hasta ahora comentadas no han sido las únicas con las que me he encontrado a lo largo de mi investigación. Al iniciar la recogida de los datos para poder evaluar las repercusiones que la epidemia tuvo sobre la mortalidad de la ciudad de Madrid y de cada uno de sus diez distritos, advertí que la información contenida en los *Movimientos naturales de población* elaborados por el Instituto Nacional de Estadística y en los *Boletines mensuales de Demografía Sanitaria* que confeccionaba el Ministerio de la Gobernación eran insuficientes, ya que en ambos casos los datos no aparecían desagregados por distritos. Esto no ocurría, sin embargo, en los volúmenes de la *Estadística*

*Demográfica* que confeccionaba anualmente el servicio de estadística del Ayuntamiento de Madrid. No obstante, en este caso se presentó otro inconveniente: únicamente se conservan los volúmenes completos de dicha publicación correspondientes a algunos años, entre ellos 1915, pero no los posteriores a esta fecha, existiendo de ese período sólo los resúmenes generales anuales de dichas *Estadísticas Demográficas*, que localicé cuando la investigación estaba mediada, y en los que no se recogen los datos de la mortalidad específica desglosados por distritos y meses. Ante la necesidad de contar con dichos datos, tuve que acceder a los fondos del Registro Civil y consultar los *Libros de Defunción* de cada uno de los diez distritos madrileños correspondientes a los años 1918 y 1919, tarea ésta que me llevó casi dos años. Sin embargo, me he encontrado con otro problema: las tasas brutas de mortalidad general y específica de 1918 y 1919 que se obtienen para cada uno de los distritos madrileños a partir de los datos del Registro Civil y de los resúmenes generales anuales de las *Estadísticas Demográficas* del Ayuntamiento de Madrid son muy diferentes, ya que civilmente las muertes se consignaron en el distrito correspondiente a su lugar de fallecimiento, mientras que el Ayuntamiento elaboró sus estadísticas a partir de los datos de los cementerios, donde las muertes se anotaban en el distrito en el que se residía y no en el que se moría. Todo esto unido a las carencias antes señaladas han hecho mucho más difícil el análisis de la mortalidad diferencial, siendo posible sólo hacer algunas aproximaciones sin poder llegar a conclusiones totalmente

definitivas al respecto.

No todo han sido carencias. En algunos casos me he encontrado con un material tan abundante que me ha exigido hacer una selección del mismo. Esto es lo que me ha ocurrido con las revistas médicas y farmacéuticas científicoprofesionales y con la prensa general. En el primer caso, he revisado las más importantes del período y que, a la vez, me ofrecieran una visión más completa. Criterios similares he utilizado también para elegir la prensa general diaria madrileña que debía consultar, habiendo optado finalmente por *ABC*, *El Heraldo de Madrid*, *El Liberal*, *El Sol* y *El Socialista*. El primero sería un exponente de las posturas más próximas al régimen. De acuerdo con lo expuesto por Seoane -para el siglo XIX-, el segundo y el tercero se destacarían por la primacía que concedían a la información y por su posición crítica e independiente, ofreciendo una información más local el segundo, mientras que el tercero sería un buen representante de posiciones de izquierda, más a la izquierda incluso que las de *El Imparcial*. Por su parte, el cuarto se caracterizaría por el interés que prestaba a los temas médicos habitualmente, contando para ello con una sección fija, y, finalmente, a *El Socialista* le correspondería el papel de principal representante de la prensa obrera de esos momentos<sup>29</sup>. Con estos diarios he pretendido tener una visión lo suficientemente amplia para poder valorar el papel de la prensa como medio de información y como elemento creador de opinión.

El método empleado para la elaboración de la presente memoria ha constado de las tres partes que desde su enunciación por Walter Artelt se consideran como las fundamentales del método clásico histórico-médico: 1.- La heurística o búsqueda y conocimiento de las fuentes, que comprende también la recopilación del material de trabajo; 2.- La crítica, que se ocupaba tanto de la ordenación de los materiales como de la comprobación de su autenticidad; y 3.- La hermenéutica o interpretación de los hechos una vez depurados de prejuicios.

Para poder evaluar adecuadamente el impacto que la pandemia de gripe de 1918-19 tuvo sobre la mortalidad de la ciudad de Madrid y la de cada uno de sus diez distritos he utilizado como indicadores demográficos las tasas brutas de mortalidad y las tasas de mortalidad específica por "gripe", "bronquitis crónica" y "bronquitis aguda", "neumonía", "tuberculosis pulmonar", "otras enfermedades respiratorias", "diarrea y enteritis en los menores de 2 años" correspondientes a los años de la pandemia y a los inmediatamente anteriores y posteriores, tanto por lo que se refiere a la capital como a cada uno de sus diez distritos. Con estos últimos datos se pretende determinar, hasta donde permiten las características del material obtenido, si existió una mortalidad diferencial entre dichos distritos.

El análisis de las variaciones habidas en la mortalidad general se justifica por la importancia que algunos autores le conceden para conocer el verdadero impacto de las epidemias gripales, dado el importante subregistro de las muertes por



gripe que se produce en cualquier epidemia. Ello está motivado por las dificultades diagnósticas que ofrece la inespecificidad sintomática de dicha enfermedad y en muchos casos por el diferente criterio que preside la confección de los certificados de defunción<sup>30</sup>. Con el fin de determinar el efecto de la pandemia sobre la mortalidad general de Madrid y de cada uno de sus diez distritos, y el impacto que tuvieron cada uno de los tres brotes epidémicos, se han estudiado en cada caso las variaciones habidas en la mortalidad general durante los años de la pandemia con respecto a los años anteriores y posteriores a la misma. Se ha analizado también la distribución por meses y años de la mortalidad general y la distribución de la mortalidad general por meses y por distritos durante los años de la pandemia.

Para poder evaluar de modo más completo cuáles fueron los efectos de la pandemia de gripe de 1918-19, es preciso determinar las variaciones que se produjeron en la estructura por causas de la mortalidad de Madrid y de sus diez distritos. Con tal fin, se procedió a determinar cuáles fueron las tasas de mortalidad específica por cada una de las 38 rúbricas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción abreviada, revisión de 1909*, en los años de la pandemia y en los inmediatamente anteriores y posteriores. También se determinó el porcentaje que representaba cada una de las rúbricas en cada uno de los años considerados<sup>31</sup>. Este procedimiento mostró que en el bienio 1918-19, no sólo se había modificado la tasa de mortalidad por "gripe", sino también la de las siguientes enfermedades: "neumonía",

"bronquitis crónica", "bronquitis aguda" (sólo en 1919), "tuberculosis pulmonar", "otras enfermedades respiratorias", "enfermedades orgánicas del corazón", "nefritis aguda-enfermedad de Bright", "senectud" y, en menor medida, "diarrea y enteritis en menores de 2 años" (Cuadro 1.III.3.).

De todas las enfermedades indicadas seleccioné para un estudio más detallado las siguientes: "gripe", "neumonía", "bronquitis crónica", "bronquitis aguda", "tuberculosis pulmonar", "otras enfermedades respiratorias" y "diarrea y enteritis en menores de 2 años". Esta elección se ha hecho en base, no sólo a las variaciones cuantitativas de las distintas tasas de mortalidad específica durante el bienio de la pandemia, sino también a la generalidad de las mismas. Igualmente se ha atendido a la información que proporcionan los testimonios contemporáneos, los cuales señalan, por ejemplo, la importancia que cobró la mortalidad por los diferentes procesos respiratorios durante los años 1918 y 1919<sup>32</sup>; las dificultades diagnósticas, en ocasiones, dada la inespecificidad sintomática de la gripe, y la posibilidad, en los enfermos crónicos, de registrar no la causa de muerte, sino la enfermedad crónica, entre ellas la bronquitis crónica<sup>33</sup>; y las diferentes opiniones que los profesionales mantuvieron respecto al posible efecto negativo de la epidemia sobre los enfermos de tuberculosis pulmonar<sup>34</sup>. Precisamente estas ideas contradictorias y su condición de indicador social, al ser "una de las enfermedades más asociadas a la pobreza"<sup>35</sup>, han sido determinantes para que se incluyera a la tuberculosis pulmonar en dicho estudio. El carácter de

indicador social de la mortalidad por "diarrea y enteritis en menores de 2 años" ha sido asimismo una de las razones para que las variaciones de dicha tasa fueran estudiadas.

Para valorar adecuadamente el impacto de la pandemia sobre la mortalidad por las causas enunciadas anteriormente procedí a estudiar las modificaciones habidas en las tasas anuales de mortalidad a partir de los datos del Ayuntamiento de Madrid, y en un segundo momento, las variaciones habidas en la distribución mensual de las diferentes tasas durante los años 1918 y 1919, para lo cual tuve que recurrir a los datos obtenidos del Registro Civil. Con el fin de poner de relieve las posibles diferencias que pudieran existir entre los distritos, en el primer caso se han desglosado los valores de las distintas tasas por distritos; en el segundo caso, no ha lugar hacerlo porque, como ya dije antes, sólo conduciría a resultados y conclusiones erróneas.

Para conocer cuál había sido el efecto de la pandemia de gripe de 1918-19 sobre la distribución de la mortalidad por sexos y por grupos de edades, procedí a analizar las variaciones habidas en la distribución de las tasas de mortalidad por gripe de cada uno de los dos sexos durante la cada uno de los brotes de la epidemia. Asimismo, determiné las modificaciones habidas en la distribución porcentual por grupos de edades de las tasas de mortalidad general y por gripe durante los años de la pandemia, comparando dicha distribución con las correspondientes a los años inmediatamente anteriores y posteriores a la epidemia. También determiné las tasas de mortalidad infantil general y por gripe

correspondientes a Madrid, y estudié los cambios habidos en dichas tasas durante los años 1915, 1918, 1919, 1920 y 1921.

## NOTAS

1. ARRIZABALAGA, J. (1992) "Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social", *Arbor*, CXLII (558-559-560), junio-agosto de 1992, 147-165, p. 148.
2. En este sentido se han manifestado distintos autores, entre otros: ARRIZABALAGA, J. (1991) "Presentación" de la Sección monográfica: 'Historia de la enfermedad: nuevos enfoques y problemas', *Dynamis*, 11, 17-26, pp. 17-18; ARRIZABALAGA, J. (1992) p. 148; BERNABEU MESTRE, J. (1989) "La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, VII (3), 23-36, p. 27; BERNABEU MESTRE, J. (1991) "Enfermedad y población: Una aproximación crítica a la epidemiología histórica española", *Revisiones en Salud Pública*, 2, 67-88, p. 70; BERNABEU MESTRE, J. (1991) (coord.) *La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-19*, Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana, pp. 11-12; BERRIDGE, V. (1993) "Introduction", en: *Aids and Contemporary History*, Cambridge, Cambridge History, pp. 1-14.
3. ARRIZABALAGA, J. (1992) p. 148; ARRIZABALAGA, J. (1991) p. 18.
4. Arrizabalaga ha llamado la atención sobre el importante papel que han jugado, a este respecto, las obras de algunos autores, entre ellos los siguientes: Marc Bloch, Henry Sigerist, George Rosen, Oswei Temkin y Edwing Ackerknecht, ARRIZABALAGA, J. (1991) p. 19; ARRIZABALAGA, J. (1992) p. 149.
5. ARRIZABALAGA, J. (1991) pp. 18-19; ARRIZABALAGA, J. (1992) pp. 148-149; BERNABEU MESTRE, J. (1991) p. 70; BERNABEU MESTRE, J. (1989) p. 34.
6. Una buena relación de las mismas figura en: BERNABEU MESTRE, J. (1989) pp. 23-27; BERNABEU MESTRE, J. (1991) pp. 69-71.
7. ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) (1987) *Historia de la enfermedad*, Madrid, Saned; ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) (1988) *Misterio y realidad. Estudio sobre la enfermedad humana*, Madrid, CSIC.
8. CARRERAS, PANCHÓN, A. (1991) *Miasmas y retrovirus*, Barcelona, Funadción Uriach 1838, Colección Histórica de Ciencias de la Salud, 2; BÁGUENA CERVELLERA, M<sup>a</sup>J. (1992) *La tuberculosis y su historia*, Barcelona, Funadción Uriach 1838, Colección Histórica de Ciencias de la Salud, 3.
9. ARRIZABALAGA, J. (1991) pp. 19-20; BERNABEU MESTRE, J. (1991) p. 70; BERNABEU MESTRE, J. (1989) pp. 27-36. El contenido de la reunión de la Casa de Velázquez fue publicado en el volúmen de *Asclepio*, XXXV (1983) y posteriormente en

forma de libro: PESET, J. (coord.) (1984) *Enfermedad y castigo*, Madrid, CSIC. Por su parte, los resultados de la reunión organizada por la "Société de Démographie Historique" dieron lugar al libro: BARDET, J.P.; BOURDELAIS, P.; LEBRUN, F.; QUETEL, C. (dirs.) (1989) *Peurs et terreurs face la contagion. Cholera, tuberculose, syphilis XIX-XX siècles*, Paris, Fayard, 442 pp.. También se ha publicado el contenido del coloquio organizado por la revista *Past and Present*: RANGER, T. & SLACK, P. (ed.) (1992) *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press.

10. BERNABEU MESTRE, J. (1989) p. 27; SLACK, P. (1992) "Introduction", en: RANGER, T. & SLACK, P. (eds.) *Epidemics and Ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-20.

11. OLAGÜE DE ROS, G. (1981) "La epidemia europea de gripe de 1708-1709". Difusión témporo-espacial e interpretaciones contemporáneas: G.M. Lancisi, B. Ramazzini, K.F. Hoffmann", *Dynamis*, 1, 51-86, pp. 51-52.

12. OLAGÜE DE ROS, G. (1981) pp. 51-52.

13. KILBOURNE, E.D. (ed.) (1975) *The influenza viruses and influenza*, New York, Academic Press, 573 pp.; KILBOURNE, E.D. (1987) *Influenza*, New York, Plenum Medical Book Co., 359 pp.; PYLE, G.F. & PATTERSON, K.D. (1984) "Influenza diffusion in european history: patterns and paradigms", *Ecology of Disease*, 2 (3), pp. 173-184; CAMPBELL, E.P. (1943) "The epidemiology of Influenza", *Bull. Hist. Med.*, 13 (3), pp. 389-403; PATTERSON, K.D. (1986) *Pandemic influenza 1700-1900: a study in historical epidemiology*, Totowa, Rowman & Littlefield; BURNET, F.M. (1988) "Influenza Virus A", en: FENNER, E. & GIBBS, A. (eds.) *Portraits of Viruses. A History of Virology*, Basel, Karger, pp. 24-37; CLIFF, A.D.; HAGGET, P. & ORD, J.K. (1986) *Spatial aspects of influenza epidemics: Influenza*, London, Pion Ltd, 280 pp.; GLEEZEN, W.P.; PAYNE, A.A.; SNYDER, D.N. & DOWNS, T.D. (1982) "Mortality and influenza", *Journal of Infectious Diseases*, 146, pp. 313-321; HOPE-SIMPSON, R.E. (1983) "recognition of historic influenza epidemics from parish burial records: a test of prediction from a new hypothesis of influenzal epidemiology", *J. Hyg. Camb.*, 91, pp. 293-308; HOPE-SIMPSON, R.E. (1986) "The method of transmission of epidemic influenza: Further evidence from archival mortality data", *J. Hyg. Camb.*, 96, pp. 353-375.

14. ADAMS, H.G. (1964a) "A local Chronicle of the Influenza Epidemic of 1918", *North Carolina Medical Journal*, Aug., pp. 351-354; ADAMS, H.G. (1964b) "A local Chronicle of the Influenza Epidemic of 1918", *North Carolina Medical Journal*, Sep., pp. 397-400; GALISHOFF, S. (1969) "Newark and the Great Influenza Pandemic of 1918", *Bull. Hist. Med.*, 43, pp. 246-258; POOL, D.I. (1973) "The effects of the 1918 pandemic of influenza on the Maori population of New Zealand", *Bull. Hist. Med.*, 47, pp. 273-281.

15. CROSBY, A.W. (1976) *Epidemic and peace 1918*, Wesport, Conn., Greenwood Press, pp. 337; KOENEN, E. (1970) *Die Grippenpandemie 1918/19*, Diss. Köln; KATZ, R.S. (1974) "Influenza 1918-19: a study in mortality", *Bull. Hist. Med.*, 48, pp. 416-422; ROGERS, F.B. (1968) "The influenza Pandemic of 1918-1919 in the perspective of a Half Century", *American Journal Public Health*, 58 (12), pp. 2192-2194.
16. CROSBY, A.W. (1977) "The Pandemic of 1918", en: OSBORN, J.E. (ED.) *History, science, and politics: Influenza in America, 1918-1976*, New York, Prodist, 135 pp., pp. 5-13; OSBORN, J.E. (ED.) *History, science, and politics: Influenza in America, 1918-1976*, New York, Prodist, 135 pp.
17. FEERY, B. (1976) "1919 Influenza in Australia", *The New England Journal of Medicine*, Aug. 26, p. 512; McQUEEN, H. (1975) "'spanish Flu'-1919: political, medical and social aspects", *The Medical Journal of Australia*, 1, pp. 565-570.
18. PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991) "The Geography and mortality of the 1918 Influenza Pandemic", *Bull. Hist. Med.*, 65, 4-21, p. 5; EMERSON, G.M. (1986) "The 'Spanish Lady' in Alabama", *The Alabama Journal of Medical Sciences*, 23 (2), pp. 217-221; ENSLEY, P.C. (1983) "Indiana and the influenza pandemic of 1918", *Indiana Medical History Quarterly*, IX (4), pp. 3-15; KATZENELLENBOGEN, J.M. (1988) "The influenza epidemic in Mamre", *South African Medical Journal*, 74, pp. 362-364; PETTIGREW, E. (1983) *The silent enemy: Canada and the deadly flu of 1918*, Saskaton, Sask., Western Producer Prairie Books, 156 pp.
19. PALMER, E. & RICE, G.W. (1992) "A Japanese Physician's Response to Pandemic Influenza: Ijirō Gomibuchi and the 'Spanish Flu' in Yaita-Chō, 1918-1919", *Bull. Hist. Med.*, 66 (4), 560-577, p. 563.
20. CROSBY, A.W. (1989) *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, 337 pp.
21. OHADIKE, D.C. (1991) "Diffusion and physiological responses to the influenza pandemic of 1918-19 in Nigeria", *Soc. Sci. Med.*, 32 (12), pp. 1393-1399; HAMILTON, D. (1992) "Unanswered questions of the spanish flu pandemic", *Bulletin American Association for the History of Nursing*, 34, pp. 6-7; HILDRETH, M. (1991) "The influenza epidemic of 1918-1919 in France: contemporary concepts of aetiology, therapy and prevention", *Soc. Hist. Med.*, 4 (2), pp. 277-294; BEVERIDGE, W.I.B. (1991) "The Chronicle of Influenza Epidemics", *Hist. Phil. Life Sci.*, 13, pp. 223-235; TOMKINS, S.M. (1992) "The Failure of Expertise: Public Health Policy in Britain during 1918-19 Influenza Epidemic", *Soc. Hist. Med.*, 5 (3), pp. 435-454; GAMBOA OJEDA, L. (1991) "La epidemia de influenza de 1918: sanida y política en la ciudad de Puebla", *Quipu*, 8 (1), enero-abril de 1991, pp. 91-109.

22. PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991) p. 5.
23. HARTESVELDT, F.R. van (ed.) (1993) *1918-19 Pandemic of Influenza. The Urban Impact in the Western World*, New York, Lewiston, Edwing Mellen.
24. CARDONA IVARS, J.J. (1973) *La epidemia de Gripe de 1918 en Benisa y comarca*, Benisa, Alicante.
25. BERNABEU MESTRE, J. (coord.) (1991a) *La ciutat davant el contagi. Alacant i la Gripe de 1918-19*, Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana; CARRILLO, J.L.; CASTELLANOS, J. y RAMOS, M<sup>a</sup> D. (1985) *Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga (1918)*. Edición fàcsimil de las "Instrucciones sobre la profilaxis individual y colectiva de la gripe de Juan Rosado Fernández, Málaga, Universidad; PALAZÓN FERRANDO, S. (1991) "La pandemia de gripe de 1918-1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante", en: BERNABEU MESTRE, J. (coord.) *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, pp. 89-98; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) "La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19", en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 131-156; TOMÁS MONTSERRAT, J. (1982) *El Grip de l'any 18 a Lluçmajor. Notes sobre l'epidèmia*, Lluçmajor; MARCH BISBAL, J. y SALAS VIVES, P. (1989) "La mortalitat a Pollença a principis del segle XX", *Estudis Baleàrics*, 33, pp. 83-90.
26. ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1984) *Epidemia de gripe de 1918 en Bilbao*, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca; ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1986) *Epidemia de gripe de 1918 en Bilbao. (Estudio Demográfico y Estadístico)*, Salamanca, Universidad de Salamanca; GARCÍA del CORRAL, F.J. (1991) *La Epidemia de Gripe de 1918 en la provincia de Zamora. Estudio estadístico y social*, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca (inédita); SENA ESPINEL, M<sup>a</sup> P. de (1992) *La pandemia gripal de 1918 en Salamanca y provincia*, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca (inédita); . En estos momentos está a punto de ser leída (o se ha leído recientemente) una dedicada al caso de Álava. Existen algunas tesis en marcha con un enfoque historicomédico y en otros desde la óptica de la Demografía Histórica: Valencia y Canarias.
27. ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) *La pandemia de Gripe de 1918-19 en España*, Tesis Doctoral, U.C.M.; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) *La Gripe Española. La pandemia de 1918-19*, Madrid, Centro de Investigacions Sociológicas-Siglo XXI, 194 pp.
28. GARCÍA-MOON MARAÑÉS, B. (1985) *El Cólera de 1885 y las epidemias de Gripe de 1889-90 y 1918 en Madrid*, tesis de licenciatura presentada en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Universidad Complutense de Madrid.



29. SEOANE, M<sup>a</sup> C. (1989) *Historia del periodismo en España, II. El Siglo XIX*, Madrid, Alianza Universidad textos, 2<sup>a</sup> reimpresión, (1983, 1<sup>a</sup> edic.), pp. 291-305. Aunque la información proporcionada por M<sup>a</sup> Cruz Seoane sobre las características de *El Liberal*, *El Herald de Madrid* y *El Socialista* se refiere únicamente al período de la Restauración del siglo XIX, a falta de datos relativos al siglo XX (el volúmen de esta colección dedicado a la Historia del periodismo en España durante el presente siglo no ha salido aún), creo que puede servir de orientación para el bienio de la pandemia de gripe. No obstante, hay que señalar que en el último tomo de la *Historia del periodismo español* (De las Guerras Coloniales a la Dictadura) de Pedro Gómez Aparicio (1974) publicado por la Editora Nacional, se realiza un estudio sobre el periodismo de los primeros años de nuestra centuria, pero de modo algo sesgado.

30. Entre los numerosos autores que han puesto de relieve la importancia que tiene la valoración de la mortalidad general para conocer el verdadero impacto de las epidemias gripales cabe citar a los siguientes: HOUSWORTH, J. & LANGMUIR, A.D. (1974) "Excess mortality from influenza, 1957-1966", *American Journal of Epidemiology*, 100, 40-48; ALLING, D.W., BLACKWELDER, W.C. & STUART-HARRIS, C.H. (1981) "A study of excess mortality during influenza epidemics in the United States, 1968-1976", *American Journal of Epidemiology*, 113, 30-43; GLEZEN, W.P., PAYNE, A.A., SNYDER, D.N. & DOWNS, T.D. (1982) "Mortality and influenza", *Journal of Infectious Diseases*, 146, 313-321; HOPE-SIMPSON, R.E. (1983) "Recognition of historic influenza epidemics from parish burial records: a test of prediction from a new hypothesis of influenzal epidemiology", *J. Hyg. Camb.*, 91, 293-308; HOPE-SIMPSON, R.E. (1986) "The method of transmission of epidemic influenza: further evidence from archival mortality data", *J. Hyg. Camb.*, 96, 353-375. El diferente criterio que se utilizó para confeccionar los certificados de defunción durante la pandemia de gripe de 1918-19 fue subrayado, entre otros, por Rodrigo Lavín, RODRIGO LAVÍN, L. (1919a) *La lucha contra la gripe en la provincia de Cádiz*, Cádiz, Imprenta La Unión, p. 27; RODRIGO LAVÍN, L. (1919b) "La lucha contra la gripe (Deducciones de una campaña epidémica)", *Actas del Congreso de Bilbao de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias*, 117-155, p. 141. En la actualidad sigue siendo un problema importante la cumplimentación correcta de los certificados de defunción.

31. Las 38 rúbricas de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción abreviada de Bertillón, revisión de 1909 eran las siguientes: F. Tifoidea; Tifus exantemático; Fiebre y caquexia palúdica; Viruela; Sarampión; Escarlatina; Coqueluche; Difteria y Crup; Gripe; Cólera asiático; Cólera nostras; Otras afecciones epidémicas; Tuberculosis pulmonar; Meningitis tuberculosa; Otras tuberculosis; Cáncer y otros tumores malignos; Meningitis simple; Hemorragia y reblandecimiento cerebral; Enfermedad orgánica del corazón; Bronquitis aguda; Bronquitis crónica;

Neumonía; Otras afecciones respiratorias (no tuberculosas); Afecciones del estómago (no cancerosas); Diarrea y enteritis menores de 2 años; Apendicitis y tiflitis; Hernias y obstrucción intestinal; Cirrosis hígado; Nefritis aguda, Enfermedad de Bright; Tumores no cancerosos de los órganos genitales femeninos; Septicemia puerperal; Otras afecciones puerperales; Debilidad congénita; Senectud; Muerte violenta; Suicidios; Otras enfermedades; Enfermedades desconocidas, MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1992) "Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las estadísticas demográfico-sanitarias", en: *Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua, Madrid 14 de junio de 1991*, Madrid, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad, 79-109, p. 94. Se ha utilizado esta clasificación de Bertillón para el análisis de los datos del Registro Civil porque facilitaba su comparación con los datos procedentes de las *Estadísticas Demográficas* del Ayuntamiento de Madrid que estaban expresados de acuerdo con dicha clasificación.

32. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) "La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19", en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 131-156, p. 141.

33. PALAZÓN FERRANDO, S. (1991) "La pandèmia de grip de 1918-1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante", en: BERNABEU MESTRE, J. (coord.) *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, 89-98, p. 92; MARCH BISBAL, J. y SALAS VIVES, P. (1989) "La mortalitat a Pollença a principis del segle XX", *Estudis Baleàrics*, 33, 83-90, p. 86.

34. Chabás recogió algunas de las diferentes opiniones que se mantuvieron con respecto a este tema, y personalmente él defendió que tanto el tuberculoso como el pneumopático crónico eran menos vulnerables a la gripe, CHABÁS, J. (1928) *La gripe*, Madrid, Javier Morata, pp. 111-118.

35. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1991) "L'estudi històric de les malalties. Períodes epidemiològics", en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 15-29, p. 24 "La tuberculosi és una de les malalties més associada a la pobresa".

I. GRIPE, ENFERMEDAD EPIDÉMICA E HISTORIA

La enfermedad, como la paleopatología<sup>1</sup> se ha encargado de poner de relieve desterrando así el mito de "una primitiva e íntegra 'salud natural'"<sup>2</sup>, ha acompañado al hombre desde que éste hizo su aparición sobre la faz de la tierra. Aunque la humanidad no se ha visto afectada siempre de la misma forma por las distintas enfermedades, cuya incidencia ha variado en gran medida en función de la coyuntura histórica de cada momento<sup>3</sup>, hay un tipo de ellas que, por sus características generales, y más allá de la especie morbosa a la que pertenezcan, han dejado constancia de su presencia en todos los grandes períodos del pasado de una manera especialmente relevante: las enfermedades epidémicas. Su forma de aparición, los estragos que producen y la dificultad que ofrecen para su control, convierten, en efecto, a las enfermedades epidémicas en una forma de amenaza especialmente inquietante para la salud y la vida del hombre, no sólo a nivel individual, sino, y sobre todo, colectivo.

La pandemia de gripe de 1918-19 ha sido contemplada, al menos hasta la reciente aparición del SIDA, como la más importante crisis epidémica del presente siglo en el marco del Mundo Occidental. No obstante, y antes de ocuparnos más en detalle de ella, es interesante, al objeto de contextualizar mejor todo cuanto digamos en relación con dicha pandemia, dedicar unas cuantas páginas de esta memoria a mostrar brevemente cuáles han sido las principales enfermedades epidémicas que se han producido en ese contexto cultural y geográfico, y a poner de relieve algunas de las reacciones y actitudes de los hombres frente a ellas.

I.1. *UNA SUCINTA APROXIMACIÓN A LAS PRINCIPALES EPIDEMIAS DE  
LA EUROPA DEL PASADO*

La presencia de epidemias en la Antigüedad Clásica viene marcada por las sucesivas "pestes" de que nos han dejado constancia numerosas crónicas de ese período. Independientemente de que esas epidemias poseyeran la misma identidad nosológica que lo que nosotros entendemos en la actualidad por "peste"<sup>4</sup>, lo cierto es que la que asoló a Atenas en el año 430 a.C., descrita por Tucídides, o la que sacudió a Roma entre el año 165 y el 180 d.C., conocida como la "peste de Antonino" o "de Galeno", sirven para mostrar cómo ya en ese período histórico los hombres se vieron atacados por esa terrible forma de expresión de la enfermedad que es la epidemia<sup>5</sup>.

La "peste" marcó en gran medida la vida medieval europea. La "peste de Justiniano", que tuvo lugar en el siglo VI, se considera como la primera ocasión en que, desde su reducto en el Asia Central, esta enfermedad asoló de forma epidémica a Occidente<sup>6</sup>. La pandemia de 1348 de "Peste Negra", marcó el inicio de una serie de ellas que se iban a ir sucediendo de manera regular en Europa hasta los primeros años del siglo XVIII<sup>7</sup>. Entre los episodios más señalados de la misma hay que destacar la epidemia de Milán de 1576-1577, que acabó con casi el 20% de su población, la de 1630 de esa misma ciudad que redujo a un 50% el número de sus habitantes, y la de Londres de 1665-1666 que provocó 70000 defunciones<sup>8</sup>.

Junto a la peste, otras enfermedades provocaron epidemias que amenazaron la vida de los europeos a lo largo del Mundo Moderno. A lo largo del Renacimiento tres enfermedades provocaron episodios de carácter epidémico: el "tabardillo",

que se ha identificado con el tifus exantemático<sup>9</sup>; el "garrotillo", un proceso morboso que se ha relacionado con la difteria<sup>10</sup>; y la "sífilis"<sup>11</sup>.

A lo largo del siglo XVIII, algunas enfermedades iban también a añadirse de modo significativo a aquéllas que en algún momento del pasado han asolado a Occidente en forma epidémica. Entre ellas cabe señalar: la viruela<sup>12</sup>; el paludismo<sup>13</sup>; la fiebre amarilla<sup>14</sup>; y el dengue<sup>15</sup>. Aunque algunas de ellas, como el paludismo o la viruela, ya habían dejado sentir su presencia con anterioridad, las nuevas condiciones de la vida europea las dotaron de una mayor relevancia. En el caso de la fiebre amarilla y el dengue las comunicaciones marítimas con América facilitaron su difusión en Europa.

Fue también la coyuntura histórica del momento, lo que hizo que una nueva enfermedad asolará a Occidente en el siglo XIX. La presencia del ferrocarril, el movimiento de tropas hacia Asia y el desarrollo urbanístico, con la aparición de los suburbios, tuvo mucho que ver con la irrupción en Europa del cólera morbo<sup>16</sup>. Hasta cinco veces (1817, 1827, 1840-1862, 1863-1875 y 1883-1899) esta enfermedad sacudió este Continente provocando a su paso una mortalidad importante.

Los profundos cambios socioculturales, políticos y sanitarios habidos en nuestro siglo se han traducido en una modificación paulatina de la frecuencia y distribución de las diferentes enfermedades que han afectado al hombre durante dicho período. El Mundo Occidental ha visto cómo los procesos infecciosos cedían poco a poco su puesto a las neoplasias, a

las enfermedades sociales, y en general a una patología más crónica. La patología infecciosa más aguda parecía relegada a los países subdesarrollados, en los que una actuación adecuada acabaría controlándola también. Por ello, algunos autores, entre ellos William Beveridge, pensaron que la pandemia gripal de 1918-19 habría sido "la última gran plaga"<sup>17</sup>. Sin embargo, la aparición del SIDA<sup>18</sup>, la imposibilidad de controlar la patología infecciosa en los países subdesarrollados y de detener la pandemia de cólera que desde 1970 amenaza el Mundo Occidental<sup>19</sup>, así como la aparición de formas infecciosas más virulentas secundariamente al desarrollo del SIDA, como ha ocurrido en el caso de la tuberculosis obligan a matizar la afirmación de Beveridge. En este sentido, Grmek ha señalado recientemente que la pandemia gripal de 1918-19 habría sido la "última de las pestilencias de tipo clásico", y el SIDA sería la "primera de las pestilencias postmodernas"<sup>20</sup>.

Por todo esto, el estudio de la pandemia gripal de 1918-19 tiene un gran interés por cuanto permitiría conocer mejor no sólo las principales características de dicho episodio epidémico en la ciudad de Madrid, sino también obtener nuevos elementos que ayudarían a comprender mejor el caso del SIDA.



I.2. LA REACCIÓN SOCIAL ANTE LA ENFERMEDAD EPIDÉMICA:  
RESPUESTAS SIMILARES EN CONTEXTOS DIFERENTES

A lo largo de la historia de la humanidad la respuesta frente a las epidemias ha sido similar en algunos aspectos pese a los diferentes contextos geográficos e históricos en los que se ha producido; pero también ha adoptado formas distintas según la naturaleza de la enfermedad epidémica de que se trataba y las circunstancias sociales, culturales y políticas que concurrieran en cada momento<sup>21</sup>. Los acontecimientos se habrían desarrollado, según Rosenberg, siguiendo una secuencia narrativa predecible en distintos actos: I) Revelación progresiva; II) Manejando la aleatoriedad; III) Negociando la respuesta pública; IV) Vuelta a la calma y mirada retrospectiva<sup>22</sup>.

La similitud de las reacciones se ha justificado por los problemas comunes que todas las epidemias y otros desastres presentan y han presentado: la necesidad de ser explicadas y combatidas<sup>23</sup>. A esto se le habría intentado dar respuesta desde tres ámbitos distintos -popular, político y médico- que habrían sido diferentemente predominantes según los distintos momentos históricos. No obstante, la asociación de los elementos provenientes de los tres ámbitos habrían configurado y configuran la respuesta ante una epidemia<sup>24</sup>.

Los distintos estudios realizados han mostrado cómo la respuesta popular frente a una epidemia dada en un momento concreto guarda relación con múltiples factores. Unos tienen que ver con la naturaleza de la enfermedad responsable de la epidemia y el modo de percibirla por los miembros de esa sociedad. Otros, se encuentran relacionados con las

circunstancias sociales, culturales y políticas que concurran en ese momento. De la combinación de todo ellos dependerá el tipo de reacción y su intensidad. Hay que señalar también que en todos los casos hay una serie de elementos comunes que integran esa respuesta, siendo uno de ellos la búsqueda del culpable de esa situación siguiendo unos patrones más o menos establecidos<sup>25</sup>. Un ejemplo de ello es el hecho de que, generalmente, se responsabiliza de la enfermedad a determinados grupos sociales marginales, a ciertos estilos de vida, a comportamientos considerados inmorales, etc.

Como ya he dicho antes, las características de la enfermedad epidémica se consideran como determinantes importantes de la reacción que suscita. Así, la novedad o familiaridad, la violencia, la incidencia geográfica y social de una epidemia, los síntomas de la enfermedad y secuelas que genere, y, muy especialmente la percepción del riesgo, configuran el tipo de respuesta y su intensidad. Generalmente se acepta que las respuestas más radicales corresponden a epidemias nuevas, violentas, intensas, casuales y asociadas a otros desórdenes sociales<sup>26</sup>. En esos casos aumentaría la percepción del riesgo y las reacciones estarían presididas por el miedo, tal y como ocurrió, por ejemplo, durante las diferentes epidemias de peste, en las que fue frecuente la aparición de fenómenos colectivos con un sustrato importante de histeria, que se concretaron en las siguientes reacciones: persecución de leprosos, judíos, homosexuales, pobres, etc.; exaltación de las prácticas religiosas, tales como procesiones, invocaciones a diferentes santos, etc.;

flagelaciones en público, danzas de San Vito, etc.<sup>27</sup>.

El temor también presidió las reacciones de los europeos frente al tabardillo, a la fiebre amarilla, a la viruela, etc. En el último caso, además, se temían las terribles secuelas de la enfermedad<sup>28</sup>.

A partir de la Edad Media, las primitivas reacciones frente a las epidemias, caracterizadas sobre todo, como acabamos de ver, por las supersticiones populares y el folklore, se vieron acompañadas de manera creciente por una serie de medidas políticas que eran tomadas, en mayor o menor medida, de acuerdo con los conocimientos médicos vigentes en el momento. Aunque teóricamente el motivo de estas medidas era el mantenimiento de la salud pública, sin embargo, las distintas investigaciones realizadas han demostrado que las motivaciones fueron muy diversas. Así, mientras que la lucha contra la peste durante la Baja Edad Media y los inicios del Mundo Moderno estuvo influida fundamentalmente por prejuicios sociales, por el miedo y por un sentimiento de lástima hacia al pobre, la lucha contra las epidemias a lo largo de este último período y en el siglo XIX se vio determinada en gran medida por intereses mercantiles<sup>29</sup>. El examen de algunas de las medidas adoptadas por las autoridades para controlar las enfermedades epidémicas a lo largo del pasado puede contribuir no sólo a mostrar esto, sino también a poner de relieve la progresiva incorporación a las mismas de algunas de las ideas que la Medicina proporcionaba a tal objeto.

La lucha colectiva contra la peste desde mediados del

siglo XIV estuvo protagonizada sobre todo por la sociedad más pudiente -la incipiente burguesía italiana<sup>30</sup>-, que fue la que puso en marcha las primeras medidas. Éstas consistieron básicamente en lo siguiente: colocación de guardias a las puertas de los lugares contaminados; establecimiento de la cuarentena, aplicada por primera vez en Ragusa en 1377; necesidad de llevar los billetes de salud, que se comenzaron a utilizar en Francia a partir del siglo XV; aparición de distintos Reglamentos, en los que se recogían todas las normas y obligaciones a cumplir mientras durase la epidemia, y en los que se contemplaba la aparición de distintas actividades nuevas con el fin de mantener el orden social preestablecido; contabilidad de los fallecidos, surgiendo por primera vez un tipo elemental de estadísticas; creación de distintos sistemas de ayuda a los pobres (comidas, cuidados sanitarios, etc.); y habilitación de Hospitales especiales para los enfermos de peste<sup>31</sup>. Durante los siglos XVI y XVII se siguieron aplicando medidas colectivas de lucha, básicamente similares a las de los siglos anteriores, si bien algo más perfeccionadas, y contando ya con un apoyo ideológico, la noción de contagio introducida por Fracastoro<sup>32</sup>. Además, estas medidas no se limitaron únicamente a las ciudades afectadas, sino que se extendieron también a las ciudades sanas, lográndose así mayor eficacia<sup>33</sup>.

Durante el siglo XVIII Europa tuvo que hacer frente a varias enfermedades endémicas que se convirtieron epidémicas, una de ellas fue la *viruela*. La lucha contra ella se realizó, desde mediados del siglo XVIII, a través de la variolización<sup>34</sup>

y, tras la introducción de la vacunación por Jenner en 1796<sup>35</sup>, mediante esta práctica. En España la variolización fue empleada por los médicos desde 1750, aunque no contó con el apoyo oficial hasta 1798, introduciéndose dos años más tarde la vacunación, y dictándose en 1804 las normas relativas a dicho proceder que se introdujo con carácter gratuito<sup>36</sup>.

Otro de los procesos que cobró mayor importancia durante el siglo XVIII fue el *paludismo*<sup>37</sup>. Con el fin de combatirlo, los médicos recomendaron la adopción de medidas generales, entre ellas: la desecación de las aguas pantanosas, recomendado por Lancisi y otros médicos europeos<sup>38</sup>; el aumento del número de médicos en las zonas afectadas; la contabilización del número de enfermos y fallecidos durante el año; el establecimiento de normas y organismos de control que velaran por el cumplimiento de estas medidas. Sin embargo, el alto coste de la mayoría de estas medidas y las implicaciones económicas de las mismas dificultó su aplicación en muchos casos, así como la escasa mortalidad (máximo 8-10%) que le acompañaba y su preferencia por la población rural, especialmente por niños y jóvenes.

La experiencia que proporcionó la lucha contra la peste influyó de modo importante en algunas de las medidas que se tomaron posteriormente contra otras enfermedades, y en algunos cambios que se introdujeron en la lucha contra las enfermedades epidémicas. Así, en nuestro país, bajo la amenaza de la peste de Marsella (1720), se decidió centralizar la lucha contra las epidemias y dotarle de un carácter laico, y para ello se creó la Junta Suprema de Sanidad. Una de sus

primeras actuaciones fue frente a las epidemias de *fiebre amarilla* que se desarrollaron durante los siglos XVIII y XIX en nuestro territorio<sup>39</sup>.

Como ya he señalado antes, la lucha contra el cólera fue objeto de importantes polémicas, ya que la mayoría de los gobiernos liberales no estuvieron dispuestos a adoptar medidas que impidieran o dificultaran el comercio. Y aunque las primeras pandemias de cólera proporcionaron experiencia suficiente para establecer unos servicios sanitarios más eficaces, su puesta en marcha fue muy lenta hasta que el mundo capitalista aceptó el intervencionismo estatal. A elló contribuyó de modo importante lo que ocurrió en Hamburgo y Altona durante la invasión colérica de 1892<sup>40</sup>.

Para algunos autores, el desarrollo de las primeras epidemias de cólera en Europa permitió tomar conciencia de la necesidad de introducir algunos cambios de cara a centralizar la lucha contra las epidemias. Por ello, se celebraron algunas conferencias sanitarias internacionales esporádicas, como la de París de 1851, con el fin de armonizar las reglamentaciones de los diferentes países. Un paso más fue la creación de distintos organismos especializados, entre ellos: el Consejo superior de Salud en Constantinopla en 1839, el Consejo Sanitario de Tánger en 1840, el Consejo de cuarentenas de Egipto en 1843, y más tarde, a partir de 1902, comenzó a funcionar la Oficina sanitaria panamericana. Con el fin de centralizar la actividad de todos estos organismos se creó, en 1910, la Oficina Internacional de Higiene Pública de Ginebra, constituyéndose así el núcleo de la futura sección

sanitaria de la Sociedad de Naciones, que a partir de 1945 se convirtió en la Organización Mundial de la Salud<sup>41</sup>. Con ello quedaba organizada la lucha contra las enfermedades epidémicas.

Con respecto a la posición de la ciencia médica frente a las epidemias, me limitaré prácticamente a señalar que, a lo largo del tiempo, ha pasado de estar limitada a dar respuesta a las cuestiones teóricas de cada epidemia y a proporcionar asistencia y tratamiento a los afectados, a cobrar progresivamente mayor importancia hasta llegar a constituirse finalmente en el punto de referencia fundamental de la lucha, tanto individual como pública, contra las epidemias. Señalaré, además, que, como han puesto de relieve diversos estudios historiográficos, la actitud de los médicos no siempre ha respondido sólo a motivos meramente altruistas<sup>42</sup>.



I.3. UN HUÉSPED NO DESEADO: LA GRIPE EN LA HISTORIA DE  
OCCIDENTE

De cara a conseguir enmarcar adecuadamente la pandemia de 1918-19, conviene proceder a examinar de qué manera la gripe ha amenazado la salud y la vida de la humanidad a lo largo de la historia. A tal objeto, y tras examinar brevemente los términos con lo que se considera que esta enfermedad ha sido denominada en el pasado, intentaré mostrar cuáles han sido los principales momentos en los que este proceso morboso se ha manifestado en forma epidémica y los sucesivos modos en los que ha sido entendida y manejada desde la Medicina.

I.3.1. Del "tac" a la "gripe": una breve exposición de los principales términos con los que se ha designado un cuadro clínico

Es preciso señalar de entrada que, como ha indicado Cunningham, no es posible comparar las enfermedades infecciosas de la era anterior al laboratorio con las posteriores, y asumir que ambas son idénticas. La transformación que el laboratorio ha operado sobre la identidad de las mismas, cambia, sin duda, de una manera radical el modo de concebirlas<sup>43</sup>. No obstante, existe una cierta tradición en la identificación de determinados cuadros clínicos del pasado con la especie morbosa que en este momento denominamos gripe. Es por eso que los numerosos términos que se utilizaron para designar dichos cuadros se han considerado modos de nombrar en el pasado a lo que en la actualidad llamamos gripe.

Piga y Lamas justificaron esta abundante terminología

porque, igual que había expresado Huchard, opinaban que

"dicha enfermedad, aun siendo idéntica a sí misma a través de los siglos, ha producido accidentes tan numerosos y variados, que los médicos han creído, tal vez por la aparición brusca e insólita de cada epidemia, en la existencia de una nueva enfermedad, desconocida hasta entonces. De aquí el continuo bautizo de la misma entidad morbosa y la eterna confusión de los prácticos atisbando sin descanso nuevas modalidades clínicas cuando, en realidad, la gripe no ha variado gran cosa en lo fundamental, (...)"<sup>44</sup>.

No es mi intención, y creo que no tendría demasiado sentido, reproducir aquí todos los nombres utilizados en los diferentes países y en las distintas epidemias. Me limitaré tan sólo a mencionar los más significativos.

Durante el siglo XV los cuadros clínicos que, a través del diagnóstico retrospectivo se han identificado con la gripe fueron denominados "tac", "horion" y "ladendo"; mientras que en el siglo XVI recibieron el nombre de "coqueluche"<sup>45</sup>, "tos seca", "tos de oveja"<sup>46</sup>, "catarro epidémico"<sup>47</sup> y, según Villalba, "enfermedad contagiosa del catarro"<sup>48</sup>. En el XVII se le conoció como "morbo epidémico hactenus inaudito"<sup>49</sup>, pero fue durante los siglos XVIII y XIX cuando se utilizó mayor número de términos para referirse a la gripe. Esto se explicaría por un posible cambio en el comportamiento epidémico de la enfermedad, pero sobre todo por la situación de la Medicina en ese momento y los cambios habidos en la misma desde la llegada del mundo moderno<sup>50</sup>. En este contexto se explicaría también el creciente interés mostrado por algunas de las principales figuras de la Medicina hacia las diferentes enfermedades epidémicas, entre ellas la gripe<sup>51</sup>.

Esto se plasmó, entre otras cosas, en la acuñación de, como he anunciado anteriormente, una ingente cantidad de vocablos que servirían para referirse a esta última enfermedad. Ejemplo de ello es la lista de términos incluidos en la voz "grippe" del Diccionario de Dechambre, en donde aparecía recogido también el de "influenza"<sup>52</sup>. Por su parte, Patterson ha señalado el uso frecuente, entre 1700 y 1900, de términos que incorporaban el supuesto origen de la epidemia, como "Russian catarrh", "Chinese flu" y "Scottish rant"; esto mismo ocurrió durante la pandemia de 1918-19, que pasó a la posterioridad como "Gripe española"<sup>53</sup>.

De todos los términos, citados hasta ahora, los que se utilizaron durante la pandemia de 1918-19 fueron los de "influenza" y "grippe", y en España, vulgarmente, el de "trancazo"<sup>54</sup>. Aunque no todos los autores coinciden al señalar el origen de dichos términos, mayoritariamente se acepta que ambos vocablos fueron introducidos durante el siglo XVIII<sup>55</sup>. El nombre de "*influenza*" probablemente fue acuñado en la epidemia de Milán de 1702, introduciéndose en Inglaterra hacia 1743 por Pringle y Huxham, sobre todo por éste último<sup>56</sup>. Se coincide en admitir que ese vocablo procedería del italiano y se basaría en la supuesta influencia del frío ("*influenza da freddo*")<sup>57</sup>. Éste ha sido y es el término médico más común en inglés, alemán y en algún otro idioma europeo<sup>58</sup>. El término "*grippe*" se empleó por primera vez en 1742, según Viter y en 1743 según otros<sup>59</sup>. En opinión de algunos autores procedería del francés del verbo "*agripper*" (atacar), o de "*gripper*" (coger, atrapar), incluso se ha indicado que probablemente este

término habría sido acuñado por Sauvages<sup>60</sup>; para otros sería de origen eslavo de "chrypka" (ronquera). Según Piga y Lamas, podría haber sido usado simultáneamente en Polonia y en Francia, tal y como señalaron Frankh y Landouzy<sup>61</sup>. Este término ha sido y es el más utilizado por franceses, belgas, españoles<sup>62</sup> y portugueses<sup>63</sup>.

### I.3.2. Cuando la gripe muestra su peor cara: principales epidemias de "influenza"

Patterson ha señalado el menor interés que muchos historiadores han mostrado por la historia epidemiológica de la gripe; sin embargo epidemiólogos, virólogos y otros investigadores de la influenza sí han estudiado el pasado de la gripe en busca de pistas para comprender mejor el presente y el futuro epidemiológico de dicha enfermedad<sup>64</sup>. Pero si siempre es muy arriesgado realizar un diagnóstico retrospectivo, en el caso de la gripe es aún más difícil: dada la "falta de un cuadro diagnóstico bien definido" al ser tan inespecífica la mayor parte de su sintomatología, razón por la que con anterioridad al descubrimiento de su agente causal, bastaba para que fuera diagnosticada como influenza que cualquier epidemia se acompañara de una sintomatología de tipo gripal<sup>65</sup>. Por eso, la mayoría de los autores han coincidido en señalar que no se puede hablar de verdaderas descripciones de epidemias gripales con anterioridad al siglo XVI. Otros creen que no se podría hablar de ello hasta el siglo XVIII, e incluso algunos han considerado que no sería posible sino

hasta el XIX<sup>66</sup>.

El origen más remoto de la influenza sigue siendo un misterio; no parece proceder de nuestra herencia primate, y probablemente no fue más que una infección esporádica hasta el desarrollo de la agricultura y de las ciudades<sup>67</sup>. Su antigüedad seguramente no se remonta mucho más allá del año 3.000 a. C., antigüedad que McNeill ha conferido a "los tipos 'civilizados' de contagio de las enfermedades infecciosas, de persona a persona", y cuyos primeros focos los ha situado en las comunidades civilizadas de Eurasia<sup>68</sup>. Estas "enfermedades civilizadas" se habrían ido estableciendo en el Viejo Mundo en el período comprendido entre el surgimiento de las ciudades y el 500 a. C., y probablemente no habrían llegado a América hasta el 1500 d. C., a través de los europeos, aunque algunas de estas enfermedades podrían haber estado presentes en las sociedades americanas precolombinas al haber sido vehiculizadas desde Eurasia por las aves<sup>69</sup>. En cuanto a la presencia de epidemias de gripe en la Antigüedad no todos los investigadores coinciden. Algunos autores, entre ellos los historiadores Dionisio de Halacarnisio, Tito Livio y Dion Cassius han interpretado como gripe las pestilencias de la ciudad de Roma del año 488, 412-413 (ó 407-406) y del 43 a. C.; de igual modo, en 1892, Gerasimos Phokas consideró que la llamada "tos de Perinto" habría sido realmente una epidemia de influenza<sup>70</sup>. Sin embargo, Grmek no se ha mostrado conforme con estas interpretaciones, alegando la vaguedad de la mayoría de estas descripciones, y, en su opinión, como mucho se podría hablar de síndromes de tipo gripal, pero no de influenza. En

el caso de la "tos de Perinto", este último autor, se ha mostrado más partidario de considerar que se habría tratado de difteria<sup>71</sup>.

La presencia de epidemias de gripe en la época medieval también ha sido referida por algunos autores, en su gran mayoría del siglo XIX<sup>72</sup>, que no siempre coinciden en sus opiniones. Así, Hirsch admitió como gripe la descripción de una epidemia ocurrida en 1173<sup>73</sup>; para Gluje lo sería la de 1323, y según Ripperger no se podría hacer un diagnóstico de gripe definitivo hasta 1387<sup>74</sup>. Como ya se ha dicho anteriormente, para otros autores no se podría hablar de verdaderas descripciones de epidemias de gripe hasta el siglo XVI e incluso el XVIII, de modo que todo lo relativo a la época medieval tendría poca o nula fiabilidad<sup>75</sup>. Para Koenen todas estas primeras descripciones de epidemias gripales, aún admitiendo su veracidad, al ser normalmente de ámbito local, tendrían poco valor para establecer la existencia de epidemias y pandemias en ese período<sup>76</sup>. A continuación se hará una exposición de las principales epidemias y pandemias habidas desde el siglo XVI hasta el XIX.

Con respecto a la presencia de la gripe en el siglo XVI, la mayoría de los autores coinciden en señalar que ésta habría sido responsable de las epidemias habidas en 1510, 1557, 1580 y 1593. Todas ellas son consideradas como pandemias, particularmente la de 1510 y la de 1580<sup>77</sup>. La primera de ellas, como se ha indicado anteriormente, para algunos habría marcado el inicio de la presencia de la gripe en la sociedad europea, y el comienzo de las verdaderas descripciones sobre

dicha enfermedad. La de 1557 sirvió de base para la descripción sobre la gripe que hizo Valleriola en su obra de 1563. Dicha descripción, como luego se verá, es considerada por Koenen y Martínez Gatica como la primera descripción verdadera sobre dicha enfermedad<sup>78</sup>. Los autores antes citados reconocen expresamente que España resultó afectada durante las pandemias de 1510 y 1580. Villalba se hizo eco de esta última epidemia y señaló: "A 31 de Agosto de 1580 empezó en España la enfermedad contagiosa del catarro, la cual casi despobló a Madrid y otras muchas villas y ciudades"<sup>79</sup>; por su parte, Capmany indicó que "casi todos los vecinos de Barcelona la padecieron"<sup>80</sup>.

En relación con las manifestaciones de la influenza durante el siglo XVII, hay que decir que tradicionalmente se ha reconocido que durante la primera mitad de dicho siglo Europa habría estado libre de gripe<sup>81</sup>. Sin embargo, no todos los autores han estado conformes con esta afirmación. Tampoco se han mostrado de acuerdo respecto al número de epidemias habidas, pero sí en reconocer que la literatura sobre la influenza habría aumentado durante ese período<sup>82</sup>. Según Martínez Gatica y Piga y Lamas hubo numerosas epidemias -1627, 1647, 1657-58, 1669, 1675, 1679, 1688, 1691, 1693, 1695 y 1699-<sup>83</sup>. Para Creighton sólo habrían sido de gripe las de 1657-59, 1675, 1679, 1688 y 1693<sup>84</sup>, y para Chabas las de 1670 y 1680<sup>85</sup>. Koenen ha reconocido que sólo las de 1626, 1647 y 1657-58 se habrían debido a la influenza, y Patterson, por su parte, ha admitido la presencia en Europa de epidemias pero no de pandemias<sup>86</sup>. Respecto a lo acaecido en nuestro país



durante el siglo XVII, las opiniones han sido más unánimes y contrarias a la existencia de epidemias de gripe durante ese período<sup>87</sup>.

La existencia de mayor documentación sobre el siglo XVIII, especialmente relativa a su segunda mitad, ha permitido conocer mejor las principales manifestaciones epidémicas que hubo durante ese período tanto en Europa y España como en otras partes del mundo<sup>88</sup>. Casi todos los autores han reconocido como pandemias la de 1729-1730 y la de 1781-1782, a las que habría que sumar la de 1732-1733 según Patterson, y las de 1709, 1788-1790 y 1798-1803, según Koenen<sup>89</sup>. La pandemia más grave de toda la centuria fue la de 1781-1782 que mostró preferencia por los adultos jóvenes al igual que ocurrió en la de 1918-19, aunque produjo menor mortalidad que esta última<sup>90</sup>. Además de estas pandemias, hubo las siguientes epidemias: 1708-9<sup>91</sup>, 1712, 1737-1738, 1742-1743, 1757-1758, 1761-1762 y 1788-1789. Según algunos testimonios contemporáneos, muchas de estas epidemias y pandemias estuvieron precedidas por episodios similares en caballos<sup>92</sup>.

Aunque no exista unanimidad entre los distintos autores sobre la presencia de la gripe en nuestro país durante el siglo XVIII, teniendo en cuenta los datos ofrecidos por Piga y Lamas en 1919 se puede decir que España padeció las pandemias antes citadas y casi todas las epidemias habidas en Europa durante esa centuria<sup>93</sup>.

El interés creciente que hubo en el siglo XIX por la gripe se tradujo en un progresivo desarrollo de la

historiografía sobre esta enfermedad que proporcionó un gran número de datos sobre las epidemias y pandemias habidas durante ese período. Sin embargo, no todos los datos que ofrecieron algunos autores habían sido contrastados con las fuentes, tal y como han hecho en los últimos años los estudiosos del tema, entre ellos Patterson. Todo esto es lo que justifica las discrepancias que se observan entre la información proporcionada en algunas publicaciones del siglo XIX y primeros años del XX y la ofrecida en los estudios realizados en los últimos años de la presente centuria. No obstante, casi todos los autores han coincidido en reconocer como pandemias las de 1830-1831, 1833 y 1889-90, no así la de 1847-1848<sup>94</sup>. Un gran número de las epidemias habidas durante el siglo XIX han sido consideradas como de gripe, entre ellas las de 1800, 1802-1803, 1805-1807, 1825-1827, 1836-1837, 1841-1842, 1847-1848, 1850-1851, 1857-1858, 1863-1864, 1873-1874, 1891-1892, 1893-1894, 1899-1900<sup>95</sup>. Por lo que se refiere a la presencia de la gripe en nuestro país durante la pasada centuria, cabe decir que según Patterson ésta no se habría limitado a las pandemias, sino que también habría habido algunas epidemias, entre ellas la de 1836-1837 y la de 1847-1848<sup>96</sup>. Los autores españoles también lo señalaron, si bien centraron su interés preferentemente en la pandemia de 1889-90, la pandemia más grave del siglo XIX<sup>97</sup>.

La pandemia de 1889-90 fue la más grave y la mejor documentada según Patterson<sup>98</sup>. Este autor ha descartado que la epidemia que se desató en Bukara (Turquestán) en mayo de 1889 tuviera relación con la pandemia de gripe de 1889-90 como

tradicionalmente se había aceptado y ha situado su inicio en Rusia en Octubre de 1889. Desde allí se desplazó rápidamente hacia el resto de Europa y Asia, habiendo invadido prácticamente todo el mundo en el primer trimestre de 1890<sup>99</sup>. Su comienzo fue anodino en la mayoría de los lugares, pero enseguida adquirió caracteres de gravedad provocando mayor mortalidad de la sospechada en principio, ocurriendo algo similar a lo que pasó en la de 1918-19<sup>100</sup>. Nuestro país resultó alcanzado por esta pandemia en los últimos días de noviembre y primeros de diciembre de 1889, existiendo numerosos testimonios sobre su desarrollo. Así, en la ciudad de Madrid, según Monmeneu, ocurrió de la siguiente manera:

"El estado sanitario de esta capital [Madrid] era por entonces igual, si no mejor, que el de la misma época de años anteriores; (...) Nada hacía presentir la aparición de la epidemia hasta los primeros días de Diciembre en que la constitución catarral se marcó con más intensidad que en otros años. (...) Al empezar la segunda quincena la epidemia adquirió todas su intensidad, se presentaron los casos malignos, (...) y a mediados de Enero de 1890 continuaba aquella tremenda mortalidad (...), pero era muy escaso el número de los nuevamente invadidos"<sup>101</sup>.

La importancia que alcanzó esta pandemia gripal se debió a la magnitud que tuvo y a las circunstancias históricas y científicas que concurrieron, particularmente a estas últimas. La posición de la ciencia médica en esos momentos, fuertemente influida por la doctrina general bacteriológica, hizo posible que se realizaran algunos cambios importantes en las concepciones etiológicas de la gripe y, en cierta medida, en las terapéuticas.

### I.3.3. Explicando y haciendo frente a la enfermedad: los sucesivos modos de entender y manejar la gripe propuestos desde la Medicina

Con la exposición en las páginas siguientes del discurso médico formulado sobre la gripe fundamentalmente a lo largo de los siglos XVI, XVII, XVIII, XIX y primeros años del XX, se habrá completado el relato sobre los datos más importantes de la historia de la gripe, y se habrá mostrado cuál era el nivel de conocimiento sobre esta enfermedad en el momento de iniciarse la pandemia gripal de 1918-19. Todo esto facilitará la posterior comprensión de algunas de las cuestiones que se suscitaron durante el desarrollo de dicha pandemia en Madrid.

#### I.3.3.1. Descripción como entidad morbosa

Según Théodoridès los autores médicos chinos antiguos conocían la gripe y distinguían tres formas diferentes. Sin embargo, la inespecificidad de los síntomas de esta enfermedad y su propia naturaleza impidieron durante siglos que la medicina occidental europea la reconociera como una entidad morbosa con características propias, siendo considerada desde la Antigüedad como una de las afecciones catarrales. Los cambios que se produjeron en la Medicina a partir del Mundo Moderno<sup>102</sup> y probablemente las modificaciones habidas en la epidemiología de la gripe, contribuyeron a la aparición de la que, según Koenen, pudo ser la primera descripción de esta enfermedad, la realizada por Francisco Valleriola en el siglo

XVI<sup>103</sup>. Este autor, en su obra *Loci medicinae communes* de 1563, se refería "a una enfermedad con tos, epidémica que apareció en 1557, que se apoderó de toda Francia, afectando bruscamente a todo hombre sano. El autor decía también que él había conocido esa enfermedad en 1510, pero tenía el siguiente aspecto: fuerte dolor de cabeza, opresión respiratoria y calor, primeramente; posteriormente: escalofríos, fiebre y tos fuerte, seca primero y del séptimo al décimo cuarto día expectoración abundante y a la vez disminución de tos y opresión respiratoria. Mientras dura la enfermedad hay disminución de fuerzas y de apetito, náuseas, insomnio por la tos. Al final de la enfermedad puede sobrevenir un desmayo o sudoración. En general afecta a todos los hombres sin distinción de sexo, situación social, etc.. De forma que al entrar en una casa en breve tiempo todos se habían contagiado. Generalmente no solía producir la muerte, salvo en los niños que aún no tenían fuerzas para expulsar lo que existía en los pulmones"<sup>104</sup>.

Por su parte, Major ha considerado como primera descripción de la gripe la realizada por Sydenham con motivo de la epidemia de 1679 y que Benjamin Rush interpretó en 1809 como correspondiente a la influenza. La epidemia de 1679 tuvo, según Sydenham, las características siguientes:

"Para el principio de este mes [noviembre] una tos surgió, la cual era más epidémica que cualquiera de las que yo había observado hasta ahora; pues atacó a casi todas las familias inmediatamente. Algunos requirieron poca medicina, pero en otros la tos ocasionó tan violento movimiento de los pulmones que algunas veces seguían el vómito y el vértigo. En los primeros días de la enfermedad, la tos era casi seca y la expectoración

no era considerable, pero posteriormente se incrementaba en alguna medida. Brevemente, de la pequeñez de la expectoración, la violencia de la tos y la duración de los accesos de tos; parecía grandemente que se asemejaba a la convulsiva tos de los niños, sólo que no era tan severa. Pero estaba acompañada con una fiebre y sus usuales concomitancias, particularmente excedía la tos convulsiva, para la que yo nunca conocí acompañada con aquellos síntomas"<sup>105</sup>.

En el siglo XVIII las epidemias de gripe continuaron atrayendo la atención de algunas de las principales figuras de la Medicina que legaron interesantes descripciones de los episodios que ocurrieron, como por ejemplo la realizada por John Huxham con motivo de la epidemia de 1732-1733 de Plymouth (Inglaterra). Según Huxham todo sucedió de la siguiente manera:

"Por este tiempo una enfermedad invadió estas partes, la cual fue la epidemia más completa de cualquiera de las que yo recuerdo haber encontrado; ni una casa se libró de ella; el albergue del mendigo y el palacio del noble fueron igualmente objeto de sus ataques; pocas personas escaparon en la ciudad o en el campo; viejos y jóvenes, fuertes y enfermos, compartieron el mismo destino... pero aún, considerando la gran multitud que fue alcanzada por ella, fue fatal sólo para unos pocos, principalmente niños y personas de edad y debilitadas"<sup>106</sup>.

Estas descripciones, cada vez más frecuentes, proporcionaron un mayor conocimiento de estos episodios y pusieron de relieve las principales características de la gripe. Con ello la enfermedad comenzó a adquirir entidad propia y se acuñaron distintos términos, entre ellos "grippe" e "influenza", para referirse a ella<sup>107</sup>. Algunos profesionales -Sauvages, Graves, Gottlieb Gluge, M. Raige-Delorme, etc.-

intentaron separar este proceso de las fiebres catarrales y convertirla en una especie morbosa aparte<sup>108</sup>. No obstante, este proceso fue bastante largo y no se completó definitivamente hasta el siglo XIX<sup>109</sup>. Incluso en 1877, Brochin en su artículo dedicado al "catarro" en el *Diccionario de Ciencias Médicas* de Dechambre se mostraba contrario a considerar a la gripe como "una enfermedad distinta de la fiebre catarral común"<sup>110</sup>. Mientras que en 1884 en el artículo que Brochin elaboró en el mismo diccionario sobre la "grippe" manifestó lo siguiente:

"aunque, (...), la gripe no sea en realidad más que una especie en la gran clase de las afecciones catarrales, se distingue de la fiebre catarral vulgar, no sólo por su mayor intensidad, sino por unos caracteres que le son propios y que la constituyen en una verdadera entidad morbosa"<sup>111</sup>.

No obstante, en opinión de Grmek no fue hasta la pandemia gripal de 1889-90 "cuando se estableció el cuadro semiológico correcto y exhaustivo de la enfermedad"<sup>112</sup>.

#### I.3.3.2. Etiología

El término "influenza", aunque, como se ha visto en el apartado dedicado a la sinonimia, según Crookshank estaría en relación con la supuesta influencia del frío<sup>113</sup>, según otros autores parece que hace referencia a la "doctrina bajomedieval y renacentista acerca de la relación biunívoca entre influjos astrales y aparición del cuadro morboso"<sup>114</sup>. Esta teoría periódicamente ha sido reconsiderada y reelaborada,

ofreciéndose nuevas versiones de la misma, como por ejemplo la teoría explicativa de los ciclos de Hope-Simpson; o la que sitúa el origen de los virus de la gripe en el espacio, desde donde se desplazarían a la tierra a través del polvo estelar<sup>115</sup>.

La formulación en la segunda mitad del siglo XVII de la teoría del "contagio vivo" por Kircher (1658) y de la teoría de la "constitución epidémica" por Sydenham marcaron las reflexiones teóricas sobre la etiología de la gripe durante el siglo XVIII, momento en el que la gripe adquirió entidad propia<sup>116</sup>. Con motivo de la epidemia de 1679 Sydenham describió por primera vez la constitución epidémica de dicho episodio, que en 1809 Benjamin Rush consideró como influenza. Para Sydenham la causa de la epidemia de noviembre de 1679 fue

"[que] el mes de octubre había sido más húmedo que lo usual (pues casi no cesó de llover), la sangre, correspondiendo con la estación, bebió en abundancia de las groseras partículas acuosas, a causa de que la transpiración fue detenida con la primera llegada del frío, la naturaleza se esforzó por expulsarlas por medio de una tos, a través de las ramas de la arteria pulmonar, o, como algunos sostendrán a través de las glándulas de la tráquea"<sup>117</sup>.

La vigencia que adquirió esta teoría de la constitución epidémica en el pensamiento médico durante la segunda mitad del siglo XVII motivó que los artículos sobre influenza a partir de entonces contuvieran tablas meteorológicas más que reconstrucciones geográficas o estadísticas de morbilidad y mortalidad<sup>118</sup>. La idea de la constitución epidémica dominó la etiología de la gripe durante la mayor parte del siglo



XVIII<sup>119</sup>, si bien a partir de la segunda mitad comenzó a ser considerada la contagiosidad de la influenza, cobrando ésta realmente fuerza en torno a 1780. Algunos de los autores que se mostraron favorables a considerar la gripe como una enfermedad contagiosa fueron Fothergill (1775), Haygarth (1780), Robert Whytt, John Millar, David Campbell (1775), Hamilton (1787), John Lind, Cullen (1785)<sup>120</sup>. El protagonismo que tuvieron los contagionistas de 1780 a 1803 en la etiología de la gripe comenzó a decrecer, cediendo terreno a favor de los anticontagionistas entre 1830 y 1840<sup>121</sup>. No obstante, en 1840 J. Henle en sus *Pathologische Untersuchungen* incluyó a la gripe en el grupo de las enfermedades infecciosas miasmáticas y contagiosas<sup>122</sup>.

Durante la segunda mitad del siglo XIX la etiología de la gripe continuó siendo objeto de distintas consideraciones, una vez más fueron valorados: las condiciones atmosféricas, los factores individuales, las emanaciones telúricas, el ozono, un veneno específico<sup>123</sup>, etc., hasta que a partir de 1883 la doctrina general bacteriológica comenzó a impregnar las investigaciones sobre la etiología de la gripe<sup>124</sup>.

Entre 1883 y 1892, varios investigadores creyeron haber descubierto el microbio específico de la gripe: micrococos, diplococos, diplobacterias, estreptococos, etc., fueron algunos de los gérmenes propuestos<sup>125</sup>. Durante la pandemia de 1889-90 se aceptó a la gripe como una enfermedad específica producida por un organismo que debería estar presente en todos los casos de dicha enfermedad. En ese momento la etiología bacteriana de la influenza empezó a desplazar en el

pensamiento médico a las etiologías hasta entonces defendidas<sup>126</sup>. Sin embargo las investigaciones que se hicieron no proporcionaron el agente específico de la gripe, sino una asociación microbiana<sup>127</sup>. La búsqueda de dicho agente continuó al finalizar la epidemia, culminando con el descubrimiento, en 1892, por Richard Pfeiffer (1858-1945) del bacilo que lleva su nombre, que desde entonces fue considerado el agente específico de la influenza<sup>128</sup>.

Como consecuencia de la difusión que alcanzó el descubrimiento de Pfeiffer se produjo un giro en las investigaciones sobre la etiología de la gripe, ya que, desde ese momento, el único fin de los bacteriólogos fue comprobar la presencia del bacilo de la influenza en los enfermos de gripe. Los primeros estudios corroboraron el descubrimiento de Pfeiffer<sup>129</sup>, pero más tarde se puso de relieve la inconstancia del bacilo en los enfermos de gripe, su presencia en individuos sanos o en enfermos de otras patologías y la dificultad para reproducir la enfermedad en los animales con él inoculados<sup>130</sup>. Las objeciones fueron cada vez más frecuentes, cuestionándose incluso la especificidad del bacilo de la influenza, sobre todo durante la epidemia gripal de 1904-1905, momento en el que muchos bacteriólogos consideraron a dicho bacilo simplemente como "microbio de salida", y otros optaron por señalar la necesidad de limitar el número de casos que debían ser llamados gripe, si se mantenía la especificidad del bacilo de Pfeiffer<sup>131</sup>.

En 1918, a pesar de las numerosas objeciones que se habían hecho a la especificidad del bacilo de la influenza,

éste seguía siendo para la ciencia oficial el agente específico de la gripe.

#### I.3.3.3. Diagnóstico

Desde que la gripe comenzó a perfilarse como una entidad propia, para unos a partir del siglo XVI y para otros desde el siglo XVIII, el diagnóstico de esta enfermedad estuvo presidido por criterios clínicos y epidemiológicos. La inespecificidad de buena parte de la sintomatología de la gripe hizo que su diagnóstico exacto fuera muy dificultoso, por lo que unas veces se confundió con otras enfermedades, mientras que otras se diagnosticó como gripe cualquier epidemia que tuviera una sintomatología de tipo gripal<sup>132</sup>.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XVIII y durante el siglo XIX la gripe se fue conociendo mejor, pero el diagnóstico siguió siendo clínico hasta la pandemia de 1889-90, en que por primera vez, bajo la influencia de la formulación de la doctrina general bacteriológica, la capacidad para hacer un diagnóstico específico y exacto había sido transferida de los clínicos a los bacteriólogos<sup>133</sup>. Por ello, estos profesionales se dedicaron a buscar la bacteria específica de la gripe para poder diagnosticar con certeza esa pandemia como gripal. Aunque no fue posible encontrar dicha bacteria, el diagnóstico bacteriológico de la gripe comenzó a cobrar mayor importancia y fue considerado por algunos como el único posible. Otros consideraron que serviría para corroborar el diagnóstico clínico de gripe, mientras que

ciertos profesionales no le otorgaron ningún valor y únicamente admitían el diagnóstico clínico de la gripe. Pues bien, esta era la situación en la que se encontraba lo referente al diagnóstico de la gripe cuando estalló la pandemia gripal en 1918.

#### I.3.3.4. Tratamiento

La escasa información que existe sobre este tema, especialmente con anterioridad al siglo XVIII, parece indicar que el tratamiento de la gripe siguió un desarrollo paralelo al sufrido por la terapéutica a lo largo de los siglos<sup>134</sup>. Durante mucho tiempo la gripe fue una de las afecciones catarrales y como tal su tratamiento fue básicamente el del catarro. Éste, según Brochin, desde la Antigüedad hasta la reforma de la Medicina fue, mayoritariamente de base humoralista, y consistió en la práctica de sangrías generales y locales, combinadas con revulsivos, temperantes y evacuantes. La formulación de los principios del tratamiento del catarro no se produjo hasta el siglo XVIII, momento en el que la gripe se fue perfilando como una entidad propia, independizándose de las afecciones catarrales<sup>135</sup>. Brochin también reconoció que ni para la fiebre catarral epidémica, ni para la gripe había existido ni existía un único tratamiento, ni un tratamiento específico, habiéndose utilizado un gran número de ellos, constituidos por la práctica de la sangría -general y/o local-, y el uso de evacuantes, vomitivos, purgantes, diaforéticos, diuréticos,

expectorantes, revulsivos cutáneos y tónicos fijos o difusibles<sup>136</sup>. La base doctrinal sobre la que se apoyaron los tratamientos de la gripe empleados durante el siglo XVIII y principios del XIX siguió siendo humoral, en buena medida, aunque acusó la influencia de otras doctrinas surgidas en Edimburgo y en otros centros médicos<sup>137</sup>.

Durante las epidemias gripales, los médicos no siempre coincidieron en cuanto a las indicaciones de cada uno de los remedios más comunmente empleados, siendo, sin duda, la sangría el proceder que mayores polémicas suscitó. De hecho, desde la pandemia de 1580 se constataron sus desastrosos efectos, pero su uso continuó, siendo denunciados sus nefastos resultados en distintas epidemias, entre ellas en la de 1775 y en la de 1800<sup>138</sup>. Pero las opiniones no fueron unánimes a lo largo de este período, siendo Lepecq, Vingtrinier, Fernel, Rivière, Baillou y Hoffmann, algunos de los que condenaron su uso; mientras que Sydenham, Lancisi, Stoll, de Haën, Sauvages y Franck fueron algunos de sus defensores<sup>139</sup>. Sin embargo, la sangría perdió vigencia durante la epidemia de 1837, tanto en Francia como en Gran Bretaña. En este último país esto se debió en buena medida a Graves, que difundió la opinión de Holland contraria a este proceder en el caso de la gripe, y que además se mostró él mismo partidario de un uso muy restringido de la sangría en este tipo de enfermos<sup>140</sup>.

El uso de los otros remedios que se emplearon para tratar la gripe también sufrió algunas modificaciones a lo largo del tiempo. La utilización de los vomitivos se generalizó durante el siglo XVIII, ocupando en el XIX el lugar de la sangría. Por

su parte, los purgantes, valorados negativamente en las epidemias de 1557, 1580, 1709, 1712 y 1733, fueron limitados a la fase final de la enfermedad, pero reaparecieron en el siglo XIX como uno de los principales remedios contra la gripe. Quizás hayan sido los diaforéticos y los diuréticos los medios más universalmente empleados. Junto a ellos, otras medicaciones también muy usadas han sido los antiespasmódicos, los narcóticos, los diferentes tónicos y estimulantes, los agentes del método revulsivo o de la estimulación cutánea, etc. A todos los anteriores tratamientos se sumaron a partir del último tercio del siglo XVIII, las sales de quinina, que empleadas primero en Alemania, fueron utilizadas por primera vez por Bourgogne durante la epidemia de 1847, alcanzando gran difusión posteriormente, de modo que, aunque para Brochin no fuera el tratamiento específico de la gripe, algunos autores así lo valoraron<sup>141</sup>.

Durante la gran pandemia de 1889-90 también se utilizaron las sales de quinina solas o combinadas con sudoríficos, bebidas diaforéticas, purgantes, diversos tónicos, antitérmicos, expectorantes, calmantes, revulsivos, balsámicos, etc. para combatir la gripe<sup>142</sup>. En 1901 Talamon utilizó por primera vez el suero antidiftérico y los fermentos metálicos para combatir la gripe<sup>143</sup>. Por su parte, Martínez Gatica en 1909 recomendaba la quinina, los purgantes y el *Antigrippal Semarga* -un sudorífico muy energético a base de salicilato de sosa- como tratamiento contra la gripe<sup>144</sup>.

## NOTAS

1. M. A. Ruffer (1859-1917) utilizó el término de paleopatología para denominar "la ciencia de las enfermedades que pueden ser demostradas en restos humanos procedentes de épocas remotas". Cfr. LAÍN ENTRALGO, P. (1978) *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1ª edición, p. 4.

2. LAÍN ENTRALGO, P. (1978) p. 4. El mito de esa primitiva e íntegra "salud natural" fue consecuencia del gran sentido de la justicia de los antiguos, que les impedía aceptar la presencia de la enfermedad desde el mismo momento de la creación del hombre. Pero explicar la historia de la humanidad sin las enfermedades no era posible, por ello muy pronto tuvieron que admitirlas. Y para justificar su presencia y la pérdida de esa "salud natural" se elaboraron diferentes hipótesis explicativas, algunas de las cuales han sido recogidas por Grmek en su obra *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*. Este autor ha señalado que en la mitología griega se recurrió a la figura de Pandora -mujer que llevaba encerradas todas las enfermedades en una jarra y que las habría difundido entre todos los hombres-; por su parte, Platón relacionó el lujo, la pereza y el exceso de comida con el surgimiento de las enfermedades; mientras que Plutarco y otros moralistas consideraron que las enfermedades eran fruto de una civilización corrupta. A partir del mundo moderno fue el progreso el responsable de las enfermedades y no la decadencia histórica, GRMEK, M.D. (1983) *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale*, Paris: Payot, pp. 17-19.

3. La relación existente entre enfermedad y factores socioculturales, y por ende, entre civilización y enfermedad, así como la complejidad de dicho nexo fueron señaladas por Sigerist, Sigerist, H.E. (1987) *Civilización y enfermedad*, México: Fondo de Cultura Económica, 1ª edic. en inglés (1943), 1ª edic. en español (1946), pp. 9-13. Esta relación, de la que se han hecho eco también otros muchos autores, se ha visto reforzada por la experiencia proporcionada por el SIDA, tal y como ponen de relieve las numerosas publicaciones que, sobre este tema, han aparecido en los últimos años. Como muestra de todo esto se debe considerar, no sólo las obras que se citan a continuación, sino también la bibliografía incluida en las mismas: ROSENBERG, Ch.E. (1992) *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*, Cambridge, New York: Cambridge University Press, 357 pp., (especialmente pp. 258-304); GRMEK, M.D. (1990) *Histoire du sida*, Paris, Payot, Nouvelle édition, 418 pp.; POLLAK, M. (1992) *AIDS: A Problem for Sociological Research*, London-Newbury Park-New Delhi, Sage Publications, 124 pp..

4. THÉODORIDÈS, J. (1991) *Des miasmes aux virus. Histoire des maladies infectieuses*, Paris: Louis Pariente, p. 21.

5. En el primer caso se trató probablemente de una epidemia de tipo tifoideo, y probablemente en el segundo fue una combinación de viruela, sarampión, escarlatina y disentería, ARQUIOLA, E. (1987a) "Las enfermedades en la Europa medieval", en: ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) *La historia de la enfermedad*, Madrid: Saned, 172-181, p. 173. Según Chabas la primera habría sido de tifus exantemático, cfr. CHABAS, J. (1928) *La Gripe*, Madrid: Javier Morata, pp. 14-15. Igual opinión mantiene Grmek, GRMEK, M.D. (1990) p. 174. Théodoridès ha señalado las diferentes enfermedades propuestas por distintos autores desde el siglo XVIII como responsables de la "peste de Atenas", THÉODORIDÈS, J. (1991), pp. 335-336.

6. Actualmente la peste se define como una enfermedad infecciosa producida por la "Yersinia pestis", cuyo reservorio son los roedores (hasta el siglo XIX se creía que únicamente eran las ratas: negra y gris). Se transmite al hombre bien por las pulgas (forma bubónica), o bien de hombre a hombre por vía respiratoria (forma neumónica), THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 108-114. En las pp. 181-182 el autor incluye una lista de las principales fuentes y bibliografía crítica existente sobre esta enfermedad. La literatura sobre la peste es abundantísima. Además de la bibliografía proporcionada por Théodoridès en la obra anteriormente citada (pp. 181-182), cabe citar las siguientes: ALBINI, G. (1982) *Guerra, fame, peste*, Bologna; AMASUNO, M.V. (1988) "Contribución al estudio del fenómeno epidémico en la Castilla de la primera mitad del siglo XV: El 'Regimiento contra la Pestilencia' del Bachiller Alfonso López de Valladolid: (Estudio preliminar, edición, glosario, notas y apéndices)", Valladolid, *Actas Histórico-médica vallisoletana*, 26; AMELANG, J.S. (1991) *A journal of the plague year: the diary of the Barcelona tanner Miquel Parets*, New York, Oxford, Oxford University Press, 171 pp.; ARQUIOLA, E.; PESET, J.L.; PESET, M.; LA PARRA, S. (1976) "Madrid, villa y corte, ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Estudis*, 5, Valencia; BALLESTEROS RODRÍGUEZ, J. (1982) *La peste en Córdoba*, Córdoba, Diputación Provincial: Servicio de Publicaciones, Estudios cordobeses, 24, 238 pp.; BENNASSAR, B. (1979) *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne à la fin du XVI siècle*, Paris; BERNARD, & cols. (1984) *Histoire, économie et société*, Paris; BERTHE, M. (1984) *Famines et Épidémies dans les camgnes navarraises à la fin du Moyen Âge*, Paris, 2 vols.; BIRABEN, J.N. (1976) *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris, 2 tomos; BOSCARRELLI, M. (1983) *Penuria, peste e potere (1628-1635)*, Milano; BOWSKY, W. (ed.) *The Black Death. A turning in History?*, Huntington, Krieger Pub., 128 pp.; BRUNI, R. (1980) *Le pays d'Apt malade de la peste*, Aix-en-Provence, Édisud, 168 pp.; CARMICHAEL, A.G. (1986) *Plague and the poor in renaissance Florence*, Cambridge, Cambridge University Press, 180 pp.; CARRERAS PANCHÓN, A. (1974) *Literatura médica sobre peste en la España Renacentista*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, 202 pp.; CARRERAS PANCHÓN, A. (1976) *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*, Salamanca, Universidad de Salamanca, Eds. del



Instituto de Historia de la Medicina Española, 173 pp.; CARRERAS PANCHÓN, A. (1981) "Sobre el concepto de pestilencia (Waba) en el canon de Avicena", *Asclepio*, XXXIII, pp. 265-273; CIPOLLA, C. (1984) *¿Quién rompió las rejas de Monte Lupo?*, Barcelona; CONTRERAS MAS, A. (1977) "Legislación frente a la peste en Mallorca bajomedieval", *Medicina e Historia*, 2ª época, nº 74; DAVID-PEYRE, Y. (1967) *La Peste et le Mal Vénerien dans la Littérature Ibérique du XVI et du XVII siècles*, Poitiers; DAVIES, J.N.P. (1979) *Pestilence and Disease in the History of Africa*, Johannesburg, Witwatersrand University Press, 19 pp.; DOLS, M. (1977) *The black death in the middle east*, New Jersey; GRANJEL, L. (1964) "Las epidemias de Peste en España durante el siglo XVII", *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, III; GARCÍA BALLESTER, L. y MAYOR BENÍTEZ (1971) "Aproximación a la historia social de la peste de Orihuela de 1648", *Medicina Española*, 65 (Valencia); HILDEESHEIMER, F. (1990) *La terreur et la pitié: l'Ancien Regime à l'épreuve de la peste*, Paris, Publisud, cop., 187 pp.; HOFFMAN, L.F. (1964) *La Peste à Barcelona*, Vendôme, Imp. des Presses Universitaires de France, 101 pp.; JIMENEZ MUÑOZ, J.M. (1974) "Noticias sobre pestes en el Reino de Castilla (1478-1494)", *Salamanca, Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, XIII, pp. 347-356; MAISO GONZÁLEZ, J. (1982) *La peste aragonesa de 1648 a 1654*, Zaragoza; MARISCAL y GARCÍA RELLO, N. (1945) *El Doctor Juan Tomás Porcell y la peste de Zaragoza de 1564*, Madrid, Cosano, 2ª edic., 329 pp.; MARTÍN VALDIZAN, MªC. (1981) *El sentido de la enfermedad en "La Peste" de A. Camus*, Tesis doctoral, Facultad de Medicina, U.C.M., 121 pp.; McNEILL, W.H. (1984) *Plagas y pueblos*, Madrid, Alianza; McNEILL, W.H. (1978) *Le temps de la peste*, Hachette, 3ª edic., 301 pp.; MERCADO, L. (1921) *El libro de la peste*, Madrid (con un estudio preliminar acerca del autor y de sus obras por Mariscal Nicasio); NOHL, J. (1986) *La mort noire. Chronique de la peste*, Paris; PANTA, L. del (1980) *Le epidemie nella storia demografica italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino, Loescher, 248 pp.; PESET, M.; PARRA, S. la; ARQUIOLA, E. y otros (1977) "Gobierno y poder político en la peste de la Valencia de 1647-1648", *Actas del V Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Madrid; PESET, J.L.; PARRA, S. la; MANCEBO; PESET, M.; ARQUIOLA, E. (1977) "Los bandoleros y la peste de Valencia de mediados del siglo XVII", *Actas del V Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Madrid, t. I; PESET, M. LÓPEZ GONZÁLEZ, MªV. y cols. (1974) "El clero ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Anales Valentinus, Rev. de Fil. y Teol.*, año II, nº 4; POLLITZER, R. (1954) *La peste*, Génève, Org. Mondiale de la Santé; QUINTANA, P. (1982) *Algunas consideraciones sobre la peste en la historia*, Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, Ed. Garsi, 164 pp.; RANGER, T. y SALCK, P. (ed.) *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press; RIERA, J. (1977) "El doctor Rosell y los temores en España por la peste de Milán (1629-1631)", *Medicina e Historia*, 2ª época, nº 73; SANCHO de SAN ROMÁN (1979) *Tres escritos sobre pestilencia del Renacimiento español*, Salamanca; SHREWSBURY, J.F.D. (1971) *A History of Bubonic Plague in the British Isles*, Cambridge, 661 pp.;

TORRES SÁNCHEZ, R. (1990) *Aproximación a las crisis demográficas en la periferia peninsular: las crisis en Cartagena durante la Edad Moderna*, Murcia, Excmo. Ayuntamiento de Cartagena, Concejalía de Cultura, 190 pp.; TWIGG, G. (1984) *The black death: a biological reappraisal*, London, Batsford Academic and Educational, 254 pp.; VIÑES IBARROLA, J. (1947) *Una epidemia de peste bubónica en el siglo XVI*, Pamplona; ZUBIRI VIDAL, F. y ZUBIRI SALINAS, R. (1980) *Epidemias de peste y cólera morbo-asiática en Aragón*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

7. ACKERKNECHT, M.D. (1982) *A Short History of Medicine*, Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, (edic. revisada) (1955, 1ª edic. inglés), pp. 90-91; ARQUIOLA, E. (1987a) p. 173; BURNET, S.M. & WHITE, D.O. (1982) *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Madrid: Alianza, (traduc. 4ª edic. revisada), p. 284; THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 24 y 108-110.

8. La obra *A journal of the Plague Year*, que Daniel Defoe publicó en 1722, reconstruye la problemática que rodeó a la epidemia de peste de 1665 de Londres. A esta obra que ha sido objeto de distintas valoraciones por los autores, se le ha reconocido su gran valor como relato fiel de un desastre natural -una epidemia-, dominado por la tragedia, que altera la vida de una población, ROBERTS, D. (1991) "Introduction", en DEFOE, D. *A journal of the Plague Year*, Oxford, New York: Oxford University Press, 299 pp., (Reprint ed. 1990, 1969 first ed.), vii-xxii.

9. Actualmente se define como una enfermedad provocada por la "Rickettesia Prowazeki" y transmitida por piojos, que se caracteriza por fiebre alta, cefalea, petequias, trastornos gastrointestinales, abatimiento general y delirio, THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 195-199. El autor ha dedicado las páginas 214 y 215 a enumerar las principales fuentes sobre esta enfermedad de los distintos siglos.

10. Actualmente se define como una enfermedad producida por el "Corynebacterium diphtheriae", que tiene las siguientes manifestaciones clínicas: la angina membranosa que puede provocar la asfixia; la forma laríngea o croup, que también va seguido de la asfixia; manifestaciones nerviosas por la acción de la toxina, etc., THÉODORIDÈS, J. (1991) p. 155. Una lista sobre las principales fuentes sobre esta enfermedad en los distintos siglos y sobre algunos estudios históricos figura en las páginas 190 y 191.

11. Actualmente se define como una enfermedad venérea producida por el "Treponema pallidum", con diversas manifestaciones clínicas y estadios, siendo la afectación del sistema nervioso central una de las más graves, THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 75-82. En las páginas 177 y 178 figura una relación de las principales fuentes y estudios históricos sobre esta enfermedad. A continuación se enumeran algunas de las obras dedicadas a esta enfermedad: BERNARD y cols. (1984)

*Histoire, économie et société*, París; DAVID-PEYRE, Y. (1967) *La Peste et le Mal Venérien dans la Littérature Ibérique su XVI et du XVII siècles*, Poitiers; EATOUGH, G. (1984) *Fracastoro's syphilis*, Liverpool, Francis Cairns, 295 pp.; FLECK, L. (1979) *Genesis and Developmen of a Scientific Fact*, The University of Chicago Press, 203 pp.; GONZÁLEZ ÁLVAREZ, M<sup>a</sup>J. (1988) *La lucha antivenérea en España (1900-1950)*, Madrid; GRANEJL, L.S. (1962) "El tema de la sífilis en la literatura médica española del siglo XVII", *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, XIV, pp. 49-59; GUERRA, F. (1976) "La disputa sobre la sífilis", *Medicina e Historia*, 2<sup>a</sup> época, n<sup>o</sup> 59; MONTIEL, L. (1987) "Sammael (el angel del veneno)", *Jano*, H.M., *Medicina y Literatura*, Mayo; PERETT, D.B. (1977) *Ethics and error: the dispute between ricord and Auzias-Turenne over syphilization, 1845-70*, Stanford, Stanford University, 293 pp.; QUETEL, C. (1986) *Le mal de Naples. Histoire de la syphilis*, Paris; RANGER, T. y SALCK, P. (ed.) *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press; RIERA, J. (1965) "El tema de la sífilis en la literatura médica española del siglo XVIII", *Medicina e Historia*, XIV.

12. Actualmente se define como una enfermedad producida por un poxvirus, caracterizada por la aparición de pápulas, vesículas y finalmente pústulas que cicatrizan dejando señal imborrable. Desde 1977 se considera erradicada del mundo, THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 223-229. En las páginas 312 y 313 figura una relación de las principales fuentes y estudios históricos sobre esta enfermedad. También merece ser destacada la bibliografía siguiente: BAXBY, D. (1979) "Edward Jenner, William Woodville, and the origins of Vaccinia Virus", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 39, 2: pp. 134-162; BAXBY, D. (1981) *Jenner's Smallpox vaccine*, London, Heinemann; DARMON, P. (1986) *La longue traque de la variole. Les pionniers de la médecine préventive*, Paris, Perrin; DÍAZ DE YRAOLA, G. (1948) *La vuelta al mundo de la expedición de la vacuna*, Sevilla, C.S.I.C.; FENNER, F.; HENDERSON, D.A.; JEZEK, Z.; LADNYN, I.D. (1988) *Smallpox and its Eradication*, Geneva, World Health Organization; FERNÁNDEZ, D.W. (1979) *Juan Perdomo: Introdutor de la Variolización en Venezuela*, Caracas; FERNÁNDEZ del CASTILLO, F. (1985) *Los viajes de Don Francisco Xavier de Balmis. Notas para la historia de la expedición vacunal de España a América y Filipinas (1803-1806)*, México; GARATE, J. (1959) "La vacunación j Jenneriana antes de su descubrimiento", *Asclepio*, XI, pp. 101-131; LASTRES, J.B. (1950) "La viruela, la vacuna y la expedición filantrópica", *Asclepio*, II, pp. 85-120; MERCER, A. (1990) *Disease, mortality and population in transition: epidemiological-demographic change in England since the eighteenth century as part of a Global Phenomenon*, Leicester, Leicester University Press, 262 pp.; MOREAU, J.L. (1987) *Tratado histórico y práctico de la vacuna*, Valencia (Edic. facsímil de la obra de 1803); RAYMOND, J.F. (1982) *Querelle de l'inoculation ou préhistoire de la vaccination*, Paris, J. Vrin; RAZELL, P. (1980) *Edward Jenner's Cowpox Vaccine: The*

*History of a Medical Mith*, Firie, Caliban Books; RIERA, J. (1985) "Los comienzos de la inoculación variólica en la España Ilustrada", *Medicina e Historia*, 3ª época, nº 8; RIERA, J.; GRANDA-JUESAS, J. (1987) *La inoculación de la viruela en la España ilustrada*, Valladolid, Universidad de Valladolid.

13. Se define actualmente como una enfermedad producida por la presencia en la sangre de un protozoo del género "plasmodium" (*P. vivax*, *falciparum*, *malariae*, u *ovale*), transmitida por la hembra del mosquito "anopheles", que se caracteriza por episodios paroxísticos de fiebre, escalofríos y sudoración, su evolución es crónica y recidivante, cursando con anemia y esplenomegalia, DOMÍNGUEZ CARMONA, M. y PIÉDROLA GIL, G. (1988) "Enfermedades transmitidas por artrópodos. Etiología, epidemiología y prevención del paludismo", en: PIÉDROLA GIL, G. y cols. *Medicina Preventiva y Salud Pública*, Barcelona: Salvat, 8ª edic., 644-664, pp. 648-650. Una muestra de la bibliografía dedicada a esta enfermedad epidémica son las obras que se citan a continuación: AMARO LASHERAS, J. (1955) *Los últimos años del paludismo en Marruecos*, Madrid; BRUCE-CHWATT, L. (1980) *The rise and fall of malaria in Europe*, Oxford, Oxford University Press; CASTEJÓN BOLEA, R. (1981) *1785 Epidemia de Paludismo en Cartagena*, Barcelona, Premio Uriach, 40 pp.; CELLI, A. (1977) *The History of Malaria in the Toman Capagna*, New York, Ams. Press.; GARCÍA de COSA, C. (1932) "Siete casos de infección doble por paludismo y por fiebre recurrente", *Sanidad e Higiene pública*, año VII, nº 8; GUERRA, F. (1977) "El descubrimiento de la quina", *Medicina e Historia*, 2ª época, nº 69; HARRISON, G. (1978) *Mosquitoes, Malaria & Man: A History of the hostilities since 1880*, New York, 314 pp.; MATEU TORTOSA, E. (1987) *Arroz y paludismo: riqueza y conflictos en la sociedad valenciana del siglo XVIII*, Valencia; Edics. Alfons el Magnanim, 192 pp.; PÉREZ MOREDA, V. (1982) "El paludismo en España a fines del siglo XVIII: la epidemia de 1786", *Asclepio*, XXXIV, pp. 295-316; PESET, J.L. y M. (1972) *Muerte en España*, Madrid, Seminarios y Ed.; RICO-AVELLÓ, C. (1947) "Aportación española a la Historia del paludismo", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, XXI, 113 pp.; RIERA, J. (1984) *Fiebres y Paludismo en la España Ilustrada*, Salamanca; RIERA, J. (1988) "Epidemias y paludismo en la ribera del Júcar: Una topografía médica del siglo XVIII", *Acta Histórico-médica vallisoletana, monografías*, 27, 224 pp.; RIERA PALMERO, J.; ROJO VEGA (1988) "Spanish Agriculture and Malaria in the 18th Century", *Hist. Phil. Life Sci.*, 10, pp. 343-362; RUSSEL, P. & cols. (1963) *Practical malariology*, London; TORRES SÁNCHEZ, R. (1990) *Aproximación a las crisis demográficas en la periferia peninsular: las crisis en Cartagena durante la Edad Moderna*, Murcia, Excmo. Ayuntamiento de Cartagena, Concejalía de Cultura, 190 pp..

14. Actualmente se define como una enfermedad producida por un arbovirus y transmitida al hombre por el mosquito "Aedes aegypti", que cursa con fiebre elevada, cefalea, raquialgia, que tras una remisión de 12 horas, va seguido de hemorragias, ictericia, vómitos biliosos, bradicardia e hipotensión,

THÉODORIDÈS, J. (1991) p. 282. En las páginas 325 y 326 figura una relación de las principales fuentes y estudios históricos sobre esta enfermedad. Otras obras dedicadas también a dicha enfermedad son, entre otras, las siguientes: ARTIGAS RAVENTÓS, V. (1974) "Las epidemias barcelonesas de fiebre amarilla en el siglo XIX y su influencia en la reforma sanitaria de la ciudad", *Medicina e Historia*, 2ª época, 31; BUÑO, W. (1983) *Una crónica de Montevideo de 1857. La epidemia de fiebre amarilla*, Montevideo, La Banda Oriental, 104 pp.; CARRILLO, J. (1986) *Juan Manuel de Aréjula (1755-1830). Estudios sobre la fiebre amarilla*, Madrid; CARRILLO, J. y GARCÍA BALLESTER, L. (1980) *Enfermedad y sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX: La fiebre amarilla (1741-1821)*, Málaga, Universidad de Málaga; DELAPORTE, F. (1989) *Historia de la fiebre amarilla: Nacimiento de la Medicina tropical*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 162 pp.; FINALY, C. (1981) *El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla*, La Habana, Ministerio de Cultura, pp. 147-169; IGLESIAS RODRÍGUEZ, J.J. (1987) *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*, Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, 216 pp.; JIMÉNEZ ORTIZ, C. (1984) "La epidemia de fiebre amarilla de 1804 en Granada", *Medicina e Historia*, 2ª época, 38; MARTÍNEZ MONTES, M. (1934) "Las auto-observaciones en la fiebre amarilla", *Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*, nº 6, pp. 209-216; MOCIÑO, J.M. (1982) *Disertación de la fiebre epidémica que padeció Cádiz, Sevilla y la mayor parte de Andalucía desde el año 1800 y principalmente de la que sufrió Ecixa el año 1804*, México; PELLER, S. (1959) "Walter Reed, C. Finlay and their predecessors around 1800", *Bull. Hist. Med.*, vol. XXXIII, nº 3, pp. 195-211; PESET, J.L. y M. (1972); TORRES SÁNCHEZ, R. (1990) *Aproximación a las crisis demográficas en la periferia peninsular: las crisis en Cartagena durante la Edad Moderna*, Murcia, Excmo. Ayuntamiento de Cartagena, Concejalía de Cultura, 190 pp..

15. Actualmente se define como una enfermedad producida por un arbovirus y transmitida por los mosquitos, que cursa con fiebre, dolores articulares y musculares, siendo de menor gravedad que la fiebre amarilla, THÉODORIDÈS, J. (1991) p. 288. El autor enumera en la página 326 algunas de las principales fuentes sobre esta enfermedad en los distintos siglos.

16. Actualmente se define como una enfermedad debida al "vibrio cholerae", que cursa con diarrea profusa, dolores intestinales y epigástricos, hipotensión, calambres en los miembros, etc. pudiendo llegar a provocar deshidratación, acidosis y uremia, THÉODORIDÈS, J. (1991) pp. 115-116. En las páginas 182 y 183 figura una relación de las principales fuentes y estudios históricos sobre esta enfermedad. A continuación se incluye una muestra de la abundante bibliografía sobre las distintas epidemias de cólera: ALIÑO PELLICER, S. (1973) "Aspectos sociales del cólera de 1885 en Alcira", *Medicina e Historia*, 2ª época, nº 26; BARDET, J.P.;

BOURDELAIS, P.; LEBRUN, F.; QUETEL, C. (1989) *Peurs et terreurs face la contagion. Cholera, tuberculose, syphilis XIX-XX siècles*, Paris, Fayard, 442 pp. [Esta publicación fue el resultado de la reunión celebrada para abordar la problemática histórica que rodea a las enfermedades infecciosas de comportamiento epidémico, dicha reunión se hizo por iniciativa de la Société de Démographie Historique en París, el 22 de octubre de 1988]; BEAUCHAMP, Ch. (1990) *Délivrez-nous du mal!. Épidémies, endémies, médecine et hygiène au XIX siècle dans l'indre, L'Indre-et-Loire et Loire-et-Cher*, Anjou, Hérault, 397 pp.; BOURDELAIS, P. (1987) *Visages du choléra*, Paris, Berlin, 167 pp.; DELAUNY, P. (1931-1933) *Le Corps médical et le Choléra en 1832*; DELAPORTE, F. (1990) *Le savoir de la maladie: essai sur le choléra de 1832 à Paris*, Paris, Presses Universitaires de France, 194 pp.; FERNÁNDEZ, A. (1985) *Epidemias y sociedad en Madrid*, Barcelona, Vicens Vives, 273 pp.; FERNÁNDEZ GARCIA, A. (1977) "Repercusiones sociales de las epidemias de cólera del siglo XIX", *Asclepio*, XXIX, pp. 127-145; FERNÁNDEZ SANZ, J.J. (1989) *El cólera de 1885 en España*, Tesis doctoral, Fac. de Geografía e Historia, U.C.M.; FERNÁNDEZ SANZ, J.J. (1990) *1885: El año de la vacunación Ferrán*, Madrid, Fundación Ramón Areces; HAUSER, Ph. (1987) *Atlas epidemiográfico del cólera de 1885 en España*, Valencia, [Estudio introductorio por López Piñero, J.]; JIMENEZ, R. (1982) "La epidemia de cólera de 1834 en Zaragoza y su provincia", *Asclepio*, XXXIV, pp. 3-31; LÓPEZ PIÑERO, J.; BÁGUENA CERVELLERA, M.J.; BARONA VILLAR, J. (1985) *El cólera de 1885 en Valencia y la vacunación Ferrán*, Valencia, Caja de Ahorros de Valencia; MATILLA, V. (1977) *Jaime Ferrán y su obra*, Madrid, Instituto de España, 360 pp.; MAESTRE SÁNCHEZ, A. (1985) *El cólera en Santander (La epidemia del año 1834)*, Santander; MERCER, A. (1990) *Disease, mortality and population in transition: epidemiological-demographic change in England since the eighteenth century as part of a Global Phenomenon*, Leicester, Leicester University Press, 262 pp.; DEL PANTA, L. (1980) *Le epidemie nelle storia demografía italiana (secoli XIV-XIX)*, Torino; PESET, J.L. y M. (1972) *Muerte en España*, Madrid; Seminarios y Ed.; POLLITZER, R. (1960) *Le Choléra*, Genève, O.M.S., Monográficos; PUERTO, J. y SAN JUAN, C. (1980) "La epidemia de cólera de 1834 en Madrid", *Estudios de Historia social*, nº 15, pp. 9-61; RAMOS CALVO, P. (1986) "Álava y la epidemia colérica de 1855", *Minutos Menarini*, 147, pp. 19-27; RANGER, T. y SALCK, P. (ed.) *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press; REGODÓN VIZCAÍNO, J. (1990) *Contribución al estudio de la medicina en las Islas Filipinas en la segunda mitad del siglo XIX*, tesis doctoral, U.C.M.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1982) "Higiene y Terapéutica anticoléricas en la primera epidemia de cólera en España 1833-1835", *Asclepio*, XXXIV, pp. 71-100; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1981) "La dependencia social de un comportamiento científico: los médicos españoles y el cólera 1833-1835", *Dynamis*, 1, pp. 105-134; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1983) *El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social*, Granada, Universidad de Granada, Servicio de Publicaciones; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1980) *Enfermedad y sociedad en la*

*Andalucía del siglo XIX: la epidemia de cólera de 1833-1835*, Granada, Tesis doctoral, 2 vols.; RODRÍGUEZ FLORES, M<sup>a</sup>P. (1991) *Morir en Badajoz (cólera en 1833)*, Facultad de Medicina de Extremadura; ROSENBERG, Ch.E. (1962) *the cholera years*, Chicago, Univ. Chicago Press, 257 pp.; SÁNCHEZ-GRANJEL SANTANDER, L. (1980) *El cólera y la España ochocentista*, Salamanca, Universidad, 48 pp.; SCHOFIELD, R.; REHER, D. & BIDEAU (eds.) (1991) *The decline of mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press, 270 pp.; SEGOVIA, R. (1980) *La epidemia de cólera de los años 1854-1856 a través de siglo médico*, Madrid, tesis doctoral, Univ. Autónoma de Madrid; URQUIJO GOITIA, J.R. (1983) "Madrid ante la epidemia de cólera de 1854-1856", *Asclepio*, XXXV, pp. 27-51.

17. William Beveridge publicó en 1977 una obra bajo el título *Influenza, the last great plague*, cfr. GRMEK, M.D. (1990) p. 16.

18. La bibliografía sobre el SIDA es abundantísima, siendo una buena muestra de ella la incluida en: GRMEK, M.D. (1990) pp. 349-413; POLLAK, M.; PAICHELER, G.; PIERRET, J. (1992) pp. 105-117; AGGLETON, P.; HOMANS, H. (Eds.) (1988) *Social aspects of AIDS*, London, New York & Philadelphia, The Falmer Press.; AGGLETON, P.; HART, G.; DAVIES, P. (Eds.) (1989) *AIDS. Social representations, social practices*, New York, Philadelphia & London, The Falmer Press.; AGGLETON, P.; DAVIES, P.; HART, G. (Eds.) (1990) *AIDS. Individual, cultural and policy dimensions*, London, New York & Philadelphia, The Falmer Press.; AGGLETON, P.; DAVIES, P.; HART, G. (Eds.) (1992) *AIDS. Rights, risk and reason*, London & Washington, The Falmer Press; ALMOND, B. (Ed.) (1990) *AIDS. A Moral Issue. The Ethical, Legal and Social Aspects*, Houndmills and London, The Macmillan Press.; BACOT, P. (1991) "Une représentation politique du sida: quelques modes discursifs au PCF", *Mots*, 26, pp. 85-103; BERLINGUER, G. (1991) *Storia e politica della salute*, Milano, Franco Angeli Ed.; BERRIDGE, V.; STRONG, Ph. (Eds.) (1993) *AIDS and contemporary history*, Cambridge, Cambridge University Press; BRANDT, A. (1987) *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880. With a new chapter on AIDS*, New York & Oxford, Oxford University Press; BRUYN, M. de. (1992) "Women and Aids in developing countries", *Soc. Sci. Med.*, 34 (3), 249-262; CAHN, P. (Ed.) (1992) *PSIDA. UN enfoque integral*, Buenos Aires, Barcelona & México, Ed. Paidós; CARDIN, A. (Ed.) (1991) *Sida: enfoques alternativos*, Barcelona, Laertes; CARRERAS, A. (1991) *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*, Barcelona, Colección Histórica de ciencias de la salud, n. 2. Fundación Uriach; CRUZ ROJA ESPAÑOLA (1992) *Sida, sociedad y derechos humanos*, Madrid, Cruz Roja Española; DAVISON, Ch.; FRANKEL, S.; SMITH, G.D. (1992) "The limits of lifestyle: re-assessing <<fatalism>> in the popular culture of illness prevention", *Soc. Sci. Med.*, 34 (6), 675-685; DE VITA, V.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. (1990) *Sida. Etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*, 2. Ed., Barcelona, Salvat; ETHERIDGE, E. (1992) *Sentinel for Health. A History of the Centers for Disease*

Control, Berkeley, UNiversity of California Press; GOSTIN, L. (Ed.) (1990) *AIDS and the Health Care System*, New Haven and London, Yale University Press; HAYES, M. (1992) "On the epistemology of risk: language, logic and social science", *Soc. Sci. Med.*, 35, (4), 401-407; HENRION, H. (1991) *Las mujeres y el SIDA*, Barcelona, Noguer; LAMBERT, D.C. (1992) *Le coût mondial du sida, 1980-2000*, Paris, CNRS Editions; MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, Th. (Eds.) (1992) *AIDS in the World*, Cambridge, Mass. & London, Harvard University Press; MARCO VALLES, J. (s.a.) *Sida. Respuesta del naturismo*, Buenos Aires, C.S. Ediciones; McCORMACK, Th. (1990) *The AIDS Benefits Handbook*, New Haven and London, Yale University Press; NELKIN, D.; TANCREDI, L. (1989) *Dangerous Diagnostics. The social power of biological information*, New York, Basic Books; NIETO, J.A. (1993) *Sexualidad y deseo. Crítica antropológica de la cultura*, Madrid, Siglo XXI; NUTBEAM, D.; BLAKEY, V.; PATES, R. (1991) "The prevention of HIV infection from injecting drug use. A review of health promotion approaches", *Soc. Sci. Med.*, 33 (9), 977-983; ORTIZ-TALLO, M. (1993) *Las caras del SIDA*, Málaga, Miguel Gómez Ediciones; ROSENBERG, Ch. (1992); SANDNER, O. (1990) *Sida. La pandemia del siglo*, Caracas, Monte Avila Editores; SONTAG, S. (1989) *El SIDA y sus metáforas*, Barcelona, Muchnik Editores; VEGA FUENTE, A. (Dir.) (1993) *Educación y sida: problemática y respuestas*, San Sebastián, Servicio Editorial Universidad del País Vasco.

19. BERNABEU MESTRE, J. (1989) "La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 3, 23-36, p. 29.

20. GRMEK, M.D. (1989, 1990) *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris: Payot, p. 16. Rosenberg también participa de esta opinión, ROSENBERG, Ch. (1992) pp. 290-292.

21. SLACK, P. (1992) "Introduction", en RANGER, T. & SLACK, P. (eds.) *Epidemics and Ideas. Essays on the historical perception of pestilence*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-20; ROSENBERG, Ch.E. (1992) pp. 279-287; ROSENBERG, Ch.E.. (1991) "Definition and control of disease", en MACK, A. (ed.) *In time of plague. The History and Social consequences of lethal epidemic disease*, New York and London; New York University Press, pp. 5-8; FOEGE, W.H. (1991) "Plagues: Perceptions of the risk and social responses", en MACK, A. (ed.) *In time of plague. The History and Social consequences of lethal epidemic disease*, New York and London; New York University Press, pp. 9-20; NELKIN, D. and GILMAN, S.L. (1991) "Placing blame for devastating disease", en MACK, A. (ed.) *In time of plague. The History and Social consequences of lethal epidemic disease*, New York and London; New York University Press, pp. 39-56.

22. ROSENBERG, CH.E. (1992) pp. 281-287.

23. SLACK, P. (1992) pp. 4-5.



24. SLACK, P.(1992) pp. 10-11. Daniel Fox ha hecho interesantes estudios analizando la respuesta social y política en los Estados Unidos a partir del siglo XVIII y la respuesta de los médicos en las epidemias a lo largo de la historia, FOX, D.M. (1989) "The History of Responses to Epidemic Disease in the United States since the 18th Century", *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 56, nº 3, May 1989, pp. 223-229; FOX, D.M. (1988) "The Politics of Physicians' Responsibility in Epidemics: A Note on History", *Hastings Center Report*, April/May, pp. 5-10.

25. SLACK, P. (1992) pp. 5-7; FOEGE, W.H. (1991) pp. 9-20, sobre todo p. 12; NELKIN, D. and GILMAN, S.L. (1991) pp. 39-56.

26. SLACK, P. (1992) p. 7.

27. THÉODORIDÉS, J. (1991) p. 110.

28. ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987b) "Las enfermedades en la Europa Moderna: Siglos XVI y XVII", en: ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) *La historia de la enfermedad*, Madrid, Saned, 264-273, pp. 269-270; THÉODORIDÉS, J. (1991) p. 196.

29. SLACK, P. (1992) pp. 10-13.

30. Ackerknecht ha considerado que la sociedad, al menos la pudiente, de esos momentos habría obrado en base a la idea de contagio, contenida en los textos del Antiguo Testamento, que entre los médicos no estaba presente, cfr. ACKERKNECHT, M.D. (1982) p. 91. En cualquier caso no creo que haya que olvidar otras motivaciones de ese mismo sector de la población, tales como las económicas, etc.

31. En muchos casos los hospitales que se utilizaron fueron los anteriormente dedicados a la lepra, que habían quedado libres tras el retroceso de la lepra al final de la Edad Media, cfr. ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987a) "Las enfermedades en la Europa medieval", en: ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) *La historia de la enfermedad*, Madrid, Sane, 172-181, p. 178; SINGER, H.E. (1987) p. 108; SPINK, W.W. (1978) *Infectious Diseases. Prevention and Treatment in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, United States of America, University of Minnesota, p. 7; RUFFIÉ, J. & SOURNIA, J.-C. (1984) *Les épidémies dans l'histoire de l'homme*, Paris, Flammarion, 280 pp., p. 259.

32. Como ejemplo de estas medidas colectivas, incluyo las que, según Villalba, se aplicaron en Madrid durante el brote de peste de 1596, que consistieron en lo siguiente: 1. "Primeramente se prohibieron todas las juntas o concursos, comedias, escuelas y aun sermones"; 2. "Disputáronse personas en parroquias y barrios, que visitando las casas avisasen de los enfermos y de sus enfermedades"; 3. "Situáronse hospitales fuera de la población (...)" ; 4. "Reserváronse dentro de la ciudad el hospital general de la Misericordia y el de los

Desamparados para enfermos no apestados"; 5. "Decretóse que cirujanos y barberos y todos sirvientes de los hospitales visitiesen cuero o bocací, para resistir algo al contagio"; 6. "Que cada día al poner del sol en plazas y calles se encendiesen hogueras de enebro, madera olorosa (...)"; 7. "Que las boticas se visitasen y proveyesen con cuidado y abundancia: y a los médicos se les acrecentasen los salarios públicos"; 8. "Que los difuntos fuesen sepultados dentro de seis horas a más tardar"; 9. "Que la ropa de camas de casas apestadas se llevase en carros a lugares señalados para quemarla"; 10. "Que todos considerasen que daño y plaga tan general pedía general cuidado, y amor con los afligidos. Y procurasen aplacar la ira divina con obras de penitencia. Cfr. VILLALBA, J. de (1803) *Epidemiología española*, Madrid: Imprenta Fermín Villalpando, t. I, pp. 128-129 (consultada la edición fásimil de 1984 publicada en Málaga, que contiene un estudio introductorio de Antonio Carreras Panchón). Se han incluido estas medidas porque, como se verá más adelante, algunas de las adoptadas durante la epidemia gripal de 1918-19 tenían cierta similitud con las aquí recogidas.

33. Así cuando se produjo la epidemia de peste en Marsella en 1720, "el poder central español dictó las siguientes normas: 1. En los puertos españoles se somete a cuarentena a los buques que proceden de la zona apestada. Todos los barcos que arriben al puerto deben ser examinados, y se exigirá patente de sanidad en la que conste origen, derrotero, cargas y estadías. 2. Se prohíbe la entrada de mercaderías procedentes del Mediterráneo francés. Se exige la fe de sanidad a las personas, debiendo sufrir cuarentena las que viniesen de Marsella. 3. Se establecen barcos de salud en los puertos. Se monta una barrera en los Pirineos y los pueblos vecinos montan guardia para que no se burle. 4. El poder Central estimula a la oración y del Consejo de Castilla se desgaja la Junta Suprema de Sanidad, con competencias concretas. 5. Cádiz, núcleo de la relación con las Indias, instala un Lazareto y vigila el comercio, fundamentalmente el de procedencia francesa". Cfr. ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987b) p. 269. Algunas de las medidas tomadas durante la epidemia gripal de 1918-1919 guardaron aún cierta similitud con las aquí recogidas. Hauser señaló algunas de las medidas que se adoptaron en Madrid contra la peste durante los siglos XVI, XVII y primeros años del XVIII, HAUSER, Ph. (1979) (1902) t. II, pp. 271-283.

34. Práctica realizada de modo empírico y bajo diferentes formas, que cobró actualidad en Europa cuando la esposa del embajador inglés en Constantinopla, lady Worthey-Montague inoculó a su hija en 1721. Este proceder se difundió en Gran Bretaña hacia 1749, y posteriormente a otros países, encontrando cierta resistencia en algunos sectores de la sociedad, particularmente entre la realeza, la Iglesia católica y el Protomedicato, en nuestro país. Esto ocurrió no sólo en España, sino también en Francia, de modo que aunque fueron procederes adoptados con rapidez por los médicos, su práctica no contó con el apoyo oficial hasta la muerte de Luis XIV por viruela en Francia, y en España hasta 1798 en que

fueron vacunados los hijos del monarca, ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987c) pp. 276-277; LAÍN ENTRALGO, P. (1978) p. 377; THÉODORIDÉS, J. (1991) pp. 225-226; ACKERKNECHT, E.H. (1982) p. 142.

35. Aunque en 1796 realizó la primera vacunación, no fue hasta 1798 cuando publicó su obra *An Inquiry into the Causes and Effects of the Variole Vaccinae*, LAÍN ENTRALGO, P. (1978) p. 377; ACKERKNECHT, E.H. (1982) p. 143.

36. Con anterioridad, en 1803 el Gobierno español había ordenado la difusión de la vacuna por todas las posesiones españolas por medio de la expedición de Balmis, que salió de La Coruña el 30 de noviembre de 1803, ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987c) "Las enfermedades del siglo XVIII", en: ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) *Historia de la enfermedad*, Madrid, Saned, 274-287, p. 277; LAÍN ENTRALGO, P. (1978) p. 377; PÉREZ MOREDA, V. (1980) *La crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI al XIX)*, Madrid, Siglo XXI, 526 pp., pp. 357-360. Allen Mitchell ha señalado recientemente las dificultades habidas en Francia y Alemania para establecer la vacunación obligatoria contra la viruela durante el siglo XIX, MITCHELL, A. (1993) "Bourgeois Liberalism and Public Health: A franco-German Comparaison", en KOCKA, J. & MITCHELL, A. (eds.) *Bourgeois Society in nineteenth Century Europe*, Oxford, Providence Berg., 346-364, pp. 355-357.

37. El aumento del paludismo durante el siglo XVIII habría sido debido por una parte, a los cambios introducidos en el modo de vida de los europeos; y por otro lado, a la ineficacia de los remedios y a la falta de resolución en las medidas de lucha y prevención del mal. Entre los primeros tuvieron gran importancia los cambios ecológicos -deforestación y extensión de cultivos-; el movimiento de la población; la falta de higiene; la deficiente alimentación, etc., ARQUIOLA LLOPIS, E. (1987c) p. 280; PÉREZ MOREDA, V. (1980) p. 374.

38. PÉREZ MOREDA, V. (1980) p. 344.

39. PESET, J.L y M. (1972) pp. 32-33 y 101-116; BLASCO, L. (1990) *Higiene y Sanidad en España al final del Antiguo Régimen*, Madrid, tesis doctoral inédita, Facultad de Medicina, U.C.M., p. 7. Hauser se ocupó de este tema y ofreció algunos datos sobre la epidemia de fiebre amarilla de 1878 en Madrid, HAUSER, Ph. (1902) (1979) t. II, pp. 282-287.

40. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. y PESET REIG, J.L. (1987) pp. 358-359. Sobre las epidemias de cólera en Madrid, ver HAUSER, Ph. (1902) (1979) t. II, pp. 289-315.

41. RUFFIÉ, J. & SOURNIA, J.C. (1984) pp. 124-125.

42. SLACK, P. (1992) pp. 11-14; ROSENBERG, Ch.E. (1991) p. 7.

43. CUNNINGHAM, A. (1992) "Transforming plague: The laboratory and the identity of infectious disease", en: CUNNINGHAM, A. & WILLIAMS, P. (ed.) *The laboratory revolution in medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 209-244. Una versión en castellano de este artículo fue realizada por Jon Arrizabalaga y publicada en el volumen correspondiente a 1991 de la revista *Dynamis*, CUNNINGHAM, A. (1991) "La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas", *Dynamis*, 11, 27-71.
44. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) Infecciones de tipo gripal, Madrid, Los Progresos de la Clínica y Plus Ultra, 2 tomos, t. 1, p. 8.
45. Brochin atribuyó este término con Mézeray y de Thou, BROCHIN (1884) "Grippe", en: DECHAMBRE, A. (dir.) *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*, Paris: Asselin et Cie & Masson, t. X (Gou-Gro), série 4, 709-749, p. 709. Posteriormente este término denominó exclusivamente a otro proceso, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 8.
46. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. 1, p. 8.
47. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. 1, p. 8.
48. VILLALBA, J. (1984) (1803) t. I, p. 117.
49. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. 1, p. 8.
50. Sobre los cambios habidos en la Medicina desde la llegada del mundo moderno hasta finales del siglo XIX, veáse entre otras muchas obras: LAÍN ENTRALGO, P. (1978) pp. 245-547; LAÍN ENTRALGO, P. (1982) *El diagnóstico médico. Historia y teoría*, Barcelona, Salvat, pp. 45-91.
51. Creighton reprodujo algunas de las descripciones y opiniones de los principales médicos de los siglos XVII, XVIII y XIX sobre la influenza y las epidemias de ese período, CREIGHTON, Ch. (1965) *A History of Epidemics in Britain*, London, Frank Cass & Co. Ltd, 2ª edición, 1ª edición (1894), 2 vols., vol. 2, pp. 300-433.
52. Entre ellos se pueden citar los siguientes: catarrhus febrilis, febris catarrhosa, febris suffocativa, catarrhus epidemicus, tussis epidemica, cephalalgia contagiosa (Sennert, Wierus, Sydenham); febris catarrhalis epidemica (Huxham, Buckner, Zuch); rheuma epidemicum, grippe (Sauvages); catarrhus a contagio (Cullen); morbus catarrhalis (Ehrmann); fluxio catarrhalis (Young); synochus catarrhalis (F. Hoffmann); influenza (Huxham); grippette, baraquette, petite peste, petit courier, follette (Razoux); coquette, grenade, générale (Saillant), BROCHIN (1884) p. 709.
53. PATTERSON, K.D. (1986) *Pandemic influenza, 1700-1900: a study in historical epidemiology*, Totowa, Rowman & Littlefield, p. 7; CAMPBELL, E.P. (1943) "The epidemiology of

Influenza", *Bull. Hist. Med.*, XIII (4), 389-403, p. 390.

54. Piga y Lamas consideraban en 1919 que el término "grippe" se iba imponiendo sobre todo entre los médicos y que desaparecería el de influenza, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 9. Este término comenzó a cambiar su grafía entre los médicos españoles durante la pandemia de 1918-19, utilizándose tanto "grippe" como "gripe", para posteriormente imponerse esta última forma, tal y como revela la consulta de las distintas publicaciones médicas escritas durante 1918-19 y con posterioridad.

55. Para Campbell el término "influenza" se habría utilizado por primera vez a mediados del siglo XIV en Italia, CAMPBELL, E.P. (1943) pp. 389-390.

56. Sin embargo, Piga y Lamas señalaron que Fernand Widal indicaba que dicho vocablo no se había empleado hasta 1802, interpretándose ésto como error de imprenta, por su parte Huchard consideraba que esa palabra no se había usado sino hasta 1769, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 8-9. Por su parte Martínez Gatica refirió que Huxham había empleado por primera vez el término Influenza en 1733, MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) *Grippe y sus complicaciones*, Madrid, Imprenta de Inocente Calleja, 250 pp., p. 30. Mientras que Campbell indicó que la primera vez que había encontrado el término de influenza en un texto inglés fue en la 2ª edición del texto de HUXHAM, J. (1750) *An Essay on Fevers*, London, p. 20, CAMPBELL, E.P. (1943) p. 390. Sobre el uso del término influenza por Pringle véase: SPINK, W.W. (1978) *Infectious Diseases. Prevention and Treatment in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, USA, University of Minnesota, p. 10. Según Ackerknecht se generalizó el uso del término "influenza" durante la epidemia de 1742-1743, ACKERKNECHT, E.H. (1965) *History and geography of the most important diseases*, New York-London, Hafner Pub. Co., p. 75, cit. por OLAGÜE DE ROS, G. (1981) "La epidemia europea de gripe de 1708-1709. Difusión témporo-espacial e interpretaciones contemporáneas: G.M. Lancisi, B. Ramazzini, K.F. Hoffmann", *Dynamis*, 1, pp. 51-86.

57. CROOKSHANK, F.G. (1922) "The name and names of Influenza", en: CROOKSHANK, F.G. *1873-1933 Influenza*, London, Heinemann, 64-80, pp. 64-70. Méndez Álvaro habla de esta relación entre el término influenza y la atmósfera, lo atribuye también a los italianos pero dice que no lo usaron hasta la epidemia catarral de 1775, MÉNDEZ ÁLVARO, MÉNDEZ ÁLVARO, F. (1837) *Reflexiones acerca del catarro pulmonar epidémico que vulgarmente se conoce bajo el nombre de GRIPE*, Madrid, Imprenta de D. Salvador, 46 pp., p. 11.

58. PATTERSON, K.D. (1986) p. 7. Coincidiendo con la epidemia de 1782 el Colegio de Médicos británico adoptó formalmente el nombre italiano de influenza, CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, p. 362.

59. Martínez Gatica señaló también que en 1742 había sido la primera vez que se había usado el término gripe en Francia, MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) p. 31. Crookshank reconoció que fue en 1743 la primera vez que se usó este término, CROOKSHANK, F.G. (1922) p. 71. Según Creighton fue en 1712 cuando comenzó a utilizarse por primera vez, CREIGHTON, Ch. (1965) (1894), vol. 2, p. 339.

60. BROCHIN (1877) "Catarrhe", en: DECHAMBRE, A. (dir) *Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales*, Paris: Asselin, P. y Masson, G., t. 13 (cas-cép), 214-300, p. 242; GESTAL OTERO, J.J. (1989) "Infecciones respiratorias agudas. Gripe", en: PIEDROLA GIL, G. y cols. *Medicina Preventiva y Salud pública*, Barcelona, Salvat, 8ª edic., 478-502, p. 480.

61. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 8-9. Estos autores rechazan que el origen del término "grippe" deba relacionarse con un insecto que en 1782 se consideraba responsable de muchas enfermedades en Europa.

62. El término gripe fue incorporado por la Real Academia de la Lengua al castellano en 1809, GESTAL OTERO, J. (1989) p. 480; HERRERA RODRÍGUEZ, F. (1992) "Un texto argentino sobre la gripe de 1918-1919", en: OROZCO ACUAVIVA, A. (coord.) GÓMEZ SÁNCHEZ, J. (dir.) *III Jornadas de Historia de la Medicina Hispanoamericana*, Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, vol. XXVIII, no 1, Cádiz, Ingrasa, 283-299, p. 284.

63. PATTERSON, K.D. (1986) p. 7.

64. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 4-5.

65. MCGREW, R.E. & MCGREW, M.P. (1985) "Influenza", *Encyclopedic of medical history*, New York, McGraw-Hill, 400 pp., 150-154, p. 151.

66. Entre los numerosos autores que lo han señalado, cabe citar los siguientes: MCGREW, R.E. & MCGREW, M.P. (1985) p. 151; PATTERSON, K.D. (1986) pp. 4-5; SPINK, W.W. (1978) p. 214 (este autor defiende que no es hasta el siglo XIX cuando existe evidencia científica de epidemias de gripe).

67. PATTERSON, K.D. (1986) p. 5.

68. MCNEILL, W.H. (1982) *Plagas y pueblos*, Madrid, Siglo XXI, 1ª edic. castellano, 35-77, p. 64. Para Martínez Gatica, la gripe habría acompañado al nombre desde que éste existe sobre la tierra, MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) p. 17.

69. MCNEILL, W.H. (1982) p. 76; GRMEK, M.D. (1990) p. 180. Para Francisco Guerra la gripe fue llevada al Nuevo Mundo por los europeos y las epidemias de dicha enfermedad que tuvieron lugar a continuación fueron las responsables del descenso demográfico de los indios americanos, GUERRA, F. (1985) "La influenza y no los españoles acabó con los indios americanos",

El Médico , 4 de octubre de 1985, pp. 47-54.

70. El médico griego Gerasimos Phokas en 1892, tras la pandemia de 1889-90 revisó el Corpus Hippocraticum e interpretó la "toux de Périnthe" como una epidemia gripal, esta idea fue recogida por otros clínicos, entre ellos Alexandre Laboulbène en París y Theodor Puschmann en Viena, GRMECK, M.D. (1983) p. 463.

71. GRMECK, M. D. (1983) pp. 461-463, 473-476 y 481.

72. Estos autores son generalmente ingleses y alemanes de finales del siglo XIX, como August Hirsch, Charles Creighton, Theophilus Thompson y A. Ripperger, que fueron compiladores, apoyándose en los testimonios de autores de principios del XIX como J.A.F. Ozanam, Heinrich Schweich y Gottlieb Gluge, PATTERSON, K.D. (1986) p. 5.

73. HIRSCH, A. (1883) *Handbook of Geographical and Historical Pathology*, London, vol. 1, p. 7, cit. por PATTERSON, K.D. (1986) p. 6; KOENEN, E. (1970) *Die Grippepandemie 1918/19*, Diss. Köln., p. 4; MCGREW, R.E. & MCGREW, M.P. (1985) p. 151.

74. RIPPERGER, A. (1892) *Die Influenza: Ihre Geschichte, Epidemiologie, Aetiologie, Symptomatologie und Therapie*, Munich, p. 18, cit. por PATTERSON, K.D. (1986) p. 6. Esta misma opinión fue la de Haeser, Biermer y Ruhenzan, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 9.

75. Tanto Thompson como Zulzer y Seifert consideraron que hasta 1510 no se conoció la gripe, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 9.

76. KOENEN, E. (1970) p. 4.

77. Entre los autores que han coincidido en señalar estas epidemias para el siglo XVI, cabe citar a los siguientes: KOENEN, E. (1970) p. 4; PATTERSON, K.D. (1986) p. 6; MARTÍNEZ GATICA, M. (1909) pp. 23-25; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 11-12; CHABAS, J. (1928) pp. 15-16. Para Creighton las principales epidemias de influenza durante el siglo XVI fueron la de 1557 y 1580, CREIGHTON, Ch. (1965) pp. 306-310.

78. KOENEN, E. (1970) p. 2; MARTÍNEZ GATICA, M. (1909) p. 24.

79. VILLALBA, J. (1984) (1803) t. I, p. 117.

80. Cit. CHABAS, J. (1928) p. 19.

81. GREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, p. 312.

82. KOENEN, E. (1970) p. 4.

83. MARTÍNEZ GATICA, M. (1909) pp. 25-28 ; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 12-13

84. CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, pp. 313-339.
85. CHABAS, J. (1928) p. 16.
86. KOENEN, E. (1970) p. 4; PATTERSON, K.D. (1986) p. 6.
87. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 37; CHABAS, J. (1928) p. 18.
88. Entre los estudios realizados en los últimos años sobre la historia epidemiológica de la gripe, probablemente el más detallado para el período comprendido entre 1700 y 1900 sea el de Patterson, PATTERSON, K.D. (1986).
89. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 11-28; KOENEN, E. (1970) pp. 4-5; BEVERIDGE, W.I.B. (1991) "The Chronicle of Influenza Epidemics", *Hist. Phil. Life Sci.*, 13, 223-235, p. 226.
90. PYLE, G.F. & PATTERSON, K.D. (1984) "Influenza diffusion in european history: patterns and paradigms", *Ecology of Disease*, 2 (3), 173-184, p. 178.
91. Un buen estudio sobre la epidemia europea de gripe de 1708-1709 es OLAGÜE ROS, G. (1981) pp. 51-86.
92. Creighton prestó bastante atención a las epidemias de gripe habidas durante el siglo XVIII. En algunas de las descripciones que este autor incluyó se hablaba de que algunas epidemias habían estado precedidas por procesos similares entre los caballos. Una de las veces que esto ocurrió fue con motivo de la pandemia de 1733, CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, pp. 339-374.
93. VILLALBA, J. (1984) (1803) vol. 2, pp. 107-134; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 35-43; CHABAS, J. (1928) p. 18, según este autor España sólo fue alcanzada por la gripe en 1730-1738, 1767 y 1781.
94. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 29-82, en estas páginas el autor ofrece una detallada información sobre todas las epidemias y pandemias de gripe habidas durante el siglo XIX, mostrándose en desacuerdo con los autores que han catalogado como pandemia la de 1847-8; KOENEN, E. (1970) pp. 6-7; BEVERIDGE, W.I.B. (1991) pp. 226-227; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, p. 18, para estos autores la de 1847-48 también habría sido una pandemia.
95. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 29-82. Algunas de estas epidemias han sido señaladas por otros autores, entre ellos por los siguientes: KOENEN, E. (1970) pp. 6-7; BEVERIDGE, W.I.B. (1991) pp. 226-227; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 18-35, aunque estos autores citaran alguna epidemia más que Patterson, su valor es menor; MARTÍNEZ GATICA, M. (1909) pp. 34-44; CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, pp. 374-398, este autor centró su interés en algunas de las epidemias y en las pandemias de la primera mitad de la centuria y en la pandemia



de 1889-90.

96. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 34, 38-40, 45-46, 57-59. También han informado sobre la presencia de la gripe en España durante la pasada centuria los siguientes autores: CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, p. 393; KOENEN, E. (1970) pp. 6-7.

97. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 43-61; CHABAS, J. (1928) pp. 18-19.

98. PATTERSON, K.D. (1986) p. 49.

99. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 49-82.

100. CARLÁN, D. (1889) "Boletín de la semana. La Influenza", *El Siglo Médico*, 1879, 29 de diciembre de 1889, p. 817.

101. Cit. por PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 46-47.

102. La importancia que cobró el empirismo hizo posible el gran auge clínico que se logró durante los siglos XVI, XVII y XVIII, que cristalizó, entre otras cosas, en el enriquecimiento del "cuadro de la nosografía y de las patografías tradicionales", LAÍN, P. (1978) pp. 309-310.

103. KOENEN, E. (1970) p. 2.

104. KOCH (1919) "Aus alten Influenzaschriften", *Münch. med. Wschr.*, 3, 84, cit. por KOENEN, E. (1970) pp. 2-3.

105. "For at the beginning of this month a cough arose, which was mores epidemic than any I had hitherto observed; for it seized nearly whole families at once. Some required little medicine, but in others the cough occasioned such violent motion of the lugs, that sometimes a vomiting and vertigo ensued. On the first days of the siorder, the cough was almost dry and the expectoration not considerable, but afterwards the matter in some measure increased. In short, from the smallness of the expectoration, the violence of the cough and the duration of the coughing fits; it seemed greatly to resemble the convulsive hooping cough of children, only it was not so severe. But it was attended with a fever and its usual concomitants, in cough, for I never knew that accompanied with those symptoms", MAJOR, R.H. (1978) *Classical Descriptions of Disease*, USA, Springfield, Illinois, Ch. C. Thomas, 7a reimpression, 3a edic., (1ª edic. 1945), pp. 201-202.

106. "About this time a disease invaded these parts, which was the most completely epidemic of any I remember to have met with; not a house was free from it; the beggar's hut, and the nobleman's palace were alike subject to its attacks; scarce a person escaping either in town or country; old and young, strong and infirm, shared the same fate... but still, considering the great multitude that were seized by it, it was fatal to but few, and that chiefly infants and consumptive old people", *Dr. Huxham's Observations from Thompson's Annals of*

*Influenza*, London, Sydenham Society, 1852, cit. CAMPBELL, E.P. (1943) p. 393.

107. DeLACY, M. (1993) "The Conceptualiation of Influenza in Eighteenth-Century Britain: Specificity and Contagion", *Bull. Hist. Med.*, 67, 74-118, p. 74.

108. BROCHIN (1877) p. 242.

109. La dificultad de este proceso entre los médicos británicos ha sido señalada recientemente por Margaret Delacy, DeLACY, M. (1993) p. 93.

110. BROCHIN (1877) p. 242.

111. BROCHIN (1884) pp. 709-710.

112. GRMEK, M.D. (1983) p. 463.

113. CROOKSHANK, F.G. (1922) pp. 64-70.

114. ACKERKNECHT E.H. (1965) cit. OLAGÜE de ROS, G. (1981) p. 55.

115. Sobre la vigencia de estas teorías ver DeLACY, M. (1993) p. 76. La prensa diaria en nuestro país se hizo eco también de esta última teoría, MARTÍN, C. "Buscadores de planetas", *El País*, 24 de diciembre de 1992, p. 20.

116. DeLACY, M. (1993) p. 74; BROCHIN (1877) p. 242.

117. MAJOR, R.H. (1978) p. 202.

118. PATTERSON, K.D. (1986) p. 12; CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 1, p. 569.

119. En el marco teórico de la reelaboración del hipocratismo ambientalista que hizo Sydenham fueron las obras de Lancisi, Ramazzini y Hoffman con motivo de la epidemia de gripe de 1709, OLAGÜE de ROS, G. (1981) pp. 80-86.

120. DeLACY, M. (1993) pp. 83-106.

121. PATTERSON, K.D. (1986) p. 29.

122. THÉODORIDÈS, J. (1991) p. 37.

123. Graves defendió como causa de la influenza un veneno que actuaría sobre el sistema nervioso, GRAVES, R.J. (1872) *Lecciones de Clínica Médica*, Madrid, Bailly-Baillière, traduc. al castellano de Pablo León Luque de la última edic. francesa traducida y anotada por Dr. Jaccoud de la obra *Clinical Lectures on the practice* (1848), p. 541.

124. BROCHIN (1884) pp. 730-739; PATTERSON, K.D. (1986) p. 29.

125. Desde que en 1883 Seifert de Wurtzburgo encontró en el moco nasal y bronquial de unos enfermos con gripe micrococos aislados y apareados, fueron muchos los investigadores que presentaron distintos gérmenes como agente específico de la gripe antes de 1892. Entre estos bacteriólogos cabe citar los siguientes: Seifert, Jolles, Fischel, Klebs, Nikiforoff, Kichner, Weichselbaum, Babés, Kovalsky, Vaillard, Vincent, Netter, Bouchard, Cazal, Widal, Tessier, Roux, Pittion, etc.. Mendoza, Valdés y Elizagaray fueron algunos de los españoles que, según Piga y Lamas hicieron investigaciones bacteriológicas similares a las del extranjero. Una descripción de los gérmenes que cada uno de los autores propuso como agente específico figura en los siguientes textos: PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. I, pp. 125-128; MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) pp. 54-56; TOBIAS, J.W. (1920) *La Gripe de 1918-19*, Buenos Aires, pp. 27-28; PALANCA, J.A. (1918) "El papel del bacilo de Pfeiffer en la Gripe", *Revista de Sanidad Militar*, 20, 15 de octubre de 1918, pp. 612-618.

126. CROOKSHANK, F.G. (1922) p. 485.

127. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919), vol. 1, p. 125.

128. Richard Pfeiffer (1858-1945) fue médico militar, profesor de Higiene, perteneció a la escuela alemana bacteriológica y en 1892 descubrió el bacilo de la influenza, cfr. THÉODORIDÈS, J. (1974) "La microbiología médica", en: LAÍN ENTRALGO, P. (dir) *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat, vol. 6, pp. 175-192, p. 188.

129. Entre los científicos que corroboraron el descubrimiento de Pfeiffer, se pueden citar los siguientes: Pfuhl, Kitasato, Wassermann, Meunier, Jacobson, Chiari, Voges, Canon, Huber Pribram, Arnold Netter, etc., PIGA, A. y LAMAS, L. (1919), t. 1, p. 129; TOBIAS, J.W. (1920) pp. 27-28; MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) p. 57; SÁNCHEZ GOZALBO, A. (1919) *Contribución al estudio epidemiológico de la gripe de 1918 en la provincia de Castellón*, Madrid, Tesis doctoral, U.C.M., pp. 31-33.

130. El mismo Pfeiffer no consiguió aislarlo en la epidemia de 1895, CHABAS, J. (1928) p. 38.

131. Entre los que se opusieron a la especificidad del bacilo de Pfeiffer cabe citar: Von Jacksch, Rosentahl, Jacquépée, Latappie; Bezançon, Jong, Boix, los americanos Parck y Wassermann, los alemanes Jochmann y Curechmann, el belga: Desquin, etc., TOBIAS, J.W. (1920) pp. 28-34; CROOKSHANK, F.G. (1922) p. 485; MARTÍNEZ GATICA, S. (1909) pp. 58-60; SÁNCHEZ GOZALBO, A. (1919) p. 33; PIGA, A. y LAMAS, L. (1919), vol. 1, pp. 137-145; CHABAS, J. (1928) pp. 29-30; PALANCA, J.A. (1918) p. 612.

132. MCGREW, R.E. & MCGREW, M.P. (1985) p. 151.

133. CROOKSHANK, F.G. (1922) p. 485.

134. Un buen seguimiento de esto se puede hacer consultando, entre otros los siguientes textos: LAÍN ENTRALGO, P. (1978) pp. 119-126, 175-176, 226-232, 289, 301-302, 363-377 y 519-537; ACKERKNECHT, E.H. (1982) pp. 61-62, 76, 123, 129, 143-144, 150-151, 155, 182, 196, 221-222.

135. El tratamiento del catarro se fundamentó bajo la consideración de los trastornos funcionales que lo constituían y sobre la necesidad de restablecer el equilibrio, BROCHIN (1877) pp. 282-283.

136. BROCHIN (1877) p. 287; BROCHIN (1884) p. 741. Los tratamientos de las epidemias de 1679 y 1743 se ajustaron básicamente a esta pauta. Así, Sydenham en 1679 defendió la práctica de la flebotomía y el uso de los purgantes, restringiendo el empleo de los diaforéticos; mientras que en 1743, los remedios más usuales fueron "sangría, sudoríficos y vesicantes", cfr. CREIGHTON, Ch. (1965) vol. 2, pp. 329 y 351.

137. PATTERSON, K.D. (1986) pp. 12 y 29-30.

138. BROCHIN (1884) pp. 740-741.

139. BROCHIN (1877) p. 287.

140. Graves proponía limitar la práctica de la sangría general únicamente a las primeras 24 horas de la enfermedad, si bien como no confiaba en que el médico fuera avisado antes de agotarse ese período, era partidario en todo caso del uso de sanguijuelas y no de la sangría general. Ésta quedaría restringida prácticamente a los casos de congestión pulmonar. Graves expresó su opinión respecto al resto de los remedios comunmente usados para tratar la gripe, manifestando la impotencia de los vejigatorios en dicha enfermedad, GRAVES, R.J. (1872) pp. 533 y 545-547. Sin embargo, Méndez Álvaro durante la epidemia de 1837, aunque se hizo eco de la problemática que rodeaba el uso de las sangrías, se mostró partidario de utilizarla incluso la general, si bien no como tratamiento único. Los otros medios que este autor recomendaba eran las cataplasmas, algunos revulsivos, los purgantes (no fuertes) y los eméticos, aunque éstos habían tenido menos partidarios en dicha epidemia, MÉNDEZ ÁLVARO, F. (1837) pp. 40-45.

141. BROCHIN (1877) p. 291; BROCHIN (1884) pp. 741-744. Patterson ha señalado también la problemática que acompañó a algunos de los remedios utilizados para tratar la gripe durante el siglo XVIII y XIX, y ha señalado cómo algunos médicos tomaron conciencia de la autolimitación de la influenza y fueron aplicando tratamientos más suaves, relagando los más agresivos para los casos más graves, PATTERSON, K.D. (1986) pp. 12 y 29-30.

142. "Hojas de asistencia a domicilio prestada por los médicos de las Casas de Socorro de Inclusa, Centro, Buenavista, Universidad, Hospital y Latina" desde el 22 de diciembre de 1889 hasta el 31 de enero de 1890, *Legajos Casas de Socorro* (sign. 8-36 y 8-37), A.V.M.. Por su parte, Decio Carlán consideraba que "la permanencia en el lecho desde los primeros síntomas, las bebidas diaforéticas abundantes y calientes, en una palabra, la provocación y sostenimiento del sudor durante 10 ó 12 horas y un laxante al bajar la fiebre" era un tratamiento eficaz contra la "incómoda dolencia", "Boletín de la semana. La epidemia de gripe", *El Siglo Médico*, 1878, 22 de diciembre de 1889, p. 800. Piga y Lamas en su primer volumen indicaron algunos de los tratamientos que se utilizaron para combatir la gripe durante la pandemia de 1889-90 y en los primeros años de la presente centuria, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) t. 1, pp. 284-295.

143. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. I, p. 284.

144. MARTÍNEZ GATICA, M. (1909) pp. 241-245.

## II. LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1918-19

El panorama ofrecido en el capítulo anterior acerca de la historia de las principales epidemias que han afectado al hombre a lo largo de su existencia, y, en concreto, la manera en las que lo han hecho aquéllas atribuidas a la gripe, nos sitúan en mejores condiciones para abordar, como haré a lo largo de este capítulo, las circunstancias en las que se desarrolló la pandemia gripal de 1918-19. Para ello, me ocuparé en un primer momento de examinar a grandes rasgos la coyuntura histórica de ese bienio, tanto a nivel universal como, más concretamente, dentro de nuestras fronteras. Más adelante, intentaré mostrar las principales consecuencias que una crisis como la que supuso la epidemia que estamos examinando acarreó a la sociedad en el momento en que se produjo.

II.1. *UNA COMPLEJA COYUNTURA HISTÓRICA INTERNACIONAL*



El bienio de 1918-19 se encuentra sin duda marcado en la Historia Universal por el influjo de la Primera Guerra Mundial. 1918 fue el último año de este gran conflicto bélico, y 1919 fue el primero en hallarse sometido a los efectos de la postguerra<sup>1</sup>. Como es bien sabido, la Primera Guerra Mundial fue la consecuencia de una serie de compromisos diplomáticos ante un hecho incidental -el asesinato del príncipe heredero a la Corona del Imperio Austro-húngaro-, que provocó una serie de declaraciones de guerra en cadena. Sin embargo, estos compromisos no habrían sido asumidos por los contendientes hasta sus últimas consecuencias si no hubiera existido una coyuntura crispada, motivada por los proyectos imperialistas alemanes, sobre todo tras el Congreso de Berlín de 1885. En él, no se quiso conceder a Alemania un número de colonias en relación con su producción industrial, pues Africa había sido ya colonizada en su casi totalidad. Todo ello trajo consigo el establecimiento de la Triple Alianza, compuesta por Alemania, Imperio Austro-húngaro e Italia. Y por otro lado, la existencia de la Triple Entente, formada por Inglaterra, Francia y Rusia, países de intereses encontrados pero unidos ante la amenaza común que representaba Alemania.

La nota más importante de esta guerra fue su condición de "guerra total", lo que implicaba la combinación simultánea de una serie de elementos como hasta entonces no se había observado. En efecto, los Estados implicados en el conflicto se vieron completamente condicionados al desarrollo del mismo; los técnicos y los científicos se vieron involucrados en la contienda en un grado hasta entonces desconocido; se hizo

amplio uso de la guerra económica, mediante la aplicación de bloqueos conducentes a cortar los suministros; e incluso se puso en marcha una guerra de propaganda que utilizó, por primera vez, los medios de comunicación de masas de forma generalizada.

Un rasgo importante del conflicto, que me interesa destacar por su influjo en la aparición de la epidemia que estamos examinando, es el de que el desarrollo propio de la guerra y de la progresiva incorporación a la misma de los distintos países que tomaron parte en ella<sup>2</sup>, facilitaron el contacto entre gentes de lugares muy alejados entre sí. Con ello, se propició la exposición de estos individuos a ciertas enfermedades que resultaban novedosas para muchos de ellos. La relación que existió entre esto y la pandemia gripal de 1918-19, según algunos autores, se pondrá de relieve a lo largo de este capítulo<sup>3</sup>.

Conviene señalar también que el final de la contienda se produjo en noviembre de 1918 -coincidiendo con el segundo brote pandémico-, resultando derrotadas las potencias centrales, fundamentalmente por el debilitamiento progresivo de Alemania<sup>4</sup> y el creciente poderío de la Entente, alcanzado sobre todo por el apoyo de Estados Unidos. La subsiguiente Conferencia de Versalles de 1919 facilitó el desarrollo de los países que habían tomado parte en la conflagración, iniciándose un período de expansión económica que no se dejó sentir demasiado todavía en el año 1919.

Otro rasgo característico de la situación mundial en el bienio estudiado era el de encontrarse en la primera mitad del

llamado período revolucionario 1917-1921, momento en el que los movimientos obreros tomaron una especial relevancia. A la intentona comunista sueca de 1917, hay que añadir las revoluciones rusas de 1917, la guerra civil finlandesa de 1918, la revolución alemana de 1918 y las revoluciones comunistas centroeuropeas. En este marco también hay que incluir las oleadas huelguísticas de 1919 en Alemania, Hungría, Austria, Gran Bretaña, Italia y España.

Razones de tipo económico -sobre todo la escasez de bienes de primera necesidad-, psicológico -hastío hacia el poder establecido por las penurias sufridas durante la guerra-, y político -utilización de la guerra por parte de los gobiernos para hacerse más autocráticos- se han señalado como causas de este movimiento revolucionario que marcó, sobre todo debido al triunfo de la Revolución en Rusia, tanto los años de 1918 y 1919 como los inmediatamente posteriores, en que parecía que los movimientos revolucionarios, y con ellos la clase proletaria, iban a triunfar rápidamente en el mundo<sup>3</sup>.

II.2. *UNA APROXIMACIÓN A LA ESPAÑA DE 1918-19*

La situación de la España de 1918-1919 se puede calificar como de permanente estado de crisis<sup>6</sup>. Por un lado, el sistema canovista creado en 1875, y entonces aún vigente, no resultaba válido para ese momento histórico. Por otro, las presiones ideológicas y acontecimientos externos e internos, condicionaban la evolución política española. Todo ello se plasmó en la crisis de 1917. En este año se dieron cita una serie de problemas. Al problema militar, determinado por la creación de las Juntas de Defensa y por toda la problemática asociada a la Guerra de Marruecos, se añadieron: la cuestión regionalista -protagonizado fundamentalmente por el caso catalán-; las diferencias religiosas -luchas entre clericales y anticlericales-; el problema social -relacionado sobre todo con la nunca lograda reforma agraria y las condiciones de los obreros industriales-; el ya mencionado problema político provocado por la muerte de Canalejas y la caída de Maura; y, sobre todo, el triunfo de la Revolución Rusa de febrero de 1917 que suscitó reacciones enfrentadas.

La crisis de 1917 se superó, al menos en teoría, pero existía conciencia de que el sistema político se encontraba exhausto. En vez de continuar con el sistema bipartidista, se constituyeron gobiernos de concentración de muy escasa duración. Entre 1918 y 1919 hubo, además de varias crisis parciales, siete gobiernos diferentes<sup>7</sup>.

Si los gobiernos de concentración fueron los que primaron, no quiere eso decir que los partidos perdieran del todo su identidad. La Primera Guerra Mundial facilitó entre ellos una cierta diferenciación: los de izquierdas se mostraron

favorables a los aliados, y los de derechas tomaron partido por las potencias centrales. Esta situación tuvo mucho que ver en el hecho de que España se declarase neutral ante el conflicto.

En relación con la situación española durante los años de la pandemia, hay que destacar también cómo la Gran Guerra tuvo un influjo favorable sobre la economía española. Los países en conflicto, ocupados más en los acontecimientos bélicos que en abastecer los mercados, dejaron, de forma súbita, de exportar sus mercancías. La subida de precios subsecuente facilitó el desarrollo de la industria española, sobre todo de la catalana, que se infiltró en el Occidente europeo y en América. Aunque una vez terminada la guerra se volvieron a perder casi todos los mercados ganados durante la misma, se sentaron las bases de la modernización de la industrialización nacional.

Pero si las ventajas macroeconómicas fueron incuestionables, no ocurrió lo mismo con el nivel de vida de los españoles, pues, sobre todo en el caso de los pertenecientes a las clases menos favorecidas, vieron crecer los precios de una manera alarmante. La razón de ello se hallaba en que resultaba más rentable exportar los productos, incluso los de primera necesidad, que venderlos en el país, por lo que se originó una severa crisis de subsistencias. Todo ello acarreó un debilitamiento de la población, además de revueltas sociales, huelgas y atentados terroristas.

II.3. *DESARROLLO GENERAL DE LA PANDEMIA GRIPAL DE 1918-19*

A lo largo de las próximas páginas intentaré mostrar, tras abordar en un primer momento algunos aspectos referentes a los antecedentes de la pandemia, el curso de la misma y el modo en que las circunstancias, que acabamos de señalar, operaron sobre él. Por fin, trataré de poner de relieve las principales consecuencias derivadas de la epidemia a nivel mundial y, más concretamente, en el caso de España.

### II.3.1. Sobre sus prolegómenos

La magnitud de la pandemia gripal de 1918-19 ha impulsado a los investigadores a realizar numerosos estudios para intentar dar respuesta a algunos de los interrogantes que suscitó dicho episodio<sup>8</sup>. A la hora de establecer por qué apareció dicha epidemia en ese momento y con esa intensidad, se ha llamado la atención sobre la existencia de algunos hechos que habrían precedido a la misma y que se habrían podido relacionar con ella de algún modo. Entre los señalados por los autores contemporáneos cabe mencionar los siguientes: el aumento de la morbilidad y de la mortalidad por gripe que se había producido en los últimos años de la guerra en los frentes de batalla<sup>9</sup>; la mayor frecuencia durante los inviernos de 1916 y 1917 de bronconeumonías, similares a las de 1918, en la Armada británica destacada en Francia<sup>10</sup>; y el padecimiento, bajo forma epidémica, de una enfermedad infecciosa semejante a la gripe entre las tropas alemanas del frente oriental desde agosto hasta la mitad de octubre de 1917<sup>11</sup>.

Estos episodios previos o "precursores", como algún autor



los ha denominado al objeto de destacar la importancia de los mismos como signo de que una epidemia de gran envergadura se estaba gestando, se produjeron no sólo en el escenario de la contienda, sino también en distintas partes del mundo, tal y como han puesto de relieve numerosos autores -entre otros, Adams, Emerson, Koenen y Pyle<sup>12</sup>-, quienes han hablado de la existencia de un aumento de la morbilidad y de la mortalidad por gripe y por otras enfermedades respiratorias a partir de diciembre de 1915 en algunas ciudades del Este de los Estados Unidos y de Gran Bretaña, así como entre las tropas americanas y británicas destacadas en Francia. También han señalado la presencia de "un extraño tipo de catarro" en Birmingham en 1917<sup>13</sup>.

En España igualmente es posible advertir la presencia de un fenómeno similar. De hecho, se constata una elevación progresiva del número de fallecidos por gripe y por enfermedades respiratorias durante 1915, 1916 y 1917<sup>14</sup> (cuadro 1.II.3.1.). Más difícil resulta saber si la morbilidad de esos años fue igualmente superior, ya que no existen estadísticas de morbilidad correspondientes a ese período<sup>15</sup>. Sólo se puede apuntar que algunos testimonios parecen corroborar este hecho. Rodríguez Méndez, un higienista barcelonés de la época, informó, por ejemplo, de la existencia durante 1917 "d'una infecció pirètica de naturalesa obscura"<sup>16</sup>.

Hay que señalar, no obstante, que, a pesar de que estas noticias parecen invitar a establecer una clara relación entre las mismas y la existencia de unos "antecedentes" de la pandemia que estamos examinando, creo que para llegar a tal

conclusión habría que poseer, en muchos casos, algunos datos más concluyentes que aquéllos de los que en este momento disponemos, muchos de los cuales se basan en la realización de los siempre arriesgados diagnósticos retrospectivos.

NÚMERO DE FALLECIDOS EN ESPAÑA

Causa muerte	1915	1916	1917	1918	1919	1920
GRUPE	6.487	7.021	7.470	147.114	21.235	17.825
ENFS. RESP.	71.638	73.331	79.778	117.778	77.557	80.709
TOTAL	452.479	441.673	465.722	695.758	482.752	494.540

CUADRO 1.II.3.1.

(Fuente: *Movimientos naturales de la población*, I.N.E.)

II.3.2. Origen y estallido

La pandemia gripal de 1918-19 ha pasado a la historia con el calificativo de "española"<sup>17</sup>, aunque casi desde el mismo momento de su formulación hubo quienes cuestionaron y rechazaron el supuesto origen español<sup>18</sup>. Desde entonces numerosos autores han intentado determinar donde habría que situar el origen real, siendo éste, para muchos de ellos, un tema que no está definitivamente cerrado<sup>19</sup>. Entre los lugares propuestos, dos han sido los más comunmente admitidos: Asia y Estados Unidos<sup>20</sup>. Algunos autores han postulado que la epidemia hubiera partido simultáneamente de ambos lugares<sup>21</sup>, y otros han hablado de un posible origen ruso<sup>22</sup>.

La diversidad de las interpretaciones sobre el origen de

la epidemia se pone también de relieve considerando las respuestas que los autores alemanes han dado a esta cuestión. Según Koenen, la mayoría de ellos han hablado de un origen español, que, según otros autores, habría sido compartido con Grecia e Italia<sup>23</sup>. Koenen, por su parte, ha referido la presencia de gripe en los primeros meses de 1918 en China, Japón, Francia y Estados Unidos y ha considerado dudoso que España fuera el punto de partida de la pandemia. Sin embargo, ha valorado como posible un origen epidémico múltiple, situando en España el punto donde habría adquirido mayor extensión y virulencia la enfermedad<sup>24</sup>.

A la vista de lo anterior, y dado que las teorías sobre el origen de la pandemia gripal de 1918-19 más comunmente difundidas en la literatura consultada son la asiática y la americana, me centraré en ellas para indicar cuáles son los datos en los que se apoyan para justificar una y otra teoría, y cuáles son las vías de difusión y extensión de la epidemia a Europa que más comunmente se proponen desde cada una de las dos posturas. Adelantaré, que, en ambos casos, esta difusión se ha ligado con el movimiento de tropas beligerantes que tuvo lugar durante la Primera Guerra Mundial.

Aquéllos que han situado en Estados Unidos el origen de la pandemia se basan para ello en los siguientes elementos: los datos existentes relativos a la aparición de una epidemia de gripe en el campamento militar de Funston (Kansas) el 4 de marzo de 1918, en Fort Riley (Kansas) el 11 de marzo, y unos días más tarde en Oglethorpe (Georgia)<sup>25</sup>; la presencia de gripe en algunas ciudades del Este de los Estados Unidos en

enero de 1918 y en marzo en el centro del país con carácter de epidemia<sup>26</sup>; y el resultado de estudios posteriores que han ligado el virus humano de la pandemia de 1918-19 con el de la gripe porcina habida en 1918 en las mismas zonas en las que estalló la pandemia humana<sup>27</sup>. Desde Estados Unidos las tropas americanas desplazadas a Europa habrían extendido la epidemia a Francia -Brest y Burdeos-, donde se registraron los primeros casos en abril, y desde allí se habría difundido al resto de Europa y al norte de Africa<sup>28</sup>.

Por su parte, los defensores del origen asiático<sup>29</sup> han relacionado el inicio de la pandemia de 1918-19 con la epidemia gripal que comenzó en China en diciembre de 1917<sup>30</sup>. Como apoyo de dicha teoría, han utilizado los datos que informan de la presencia de la gripe en China en marzo de 1918<sup>31</sup>. Desde aquí se habría extendido a Filipinas y a los Estados Unidos, y desde estos países, vehiculizada por las tropas americanas, que se desplazaron a Europa con motivo de la Primera Guerra Mundial, a este continente, sobre todo a Bordeaux y a Brest (Francia)<sup>32</sup>.

Otros autores han sugerido que los 200.000 coolíes chinos trasladados a Francia en los primeros meses de 1918 habrían vehiculizado la infección<sup>33</sup>.

Especialmente interesante para nuestros fines resulta conocer la forma cómo se ha propuesto el modo en que la pandemia de gripe habría alcanzado España. Al parecer, ésta habría llegado desde Francia siguiendo las principales vías de comunicación y vehiculizada, entre otros, por los temporeros y por los soldados portugueses que volvían a su país<sup>34</sup>.

Para el caso concreto de Madrid, Martín Salazar (1854-1936) relacionó el estallido de la epidemia en la capital en la segunda quincena de mayo de 1918 con la afluencia de personas a esta ciudad con motivo de la festividad de San Isidro<sup>35</sup>. La aparición de la gripe en Madrid marcó, al menos desde el punto de visto oficial, el inicio de la epidemia en España; si bien, Collier ha indicado que ya en Febrero habría habido gripe en San Sebastián, y que las autoridades obligaron a silenciarlo para evitar repercusiones sobre el turismo<sup>36</sup>.

Sí parece claro, que desde España la epidemia se difundió a Portugal<sup>37</sup>.

Independientemente de que el origen de la epidemia pudiera encontrarse en realidad dentro de nuestras fronteras, opinión que en base a los datos indicados creo que se puede descartar, conviene, a la vista de lo anteriormente expuesto, plantear una breve reflexión sobre las razones que motivaron que oficialmente a nivel internacional se aceptara e incluso se apoyara el origen español de la pandemia, pese a que desde el mismo momento de su formulación se cuestionó<sup>38</sup>. La mayoría de los autores consultados apelan a las especiales circunstancias que concurrieron en el mundo en esos momentos para explicarlo. Por un lado, la censura militar habría obligado a silenciar la aparición de la epidemia en los otros lugares, sobre todo entre las tropas beligerantes de uno y otro lado<sup>39</sup>. En Estados Unidos, por su parte, la guerra, y el que no fuera la gripe una enfermedad de declaración obligatoria en todos los Estados, habría facilitado que el primer brote de la pandemia pasase inadvertido<sup>40</sup>. En España,

por el contrario, no se dieron estas circunstancias, ya que la gripe era enfermedad de declaración obligatoria desde 1901 (Real Decreto del 31 de octubre). Además, dado que nuestro país mantenía una posición neutral frente a la Primera Guerra Mundial, no operó sobre ella la censura militar. Ello permitió que se pudiera dar una gran publicidad a la epidemia desde su inicio<sup>41</sup>. La prensa española, en efecto, se hizo eco de la misma enseguida, y el 22 de mayo de 1918 prácticamente toda la prensa diaria madrileña recogió la noticia<sup>42</sup>.

### II.3.3. Sucesivas oleadas

La pandemia gripal de 1918-19 cursó en tres brotes: el primero, en la primavera de 1918; el segundo, en el otoño de 1918; y el tercero, en el primer trimestre de 1919. Existieron variaciones de unos países a otros, tanto en cuanto al número de brotes que sufrieron como en cuanto a la cronología e intensidad de los mismos. A continuación, señalaré únicamente las notas más características de cada uno de los tres brotes epidémicos, tanto a nivel mundial como para el caso concreto de España, pues una exposición más detallada escaparía a los objetivos de esta memoria.

#### II.3.3.1. Primer brote

Como acabo de señalar, el primer brote se desarrolló durante la primavera de 1918, apareciendo los primeros casos en marzo, en los campamentos militares norteamericanos<sup>43</sup>, y

en algunos lugares de China y Japón<sup>44</sup>. Después de generalizarse en estos países la epidemia se extendió a otros, registrándose los primeros casos de gripe en Europa el 1 de abril en Brest y Burdeos, puertos franceses que soportaron todo el movimiento de tropas americanas que participó en la contienda<sup>45</sup>. Durante el mes de abril la epidemia se limitó al suelo francés, afectándose la población civil, los ejércitos franceses, británicos y americanos, que combatían allí, e incluso alcanzando a los soldados alemanes del frente occidental. Posteriormente se difundió hacia otros países. En mayo España, Portugal, Grecia, Gran Bretaña, Italia, Albania, Escocia y norte de África, India y China. En junio la epidemia se había extendido por el resto de Europa y por casi todo el mundo, habiéndose transformado ya en pandemia<sup>46</sup>. Sudáfrica fue alcanzada por primera vez por la epidemia el 14 de septiembre, solapándose casi con la segunda ola que se desarrolló en los meses de octubre y noviembre. En Australia la llegada de la gripe se retrasó más que en ningún sitio, no afectándose hasta enero de 1919. Este éxito parece haberse debido a la férrea cuarentena puesta en marcha y a lo escasamente poblada que estaba<sup>47</sup>. A lo largo del verano el brote fue perdiendo actividad en la mayoría de los países, quedando reducido a pequeños focos epidémicos.

En España, el primer brote comenzó en Madrid, en la segunda quincena del mes de mayo<sup>48</sup>. Desde esta ciudad, la epidemia se fue extendiendo, siguiendo las principales vías de comunicación y de comercio, y según algunos autores, a través del movimiento de los reclutas<sup>49</sup>. La epidemia alcanzó

durante el mes de mayo las provincias de Cuenca, Toledo, Salamanca y Cádiz<sup>50</sup>. En junio, todo el país prácticamente estaba invadido por la gripe, excepto Galicia, Cataluña y los archipiélagos. Probablemente, estos lugares también se afectaron aunque en menor medida<sup>51</sup>. En general la difusión de este primer brote fue muy rápida, en julio seguía presente en distintos puntos y en agosto prácticamente quedó limitado a algunos casos en Badajoz, Cáceres, Córdoba, Cuenca, Salamanca y Valencia. Las zonas más afectadas en España durante el primer brote fueron Extremadura, Andalucía y la mitad Sur de la Meseta Central. Según Echeverri, esto explicaría que precisamente estas zonas resultaron menos afectadas durante el segundo brote<sup>52</sup>.

Las notas más características de este primer brote, en España y en el resto del mundo, fueron las siguientes: su gran capacidad de difusión; su relativa benignidad frente al segundo brote; la mayor afectación de los individuos adultos jóvenes -sobre todo de 20 a 40 años- y sanos<sup>53</sup>; y la morbilidad prácticamente similar en ambos sexos, aunque revistió mayor gravedad en las mujeres embarazadas o puérperas<sup>54</sup>.

#### II.3.3.2. Segundo brote

El segundo brote se inició a finales de agosto, casi simultáneamente en tres puntos diferentes: Brest, Boston y Freetown, la capital del protectorado inglés y principal puerto de Africa Occidental en ese momento. La sospecha del



nuevo brote se produjo al advertir la aparición de cuadros gripales más graves, con mayor tendencia a las complicaciones sobre todo pulmonares<sup>55</sup>. A la vista de estos datos cabe pensar, bien en una reactivación de la epidemia de modo simultáneo en casi todos los lugares<sup>56</sup>, bien en el origen de este segundo brote en alguna de las tres ciudades citadas. Aunque esto no pueda estar totalmente claro, lo que sí es seguro es la participación de dichas ciudades en la difusión de la epidemia. Desde Boston y Brest la epidemia se extendió por Estados Unidos, Canadá y Europa, de modo que a finales de septiembre todos estos países estaban nuevamente invadidos por la gripe, excepto Suiza, Dinamarca, Holanda e Irlanda<sup>57</sup>. Y desde Freetown se difundió la epidemia al resto del continente africano<sup>58</sup> y a Asia.

El contagio hacia Sudamérica parece que se produjo a través de un barco que partió de Lisboa a finales de Septiembre y arribó primero a Brasil y más tarde a Buenos Aires, difundiéndose a continuación la epidemia desde estos lugares de forma que en octubre todo el cono sur americano estaba invadido por la gripe<sup>59</sup>.

En España, el desarrollo del segundo brote se ajustó bastante a la cronología general descrita para el resto del mundo. Echeverri cree que la elevación de la mortalidad durante el mes de agosto en Tarragona, Castellón y Murcia, indicaría la aparición del segundo brote<sup>60</sup>. Teniendo en cuenta estos datos y todo lo expuesto anteriormente sobre el inicio del segundo brote en el mundo, resulta difícil saber el verdadero origen del mismo. En su momento, la aparición de

este segundo brote en nuestro país se relacionó con dos hechos: el movimiento de los reclutas -este segundo brote ocurrió antes entre la población militar que en la civil-<sup>61</sup>; y el tráfico de viajeros -trabajadores españoles y portugueses, soldados portugueses, veraneantes- desde Francia a España, postulándose dos vías de difusión norte-sur (Port Bou-Almería e Irún-Medina del Campo)<sup>62</sup>. Sin embargo, hay que señalar que el aumento de mortalidad en Levante coincidió con el que se produjo en Francia.

En general, puede decirse que este segundo brote comenzó en septiembre, alcanzó su cénit en octubre, y retrasó su inicio en algunos de los lugares que habían resultado afectados intensamente por el primer brote<sup>63</sup>. Aunque esta segunda ola fue importante en casi toda España, las zonas más afectadas fueron el Norte del país y Levante<sup>64</sup>.

Los rasgos más característicos adoptados por este segundo brote con respecto al primero, fueron las siguientes: mayor tendencia a las complicaciones, sobre todo pulmonares, una mayor gravedad de los cuadros y una mortalidad más elevada; predilección por los mismos grupos de edades; en general, mayor afectación de las poblaciones que habían sido menos alcanzadas por el primer brote, aunque hubo algunas excepciones; y, por último, una difusión más lenta.

#### II.3.3.3. Tercer brote

Un tercer brote epidémico se produjo tras las Navidades de 1918, cuando la mayoría de los países creía haberse librado

por fin de la gripe. Este brote no fue tan general como los otros, variando, además, el momento de su presentación. Si bien en un buen número de países este recrudecimiento se produjo en torno a los meses de febrero y marzo de 1919, en algunos se retrasó con respecto a esa fecha. Ello provocó que, en estos últimos lugares, no se volviera a la normalidad prácticamente hasta la finalización del primer semestre de 1919<sup>65</sup>.

En España, el tercer brote, que se solapó en parte con los últimos casos atribuibles al segundo, cursó con un recrudecimiento general durante la primavera, y, en algún caso, se prolongó hasta casi el final del primer semestre de 1919<sup>66</sup>.

En cuanto a los rasgos característicos de este tercer brote, hay que señalar que no fue tan general ni tan homogéneo como los anteriores. Presentó, eso sí, un grado de malignidad similar al segundo, aunque produjo menor mortalidad al existir menos población susceptible<sup>67</sup>.

#### II.3.4. Principales repercusiones

Las especiales condiciones que concurrieron en el mundo en el bienio 1918-19 confirieron a la pandemia de gripe ciertas peculiaridades respecto a la problemática común al desarrollo de cualquier epidemia en el seno de una sociedad. Estas peculiaridades se advierten al analizar las repercusiones de dicha pandemia, que fueron principalmente de cinco tipos: sanitarias, demográficas, económicas, políticas

y sobre la vida cotidiana de la sociedad.

#### II.3.4.1. Sanitarias

Los efectos de la pandemia se dejaron sentir casi desde el mismo momento de su inicio en el terreno de la asistencia sanitaria. De modo general puede decirse que la epidemia contribuyó a poner de relieve la incapacidad de la asistencia sanitaria para hacer frente adecuadamente a una situación como la que provocaba la pandemia. Esta circunstancia fue aún más notable en aquellos países que participaban en la contienda, dado que habían desplazado a los frentes buena parte de su personal sanitario<sup>68</sup>.

En nuestro país, aunque no se tomó parte en el conflicto bélico, la asistencia sanitaria de los epidemiados constituyó un grave problema, dada la precaria situación en que se encontraba nuestra Sanidad. De este modo, la epidemia contribuyó, tal y como intento mostrar más adelante para el caso de Madrid, a poner de relieve y a evidenciar, una vez más, lo insuficiente de nuestra infraestructura y organización sanitaria<sup>69</sup>.

En la mayoría de los lugares, las carencias asistenciales tendieron a cubrirse, al menos en parte, y en lo que al personal se refiere, estableciendo un voluntariado remunerado<sup>70</sup>, constituido fundamentalmente por médicos y enfermeras, habilitándose, en algunos casos, a jubilados y a estudiantes de Medicina de los últimos cursos<sup>71</sup>. La escasez de hospitales se suplió preparando, bien algunos locales como

centros de asistencia provisionales, bien mediante pabellones Docker.

También fue común la escasez de medicamentos, que se acentuó por el acaparamiento de fármacos ligado normalmente a toda situación de epidemia, y por las dificultades de comercio que la guerra imponía<sup>72</sup>.

No obstante, la gravedad de la pandemia y la necesidad de combatirla, contribuyeron, de forma similar a lo que está ocurriendo ahora con el SIDA, a estimular el que se destinaran fondos para su investigación. En efecto, no sólo se pusieron en marcha numerosos estudios, sino que algunos de ellos continuaron con posterioridad y se vieron impulsados con la llegada de cada nueva epidemia<sup>73</sup>. Como fruto de estas investigaciones, a las que la pandemia de 1918-19 había servido de espoleta, hay que señalar el aislamiento e identificación de los distintos virus de la gripe<sup>74</sup> y la posterior preparación de vacunas realmente específicas. En este sentido, cabe decir que la epidemia que estamos estudiando supuso un impulso notable para el desarrollo de la bacteriología y la configuración de la virología<sup>75</sup>.

Aparte de la microbiología, otras disciplinas, entre ellas la Salud Pública, se beneficiaron también del interés por combatir la epidemia. Así, por ejemplo, una de las iniciativas resultante de la pandemia fue la creación en 1918 de un sistema de estaciones de vigilancia mundiales para recoger información sobre nuevas epidemias gripales<sup>76</sup>.

## II.3.4.2. Demográficas

La pandemia gripal de 1918-19 ha sido considerada como la mayor catástrofe demográfica de este siglo<sup>77</sup>, sólo comparable con la producida por la Segunda Guerra Mundial<sup>78</sup>. Los estudios que realizaron el Ministerio de Salud británico (1920), y algunos autores como Vaughan (1921) y Jordan (1927), fueron los primeros en los que se hizo un cómputo total de las muertes causadas por la gripe en todo el mundo. Jordan estimó en 21 millones y medio el número de fallecidos. Aunque esta cifra bastaría por sí sola para hablar de la enorme dimensión de la epidemia, tal y como han venido demostrando los detallados estudios demográficos realizados en los últimos años en distintas partes del mundo -Estados Unidos, Africa, India e Indonesia-, resulta ser una valoración muy inferior a la realidad. Hoy se estima en unos 30 millones el número de muertos que causó la pandemia, y eso, aun siendo muy escasos los datos existentes sobre Europa del Este, China, Oriente Medio y el Sudeste asiático<sup>79</sup>.

De todas formas, establecer el número exacto de víctimas que produjo la pandemia gripal de 1918-19 ofrece muchas dificultades, dado el subregistro de las muertes por gripe que existió<sup>80</sup>. El cómputo de las muertes por gripe y por neumonía -su principal complicación- no proporciona el número total de víctimas achacables a la pandemia, pero orienta sobre la magnitud de la tragedia. Por ejemplo, en Estados Unidos se contabilizaron 479.000 muertes por influenza y neumonía en 1918 y 189.000 en 1919. Estas cifras, inferiores a las reales,

son superiores al total de soldados americanos fallecidos durante la Primera y Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Corea y la de Vietnam, que ascendieron a 423.000<sup>81</sup>. Esto permite hacerse una idea del gran coste humano que la pandemia gripal de 1918-19 supuso para Estados Unidos.

No obstante, si, como parecería oportuno dado que en cualquier epidemia de gripe existe un subregistro de la mortalidad por este proceso, además de tener en cuenta las muertes por influenza y por neumonía, se consideraran también las producidas por todas las demás enfermedades respiratorias<sup>82</sup> e, incluso, el número total de fallecidos<sup>83</sup>, se podría valorar mejor la magnitud de la pandemia. El caso de España resulta significativo para ilustrar la importancia que posee tener en cuenta las variaciones habidas en la mortalidad general de cara a hacer una valoración más ajustada de los efectos demográficos de la epidemia. En nuestro país, se contabilizaron 147114 en 1918 y 21235 en 1919 muertes por gripe, 117778 en 1918 y 77557 en 1919 muertes por enfermedades respiratorias, superando el total de fallecidos de 1918 (695758) casi en un 50% al de 1917 (465722)<sup>84</sup>.

Otro aspecto demográfico que conviene destacar es el de la distribución de la mortalidad por edades. Ésta fue excepcional, ya que incidió de manera especial sobre los individuos jóvenes y sanos, siendo las edades de 20 a 40 años las que sufrieron mayor número de bajas<sup>85</sup>. Las repercusiones demográficas y socioeconómicas de este hecho fueron, en la mayoría de los países, muy importantes, tanto de manera inmediata como con posterioridad a la pandemia. Hay que

señalar que la elevada morbilidad en adultos jóvenes supuso que la parte más importante de la población activa de cada país resultó alcanzada por la epidemia. A medio plazo, se acusaron, por ejemplo, los efectos de la disminución en el número de nacimientos durante el bienio de la pandemia.

En lo referente a la distribución de la mortalidad por sexos, no todos los autores coinciden completamente. Parece que, de modo global, fue superior en el sexo masculino que en el femenino; si bien, en algunos lugares ocurrió lo contrario e, incluso, en otros existió un claro predominio femenino en algunos grupos de edades, como sucedió en el caso de nuestro país para las comprendidas entre 1 y 24 años<sup>86</sup>. En lo que sí se ha coincidido ha sido en señalar la mayor gravedad que tuvo el proceso para las mujeres embarazadas y puérperas<sup>87</sup>.

Algunos autores han señalado también la mayor afectación de los inmigrantes en Estados Unidos, que algunos han achacado a la estructura por edades que tenían esas poblaciones<sup>88</sup>, así mismo algunos estudios han demostrado la gran mortalidad que produjo la pandemia en los indios americanos, en los esquimales, en los polinesios<sup>89</sup>, etc., mientras que los negros americanos se afectaron menos que los blancos<sup>90</sup>.

#### II.3.4.3. Económicas

Las implicaciones económicas que tuvo la pandemia fueron muy importantes y se vieron condicionadas por la predilección que el virus responsable de este brote epidémico tuvo por los individuos jóvenes adultos. Éstos constituían la mayor parte



de la población activa, por ello, durante todo el tiempo que duró cada invasión gripal, la actividad económica se redujo, e incluso en algunas localidades quedó prácticamente paralizada. Todo esto supuso unas pérdidas muy cuantiosas, que se vieron incrementadas por la enorme mortalidad que esta pandemia provocó, sobre todo a expensas de esos mismos grupos de edades, recibiendo un duro golpe las Compañías de Seguro al no tener, lógicamente, previsto ese riesgo<sup>91</sup>.

Las distintas localidades y países tuvieron que conceder créditos especiales para poder sufragar todos los gastos derivados no sólo de la asistencia médica y social de los epidemiados, sino de la implantación y cumplimiento de las distintas medidas de profilaxis pública adoptadas<sup>92</sup>. Estas disposiciones, que fueron muy similares en todos los países, consistieron básicamente en lo siguiente: el establecimiento de la cuarentena; el aislamiento de los epidemiados; el cierre de los lugares públicos; la desinfección de los individuos, de los locales cerrados, de las calles, etc.; el uso de las mascarillas, vacunas, etc..

Hay que señalar, no obstante, que el cumplimiento de dichas medidas fue muy desigual, quedando en muchos casos como algo limitado únicamente al ámbito teórico<sup>93</sup>.

#### II.3.4.4. Políticas

Las repercusiones políticas de la pandemia fueron notables. Quizás lo fundamental, dada la trascendencia internacional que tuvo, fue la influencia que ejerció en el

desarrollo de la guerra y en la Conferencia de paz y el desastroso contenido del Tratado de Versalles. Algunas operaciones militares se vieron dificultadas e incluso paralizadas por el gran número de soldados afectados por la gripe en uno y otro bando. Algunos autores han postulado incluso que actuó de modo decisivo sobre el curso de la guerra y que incluso precipitó su final<sup>94</sup>.

Crosby ha señalado también que el tercer brote fue el principal responsable del desarrollo que tuvo la Conferencia de paz de 1919 y la redacción del Tratado de Versalles. Desde su punto de vista, la mala actuación de la Delegación americana en la Conferencia de Paz habría sido provocada por el ataque gripal que algunos de sus miembros sufrieron y que les habría llevado a precipitar la redacción final del documento. Para él, esta fue la razón de que dicho tratado acabara siendo un acuerdo para los vencedores y no un pacto que realmente permitiera la paz<sup>95</sup>.

#### II.3.4.5. Sobre la vida cotidiana

Lógicamente la epidemia no sólo incidió sobre la guerra y las negociaciones de la paz, sino que toda la vida cotidiana se vio alterada, tanto por el propio efecto de la gripe, como por las medidas de profilaxis que los distintos gobiernos pusieron en marcha para intentar contener la epidemia. No sólo la vida laboral se paralizó, por ser la mayor parte de los afectados adultos, sino que hubo incluso problemas en muchas casas para preparar los alimentos<sup>96</sup>. Los individuos debieron

someterse a las desinfecciones a su llegada a las estaciones, en algunos lugares de Estados Unidos y Canadá tuvieron que usar mascarillas de una manera continuada, las reuniones de todo tipo que se realizaban en locales cerrados, fueron suspendidas en algunas poblaciones, o al menos se exigió la ventilación y desinfección de los locales de modo periódico.

Aparte, se hizo preciso cambiar buena parte de los hábitos cotidianos, ya que incluso algunos países cerraron los centros de enseñanza, teatros, cines, cafés, prohibieron las celebraciones religiosas, etc.. Todo esto provocó el descontento y la protesta de un amplio sector de la sociedad, que ya se encontraba bastante crispada por el propio desarrollo de la pandemia<sup>97</sup>.

Por si esto fuera poco, al cambio en el modo de vida cotidiano, hubo que añadir las dificultades derivadas de la escasez de alimentos. Dado que, determinados productos alimenticios adquirieron, al ser considerados como preventivos y/o curativos de la enfermedad epidémica, un valor notable para los ciudadanos, éstos tendieron a acapararlos. Como cabe suponer esta situación fue especialmente acusada en aquellos lugares en los que, debido a la Primera Guerra Mundial, la carencia de los mismos era una realidad antes del estallido de la epidemia<sup>98</sup>.

Pero las dificultades para los ciudadanos no terminaban cuando fallecían al haber sido alcanzados por la gripe. Los problemas surgían entonces a otros niveles: había escasez de vehículos para trasladar los cadáveres a los cementerios; faltaban en ocasiones los ataúdes; hubo que habilitar nuevos

cementerios; y fue preciso suspender las ceremonias religiosas y cualquier signo propio de los entierros.

## NOTAS

1. Para elaborar este epígrafe se han consultado los textos siguientes: GALLEGO, J.A. (1979) *Historia del Mundo Contemporáneo*, Zaragoza, Librería General, pp. 414-449; PALACIOS BAÑUELOS, L. (coord.) (1987) "La Edad Contemporánea", en MONTENEGRO DUQUE, A. (coord. gral.) *Gran Historia Universal*, Madrid, Nájera, vol. VIII; PIRENNE, J. (1979) "El Nuevo siglo y la Gran Guerra", en PIRENNE, J. (dir.) *Historia Universal*, vol. VII, Barcelona, Instituto Gallard; PALACIO ATARD, V. (1971) "Edad Contemporánea", en *Manual de Historia Universal*, Madrid, Espasa Calpe, 2ª edic., t. V.

2. En 1914 se alineó Japón con la Triple Entente, a la que en 1915 se sumó Italia, en 1916 Portugal y Rumanía, y en 1917 Grecia, Estados Unidos y muchos países iberomaericanos. A la Triple Alianza se unió el Imperio turco (1914) y Bulgaria (1915). PALACIOS BAÑUELOS, L. (1987) "La Primera Guerra Mundial", en PALACIOS BAÑUELOS, L. (coord.) (1987), pp. 257-274.

3. La importancia de las guerras en la difusión de las distintas enfermedades infecciosas y en el desarrollo de algunas de las principales epidemias sufridas por la Humanidad, ha sido puesta de relieve por numerosos autores, entre ellos: BURNET, S.M. & WHITE, D.O. (1982) *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Madrid, Alianza Edit., edic. de la 4ª edic. revisada, (1972, la edic. inglesa), pp. 154-177, 188, 211 y 260; McNEILL, W.H. (1984) *Plagas y Pueblos*, Madrid, Siglo XXI, 1ª edic. español, (1976, 1ª edic. inglés); HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1987) "Las enfermedades en la Europa del siglo XIX", en: ALBARRACÍN TEULÓN, A. (coord.) *Historia de la enfermedad*, Madrid, Saned, 350-361, pp. 356-359 (los autores señalan la relación que hubo entre las guerras coloniales británicas y las distintas epidemias de cólera en el siglo XIX); EVANS, R.J. (1992) "Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe", en: RANGER, T. & SLACK, P. (1992) *Epidemics and ideas*, Cambridge, University Press, 149-173, p. 159; PRINZING, F. (1916) *Epidemics resulting from wars*, Oxford: The Clarendon Press, 340 pp.; TOBIÁS, J.W. (1920) *La gripe de 1918-1919*, Buenos Aires, Las Ciencias, p. 5.

4. Sin embargo, Alemania se había visto favorecida con el triunfo de la Revolución de Octubre de 1917 en Rusia, que había posibilitado la firma del tratado de Brest-Litovsk el 3 de marzo de 1918 entre Rusia y Alemania, lo que permitió a esta última dedicarse de lleno a su frente occidental. GALLEGO, J.A. (1979), p. 418.

5. GALLEGO, J.A. (1979) p. 427.

6. Para la elaboración de este epígrafe se han utilizado los siguientes textos: GARCÍA DELGADO, J.L.; SÁNCHEZ JIMÉNEZ, J. y TUÑÓN de LARA, M. (1984) "Los comienzos del siglo XX. La

población, la economía, la sociedad (1898-1931)", en: JOVER ZAMORA, J. M. (dir.) *Historia de España*, t. XXXVII, Madrid, Espasa-Calpe; MARTÍNEZ CUADRADO, M. (1991) "Restauración y crisis de la monarquía (1874-1931)", en: ARTOLA, M. (dir.) *Historia de España*, vol. 6, Madrid, Alianza Edit.; VICENS VIVES, J. (1982) *Historia Económica de España*, Barcelona, Ed. Vicens Vives, 9ª edic., 7ª reedic., pp. 679-746; RUÍZ GONZÁLEZ, D. (1985) "España 1902-1923: vida política, social y cultural", en: TUNÓN de LARA, M. (dir.) *Historia de España*, Barcelona, Labor, t. VIII (Revolución burguesa, Oligarquía y Constitucionalismo), 2ª edic., 3ª reimpres., 461-524; RUÍZ MANJÓN-CABEZA, O. (1991) "El reinado de Alfonso XIII", en: DOMÍNGUEZ ORTÍZ, A. *Historia de España*, Barcelona, Planeta, t. 11, pp. 9-141.

7. Estos fueron los sucesivos gobiernos que hubo durante el bienio 1918-19:

- Del 1-XI-1917 al 21-III-1918, presidido por Manuel García Prieto (partido liberal democrático), fue Ministro de la Gobernación Juan Bahamonde.
- Del 21-III-1918 al 9-XI-1918, presidido por Antonio Maura (conservador), fue Ministro de Gobernación Manuel García Prieto.
- Del 9-XI-1918 al 5-XII-1918, presidido por Manuel García Prieto (partido liberal democrático), fue Ministro de Gobernación Luis Silvela (conservador).
- Del 5-XII-1918 al 15-IV-1919, presidido por el Conde de Romanones (liberal), fue Ministro de Gobernación Amalio Gimeno (médico, Catedrático de Higiene en la Central. Liberal).
- Del 15-IV-1919 al 19-VII-1919. presidido por Antonio Maura (conservador), fueron Ministros de Gobernación sucesivamente Antonio Goicoechea (conservador) y Francisco Bergamín (conservador).
- Del 19-VII-1919 al 12-XII-1919, presidido por Joaquín Sánchez Toca (conservador de extrema derecha), fue Ministro de Gobernación Manuel de Burgos Mazo (conservador).
- Del 12-XII-1919 al 5-V-1920, presidido por Manuel Allende Salazar (conservador), fue Ministro de Gobernación Joaquín Fernández Prida (conservador).

Se han incluido los nombres de los Ministros de la Gobernación de cada Gobierno, porque la Sanidad era competencia de dicho Ministerio, no existía un Ministerio de Sanidad. Precisamente en 1918 se solicitó su creación, VALENZUELA CANDELARIO, J. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988) " La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicaciones de un Ministerio de Sanidad", *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Murcia, vol. I, pp. 514-523.

8. Para tener una idea de la cantidad de estudios realizados sobre la pandemia gripal de 1918-19 basta consultar los principales repertorios bibliográficos de Historia de la Medicina, entre ellos los siguientes: *Bibliography of the history of medicine*, Bethesda: National Library of Medicine; *Catalogue of the history of Medicine and Related Sciences*; *Current work History of Medicine*, London, The Wellcome

Institute for the History of Medicine.

9. LENZ, E. (1918) "Remarques sur la prophylaxie et l'épidémiologie des infection grippales", *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 21 septembre 1918, p. 1265. Cfr. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 11 (novembre 1918), 1291-1292, p. 1291.

10. "Rapport sur l'épidémie de grippe dans les Armées britanniques en France en 1918", par le Comité de la grippe du Conseil Consultatif de la Direction générale du Service de Santé Militaire Britannique en France, *British medical Journal*, 3019, 9 novembre 1918, p. 505. Cfr. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 12 (Decembre 1918), 1423-1427, p. 1424.

11. SCHITNHELM, A. y SCHLECHT. H. (1918) "Une maladie infectieuse semblable à la grippe", *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 7 septembre 1918, p. 1224. Cfr. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique*, 12 (Diciembre 1918), p. 1436. Esta reseña traducida al castellano fue publicada en nuestro país en la *Revista de Sanidad Militar* (1919), p. 203.

12. ADAMS, H.G. (1964b) "A Local Chronicle of the Influenza Epidemic of 1918", *North Carolina Medical Journal*, september 1964, 397-400, p. 400; EMERSON, G.M. (1986) "The 'Spanish Lady' in Alabama", *The Alabama Journal of Medical Sciences*, 23 (2), 217-221, p. 217; PYLE, G.F. (1986) *The diffusion of influenza: patterns and paradigms*, Totowa, N.J., Rowman & Littlefield, pp. 38-39, este autor se ha referido a estos episodios con los términos "outbreaks prior" y "precursor strain" a la Gran Pandemia, postulando su relación con el movimiento humano que hubo como consecuencia de la Primera Guerra Mundial. Koenen ha calificado como "precursores" ("vorläufer") estos hechos previos a la pandemia de 1918-19, que parecen poner de relieve las estadísticas oficiales del Estado de Nueva York y de Cleveland, así como los testimonios de los siguientes autores: DE BOER (1917) "Eine eigneartige Fiebererkrankung", *Münch. Med. Aschr.*, 36, 1163; FROST, W.H. (1920) "Statics of influenza morbidity", *Publ. Health Rep., Wash.*, 35, 584-593; FROST, W.H. (1919) "The epidemiology of influenza", *Publ. Health Rep., Wash.*, 33, 1823-1836; FROST, W.H. & SYDENSTRICKER, E. (1919) "Influenza in Maryland", *Publ. Health Rep., Wash.*, 11, 491; LANDMANN, J. (1918) "Influenza, or a new disease", *Lancet, London*, 2, 644; LUDWIG (1917) "Febris palustris remittens", *Münch. Med. Wschr.*, 30, 969; SCHITTENHELM, A. & SCHLECHT, H. (1918) "Über eine grippeartige Infektionskrankheit", *Münch. Med. Wschr.*, 3, 61; VAUGHAN, W.T. (1921-1924) "Influenza: an epidemiologic study", *American J. Hyg.*, 1-3, 65-95; WIESE, O. (1919) "Zum seitlichen und örtlichen Auftreten der Grippe-epidemie von 1918", *Med. Klin.*, 41, 1034. Cfr. KOENEN, E. (1970) *Die Grippepandemie 1918/19*, Diss. Köln., pp. 7-9.

13. "a very strong type of cold", cfr. EMERSON. G.M. (1986), p. 217.

14. *Movimientos naturales de población (1915-1920)*, Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

15. En nuestro país, a partir de una circular de la Dirección General de Sanidad de 1900 que se concretó en el Real Decreto del 31 de octubre de 1901, se estableció la obligatoriedad de que todos los médicos declarasen los casos de once enfermedades infecto-contagiosas, una de las cuales era la gripe. Sin embargo, durante todo el primer tercio de la presente centuria esta medida fracasó. La estadística de las enfermedades de declaración obligatoria se inició a mediados de 1930 con la publicación de un Boletín semanal donde se recogían los datos de las declaraciones relativas a las más de veinte enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1992) "Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las Estadísticas Demográfico-Sanitarias", *Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias*, I Encuentro Marcelino Pascua (Madrid, 14 de junio de 1991), Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 79-109, pp. 80-81. El Boletín Mensual de Estadística Demográfica, elaborado por el Ministerio de la Gobernación contenía una estadística de morbilidad de las enfermedades -incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción abreviada, revisión de 1909-, tratadas en los Hospitales, Manicomios, Asilos y otros establecimientos de las capitales que habían enviado datos. En el caso concreto de Madrid, sólo se recogían los datos del Hospital Provincial.

16. Cfr. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) "La grip a Barcelona, 1889-90 i 1918-19", en *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal de la Salut, Àrea de Salut Pública, 131-156, p. 134.

17. España fue el primer país que anunció públicamente la aparición de "una extraña enfermedad epidémica" ("a strange form of disease of epidemic character") en su suelo, concretamente en Madrid, COLLIER, R. (1974) *The plague of Spanish lady. The influenza pandemic of 1918-19*, London, Mac Millan, p. 7; PETTIGREW, E. (1983) *The silent enemy: Canada and the deadly flu of 1918*, Saskatoon, Sask., Western Producer Prairie Books, 156 pp., p. 5.

18. Según Piga y Lamas: Hunt, Kroner, Garin, Kolle, Bernard Frankel, Dubois, R. von Wiesner, C.L. Mix, Aitaff, Lein, etc. calificaron a la pandemia de 1918 de "gripe española, o enfermedad española"; mientras que otros protestaron por ese calificativo, entre ellos, Netter y los españoles Chabás y Roselló, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) *Infecciones de tipo gripal*, Madrid, Talleres tipográficos de "Los Progresos de la Clínica" y "Plus Ultra", 2 vols., vol. 2, p. 54.



19. Ensley es uno de los autores que consideran que el origen de la pandemia gripal de 1918-19 no está totalmente claro, aunque normalmente se opte por el origen asiático o el americano, que son las dos posturas más comunmente admitidas. ENSLEY, P.C. (1983) "Indiana and the influenza pandemic of 1918", *Indiana Medical History Quarterly*, IX (4) (December, 1983), 3-15, p. 4. También Beveridge ha considerado obscuro el origen de la pandemia de 1918-19, se ha mostrado partidario de rechazar España como punto de partida de la pandemia y ha hablado del posible origen americano, asiático, o de ambos, BEVERIDGE, W.I.B. (1977) "The start of pandemics: site, season and spread", *International symposium on influenza immunization (II)*, Geneva, 39, 443-444, p. 444.

20. Entre los partidarios del origen **asiático** de la pandemia figuran, entre otros, los siguientes autores: CHABAS, J. (1928) *La Gripe*, Madrid, J. Morata, pp. 20-21; CHABAS, J. (1958) "Algunos recuerdos y enseñanzas de la pandemia gripal de 1918-19", *Gaceta Médica Española*, XXXII, 111-112, p. 111; JORDAN, E.Q. (1927) *Epidemic Influenza, a survey*, Chicago, pp. 74-75, cit. por ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) *La pandemia de gripe de 1918-19 en España*, Tesis doctoral, U.C.M., p. 55; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) *La Gripe Española. La pandemia de 1918-19*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI, p. 20; KILBOURNE, E.D. (1975) "Epidemiology of influenza", en: KILBOURNE, E.D. (ed.) *The Influenza viruses and influenza*, New York, Academic Press. 573 pp., 483-538, p. 498; MONTEL, M.L.R. (1919) "La pandémie grippale de 1918 à Saïgon", *Presse médicale*, 76, 1088, citado por KOENEN, E. (1970) p. 12; PETTIGREW, E. (1983), p. 5; VAUGHAN, W.T. (1921) "Influenza: an epidemiological study", *The American Journal of Hygiene*, Monographic series 1, citado por ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990), p. 53. Y entre los partidarios del origen **americano** cabe citar, entre otros, a los siguientes autores: COLLIER, R. (1974), p. 9; CROSBY, A.W. (1989) *America's forgotten pandemic: the influenza of 1918*, Cambridge; New York: Cambridge University Press, 337 pp., p. 25; CROSBY, A.W. (1977) "The Pandemic of 1918", en: OSBORN, J.E. (ed.) *History, science, and politics: Influenza in America, 1918-1976*, New York, Prodist, 135 pp., 5-14, p. 6; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 55 (Esta autora ha recogido opiniones diversas sobre el origen de la pandemia, mostrándose partidaria del origen americano de la misma); ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) p. 21; HOYLE, L. (1968) *The influenza viruses*, Virology monographs, 4, Wien, New York, Springer, 375 pp., p. 255; JORGE, R. (1919) *La Grippe*, Lisbonne, Imprimerie Nationale, 35 pp., pp. 11-13; KAPLAN, M.M. y WEBSTER, R.G. (1978) "La epidemiología de la gripe", *Investigación y Ciencia* (Febrero 1978), 52-63, p. 53; PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991) "The Geography and mortality of the 1918 influenza pandemic", *Bull. Hist. Med.*, 65, 4-21, pp. 4-7; PYLE, G.F. (1986), p. 40; SANFORD, W.L. (1983) "The influenza epidemic of 1918 and its effects on the military", *Indiana Medical History Quarterly*, 9, (4), 16-22, p. 16. Algunos autores sólo señalan que, en relación con el origen de la pandemia, existen las dos opiniones -americana y asiática-, entre ellos figuran:

KATZENELLENBOGEN, J.M. (1988) "The influenza epidemic in Mamre" *South African Medical Journal*, 74, 362-364, p. 362; PYLE, G.F. (1984) "Influenza diffusion in european history: patterns and paradigms", *Ecology of Disease*, 2 (3), 173-184, p. 174. Es interesante destacar que en los volúmenes del *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* correspondientes a la segunda mitad de 1918 no queda muy claro el origen de la pandemia gripal, la mayoría de las veces se sitúa en el país vecino y en algún caso se hace referencia al origen americano; en lo que sí coinciden casi todos los artículos es en reflejar que normalmente primero afectó a los distintos ejércitos beligerantes y más tarde a la población civil, *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* (1918), sobre todo en los tomos: X (8) (Août); XI (9) (Septembre); X (10) (Octobre); XII (12) (Decembre).

21. Entre los autores contemporáneos al suceso epidémico que defendieron la posibilidad de un origen americano y asiático simultáneo cabe citar a Jorge, JORGE, R. (1919), p. 13.

22. Entre ellos cabe citar: ADAMS, H.G. (1964b), p. 400 (si bien este autor también habla del origen americano y asiático de la pandemia); TOBIAS, J.W. (1920) pp. 12-13.

23. Estos tres países podrían haber sido el origen real de la pandemia, o bien los lugares en los que la gripe, difundida ya por los demás países, habría adquirido repentinamente mayor virulencia, KOENEN, E. (1970) p. 12.

24. KOENEN, E. (1970) p. 12.

25. ADAMS, H.G. (1964b) p. 400; COLLIER, R. (1974) p. 9; CROSBY, A.W. (1989) pp. 19 y 25; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990), p. 51; ENSLEY, P.C. (1983) p. 4; KAPLAN, M.M. y WEBSTER, R.G. (1978) p. 53; PETTIGREW, E. (1983) p. 9.

26. CROSBY, A.W. (1989) p. 18 (el autor refiere que en marzo de 1918 más de mil trabajadores de la "Ford Motor Company" de Detroit se encontraban con influenza, a la vez había también casos en Haskell, Kansas); HOYLE, L. (1968) p. 255; PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991) p. 4.

27. Esto fue propuesto por Laidlaw y Shope por primera vez - tras la identificación por Shope del virus de la gripe porcina-, y posteriormente Davenport, Hennessy, Francis y otros autores lo han comprobado mediante la detección de los niveles de anticuerpo frente a ese virus y su correlación con la edad; sin embargo, no todos los autores lo aceptan completamente. BEVERIDGE, W.I.B. (1991) "The Chronicle of Influenza Epidemics", *Hist. Phil. Life Sci.*, 13, 223-235, p. 228; BURNET, F.M. (1988) "Influenza Virus A", en: FENNER, E. & GIBBS, A. (eds.) *Portraits of Viruses. A History of Virology*, Basel, Karger, 24-37, p. 25; CLIFF, A.D.; HAGGET, P. & ORD, J.K. (1986) *Spatial aspects of influenza epidemics: Influenza*, London, Pion Ltd., 280 pp., p. 145; CROSBY, A.W. (1989) pp. 297-304; HOYLE, L. (1968) p. 256; KAPLAN, M.M. y

WEBSTER, R.G. (1978) pp. 60-61; WEBSTER, R.G. & LAVER, W.G. (1975) "Antigenic Variation of Influenza Viruses", en: KILBOURNE, E.D. (1975) *The influenza viruses and influenza*, New York, Academic Press, 270-316, p. 273; MILLAR, J.D. & OSBORN, J.E. (1977) "Precursors of the Scientific Decision-Making Process Leading to the 1976 National Immunization Campaign", en: OSBORN, J.E. (ed.) (1977) *History, science, and politics: Influenza in America, 1918-1976*, New York, Prodist, 15-27, p. 24; SHOPE, R.E. (1958) pp. 171-173. En base a esta teoría, cuando en 1976 se detectó la presencia de este virus de la influenza swine en el campamento de Fort Dix, que había producido algunos casos de gripe y la muerte de un soldado, se puso en marcha toda una operación que tenía como objetivo realizar una vacunación masiva contra la gripe, con el fin de evitar otra epidemia tan devastadora como la de 1918-19. En la decisión de iniciar esta campaña influyeron varios factores, entre ellos la situación política del país - próximo a unas nuevas elecciones presidenciales-, el miedo que estaba aún presente en buena parte de la sociedad americana, e indudablemente el deseo de demostrar la capacidad de la ciencia y la importancia de los científicos para luchar contra la gripe, consiguiendo de esta manera superar la sensación de fracaso que había acompañado a la pandemia de 1918-19. Sin embargo, la epidemia no estalló apenas y la vacunación se acompañó de varios problemas, siendo uno de los más graves los numerosos cuadros de Guillain-Barré que se produjeron. BERNSTEIN, B.J. (1985) "The Swine Flu Immunization Program", *Medical Heritage*, Jul/Aug 1985, 236-266; OSBORN, J.E. (ed.) (1977) *History, science, and politics: Influenza in America, 1918-1976*, New York, Prodist, 135 pp.; SPINK, W.W. (1978) *Infectious Diseases. Prevention and Treatemen in the Nineteenth and Twentieth Centuries*, University of Minnesota, pp. 45-46 y 217-219.

28. CROSBY, A.W. (1977) p. 6; CROSBY, A.W. (1989) p. 25; ENSLEY, P.C. (1983) p. 4; PYLE, G.F. (1986) p. 40; . Incluso en los propios barcos en los que eran trasladadas las tropas americanas estallaba la gripe, adquiriendo gran importancia en algunos casos, CROSBY, A.W. (1989), pp. 121-140. Este problema fue más frecuente y grave en el segundo brote, IVY, R.H. (1960) "The Influenza Epidemic of 1918. Personal Experience of a Medical Officer in World War I", *Military Medicine*, 125 (9), 620-622. Entre otros muchos testimonios del desarrollo de la epidemia de gripe en Europa con posterioridad a su aparición en Estados Unidos, se pueden considerar los siguientes: COMITÉ DE LA GRIPPE DU CONSEIL CONSULATIF DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE BRITANNIQUE EN FRANCE (1918) "Rapport sur l'épidémie de grippe dans les Armées britanniques en France en 1918", *British Medical Journal*, 3019, nov. 1918, p. 505, cfr. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, (1918), nº 12, 1423-1427, p. 1423; DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (1918) "Rapport présenté au Conseil Supérieur de Santé du Royaume d'Italie sur la pandémie grippale actuelle", *Il Policlinico (Sezione practica)*, XXVe année, fasc. 43, 27 octobre 1918, p. 1035, cfr. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène*

publique, (1918), XII (12), 1427-1429, p. 1427.

29. El origen asiático -China o Asia Central- de las pandemias gripales era una idea que estaba ya muy arraigada en 1918, cfr. PYLE, G.F. & PATTERSON, K.D. (1984) "Influenza diffusion in european history: patterns and paradigms", *Ecology of Disease*, 2 (3), 173-184, p. 173.

30. Según Vaughan, la epidemia gripal habría comenzado en la ciudad china de Patsebolong y se habría ido extendiendo por toda China hasta marzo de 1918, KOENEN, E. (1970), p. 9.

31. ADAMS, H.G. (1964) p. 400; PALMER, E. & RICE, G.W. (1992) p. 564; PETTIGREW, E. (1983) p. 5; PYLE, G.F. (1986) p. 40.

32. VAUGHAN, W.T. (1921), cit. por ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990), p. 53.

33. VAUGHAN, W.T. (1921) p. 80 y JORDAN, E.O. (1927) *Epidemic Influenza, a survey*, Chicago, pp. 74-75, cits. por ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) p. 55.

34. SÁNCHEZ del VAL, A. (1919) *Septicemia gripal*, Cartagena, p. 18; CHABAS, J. (1928), p. 21 (este autor se muestra partidario de relacionar la llegada de la epidemia a España con el retorno de los jornaleros españoles que habían acudido a Francia); CHABAS, J. (1958), p. 111.

35. MARTÍN SALAZAR, M. (1918) "La Grippe en Espagne" (Rapports dirigée à l'Office International d'Hygiène publique...), *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, X (8) (août 1918), 887-890, p. 887. Casi toda la prensa diaria participó de la misma opinión de Martín Salazar, ABC, *El Heraldo de Madrid*, del 22 de mayo de 1918.

36. COLLIER, R. (1974) p. 8. No he podido confirmar lo indicado por Collier, ya que el autor, que hasta ahora ha abordado con mayor amplitud el tema de la epidemia gripal en Guipuzcoa, ha limitado su estudio al segundo brote de la pandemia y no ha hecho ninguna mención al primero, URQUÍA ECHAVE, J.M. (1986) "La Pandemia Gripal de 1918 en Guipuzcoa", *Cuadernos de Historia de la Medicina Vasca*, 4, 37-86, pp. 37-38.

37. Por ello Jorge cuando dijo que los portugueses eran los únicos que podían hablar de un origen español de la epidemia, ya que a ellos sí que les había llegado a través de España. Este autor relacionó la llegada de la epidemia a Portugal con el retorno de trabajadores portugueses y con el movimiento de turistas que hubo con motivo de las fiestas de San Isidro en Madrid. JORGE, R. (1919) pp. 7 y 11.

38. Ya se ha indicado anteriormente que entre los que se opusieron a aceptar el origen español de la pandemia cabe citar a Netter, y entre los españoles a Chabás y Roselló, PIGA, A. y LAMAS, L. (1919), p. 54. Crosby también ha recogido

9 (4), 23-28, pp. 23-24; GALISHOFF, S. (1969) pp. 249-258; McQUEEN, H. (1975) pp. 565-570; PALMER, E. & RICE, G.W. (1992) pp. 561 y 574-575; "Epidemic influenza and the United States Public Health Service", *Publ. Health Rep.*, 33 (43) (25 de Octubre de 1918), la versión manejada se reprodujo bajo el título "The Influenza Pandemic of 1918", *Publ. Health Rep.*, 91 (4) (jul-agosto de 1976), pp. 378-382; SNAPE, W.J. & WOLFE, E.L. (1987) "Influenza Epidemic. Popular Reaction in Camden 1918-1919", *New Jersey Medicine*, 84 (3), 173-176, pp. 174-175; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 238-256; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) 138-150.

94. BETTEX, M. (1967) "La grippe de 1918 à La Tour-de-Peilz", *Révue Médicale de la Suisse Romande*, 87 (11), pp. 835-836, p. 835.

95. CROSBY, A.W. (1989) pp. 171-200.

96. Fue necesaria la preparación y distribución de comidas por grupos de voluntariado, CROSBY, A.W. (1989) p. 80.

97. La sociedad protestó contra la implantación de varias de las medidas adoptadas, y de una manera especial contra el uso de mascarillas, CROSBY, A.W. (1989) pp. 109-112; PETTIGREW, E. (1983) p. 115.

98. La prensa diaria madrileña, entre ellos: *ABC*, *El Heraldo de Madrid*, *El Socialista*, *El Sol* y *El Liberal*, se hizo eco casi día a día de la crisis de subsistencia durante los años 1918 y 1919.

III. UNA CIUDAD EN DIFICULTADES: HISTORIA NATURAL DE LA  
EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918-19 EN MADRID

Toda vez que en los capítulos anteriores se han expuesto tanto la historia de la gripe como las principales características y consecuencias que tuvo la pandemia gripal de 1918-19 en el mundo y en España, la exposición se centrará ahora en el desarrollo de dicha epidemia en la ciudad de Madrid.

III.1. *EL MADRID EN QUE ASENTÓ LA EPIDEMIA*



Para poder valorar de la forma más completa posible las características de la epidemia y su verdadero impacto en la villa de Madrid, resulta imprescindible conocer cómo se configuró dicha villa y poner de relieve cuáles fueron las condiciones en las que se encontraba esta ciudad cuando estalló la epidemia. A esta tarea se va a dedicar el presente capítulo.

### III.1.1. Un bosquejo del desarrollo urbanístico de la Ciudad

En palabras de Chueca Goitia, "Madrid [empezó] a tener existencia histórica, y quién sabe si existencia real, en cuanto ciudad urbanizada, en tiempos de la España musulmana"<sup>1</sup>, constando de dos recintos, la medina y su alcazaba. El sistema plural de captación de aguas establecido por los árabes y la topografía de Madrid condicionaron su crecimiento posterior por círculos tangentes y no de forma radioconcéntrica<sup>2</sup>. Dicho crecimiento se vio influido también por la existencia hasta 1868 de una muralla que, aunque sufrió diversas modificaciones<sup>3</sup>, dificultó siempre su expansión e impidió que ésta fuera planificada, siendo por ello responsable de buena parte de los defectos urbanísticos de la ciudad de Madrid. El traslado de la Corte a esta villa por Felipe II en 1556 y las modificaciones subsiguientes realizadas<sup>4</sup> propiciaron que, desde ese momento, Madrid se convirtiera "en una de las ciudades más sucias de Europa"<sup>5</sup>. El panorama urbano de nuestra capital se ensombreció aún más por la inmigración masiva que soportó desde finales del siglo XVI, y por el rápido

crecimiento que se produjo<sup>6</sup>. Felipe IV intentó limitar dicha inmigración construyendo una nueva cerca en 1625 y prohibiendo las edificaciones fuera de la misma. Todo esto no consiguió sino empeorar aún más la compleja situación urbanística existente, ya que provocó una disminución de edificios y un aumento del número de pisos de las casas que, al ser incapaz de absorber el crecimiento de la población, favoreció un mayor hacinamiento<sup>7</sup>.

Pero quizás el principal factor responsable de las numerosas deficiencias higienicourbanísticas, que Madrid presentaba en 1918, fue el escaso número de actuaciones en infraestructura que se realizaron a lo largo de los siglos, ya que hasta el reinado de Felipe V no se iniciaron las reformas de la ciudad, cobrando mayor importancia durante el de Carlos III. Fue en este momento cuando se acometieron algunas obras que, aunque no subsanaron todos los problemas existentes, dotaron de mayor comodidad y salubridad al vecindario<sup>8</sup>. No obstante, el primer plan serio para corregir las deficiencias de Madrid fue el elaborado por José I a principios del siglo XIX, aunque no pudo ser ejecutado completamente por las circunstancias políticas que concurrieron. Con Fernando VII se paralizaron totalmente las reformas y cobraron nuevamente un cierto impulso durante el reinado de Isabel II<sup>9</sup>. Entre las mejoras que se llevaron a cabo en el período isabelino, cabe destacar: la realización de plazas; la traída de agua del Lozoya<sup>10</sup>; el Plan de Alcantarillado según Real Orden de 1854; y el ensanche de Madrid, que, intentado desde 1846, sólo fue realidad en

1868<sup>11</sup>. Pero algunos proyectos fueron realizados sólo parcialmente y ciertas obras, imprescindibles para mejorar la salubridad de Madrid, quedaron postergadas, perpetuándose con ello la problemática higienicourbanística de esta ciudad<sup>12</sup>. De modo que, como se verá a continuación, en 1918, las condiciones de la ciudad de Madrid eran bastante similares a las de la centuria anterior.

### III.1.2. La situación urbana de Madrid en 1918

Las principales características de la ciudad de Madrid de 1918 que, para el objetivo de esta memoria, interesa destacar aquí son, por una parte, el modo en que estaba dividida a efectos administrativos, y, por otra, cuáles eran sus condiciones higienicourbanísticas. Ambos elementos resultan imprescindibles para evaluar la posible existencia de una mortalidad diferencial de los distritos madrileños frente a la epidemia de gripe de 1918-19. Pues bien, administrativamente, Madrid estaba formada por 10 distritos (Centro, Hospicio, Chamberí, Buenavista, Congreso, Hospital, Inclusa, Latina, Palacio y Universidad) resultantes de la división de 1902 (Gráfico 1.III.1.); y, por lo que se refiere a la situación higienicourbanística, la mayor parte de las deficiencias presentes en el siglo anterior, aún no se habían solventado. De modo que el hacinamiento de la población y la insalubridad de barrios y viviendas se presentaban como una de las problemáticas más acuciantes de esos momentos.

Oficialmente, la lucha contra la insalubridad se había

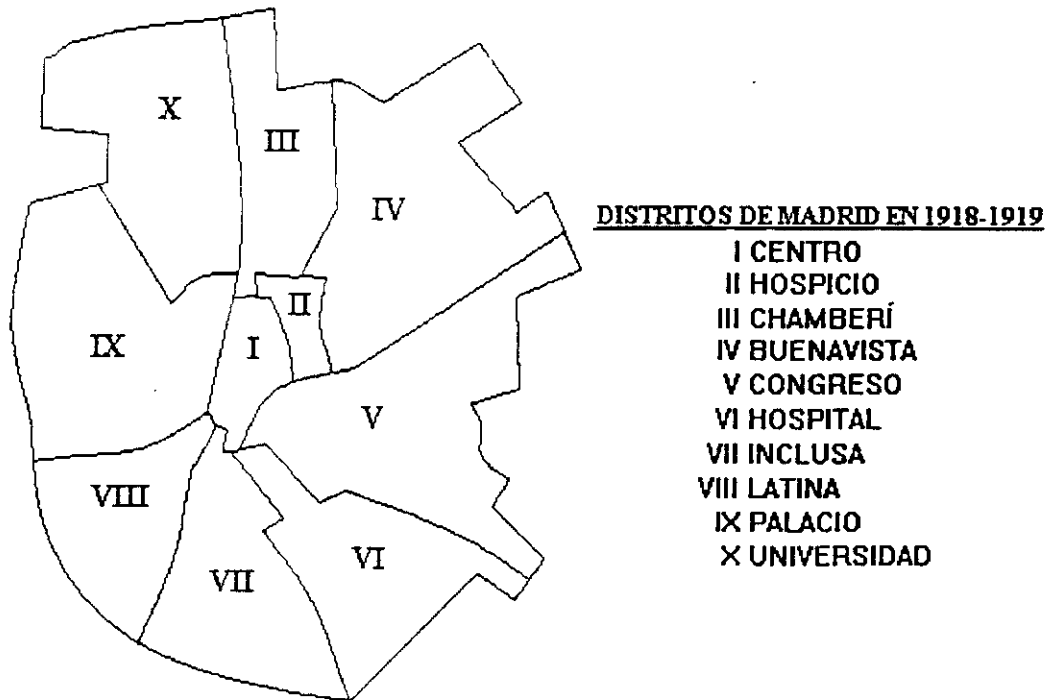


GRAFICO 1.III.1. DIVISION ADMINISTRATIVA DE LA CIUDAD DE MADRID DE 1902  
(vigente en 1918-19)  
Elaboración propia.

convertido en uno de los objetivos del Ayuntamiento de Madrid desde el Bando del 5 de octubre de 1898<sup>13</sup>, en el que, entre otras cosas, se establecía la obligatoriedad de que en todas las viviendas particulares -nuevas o ya edificadas- se construyeran redes de desagües que se debían conectar a la alcantarilla general, o de no existir ésta, a un pozo<sup>14</sup>. Pero ni este bando, ni las disposiciones complementarias que se dictaron posteriormente, tanto a nivel municipal como estatal<sup>15</sup>, fueron cumplidas masivamente. El Decreto de la Alcaldía Presidencia del 19 de abril de 1904, firmado por el Marqués de Lema, mostraba explícitamente esta situación al señalar que

"ni las completas disposiciones del bando de 1898 ni aun la más modesta y restringida de 1902, encaminadas al saneamiento de las casas, han sido cumplidas, sino en corto número de las mismas"<sup>16</sup>.

Este orden de cosas se modificó muy poco después de dicho decreto, pese a los intentos que se hicieron tanto por la vía legislativa como mediante la instauración de premios en metálico a las viviendas más salubres de nueva construcción en 1901, y a las mejor construidas y reformadas a partir de 1916<sup>17</sup>. Por ello, no debe extrañar que una de las cuestiones que la Junta Técnico Municipal de Salubridad e Higiene tenía planteadas en marzo de 1918, fuera la de la higiene de la vivienda, y como tal fue recogida en el Documento relativo a la profilaxis de las enfermedades infecciosas, que elaboró dicha Junta<sup>18</sup>. Esta situación se intentó corregir también, aunque sin mucho éxito, mediante diversas actuaciones

inmobiliarias de sociedades constructoras benéficas<sup>19</sup>.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta ahora, es lícito pensar que el Madrid de 1918 distaba poco de las descripciones realizadas con anterioridad por Hauser en 1902 y por Chicote en 1914. Según estos autores gran parte de las viviendas y habitaciones de Madrid eran insalubres, condición que Chicote atribuía a

"la disposición arquitectural defectuosa por estrechez de las calles y excesiva elevación de las casas; por su mala orientación y situación; por estar edificadas sobre terrenos saturados de humedad, sin sótanos que las defiendan de ella, o por estar construídas con materiales que la retienen; por el débil espesor de los muros que no pueden proteger contra las variaciones de temperatura; por la escasa altura de los techos y reducidas dimensiones de los cuartos, que así arrojan una cubicación insuficiente; por la mala disposición interior de las habitaciones, que con lamentable frecuencia carecen de luz solar y conveniente aireación; y, finalmente, por la falta de aislamiento con las atarjeas que provoca la impureza del aire con gases mal olientes y tóxicos (...) [Lamentable cuadro, al que habría que sumar] la suciedad y abandono del inquilino y el hacinamiento"<sup>20</sup>.

La mayor parte de estas viviendas y barrios insalubres se concentraban en los distritos de Inclusa, Hospital y Latina, cuyas calles carecían, en su mayoría, de alcantarillado; y cuyas casas, que no disponían de agua, luz y aire, estaban ocupadas por jornaleros y menesterosos, dada la menor cuantía de sus alquileres. Por su parte, los distritos de mejores condiciones higienicourbanísticas y alquileres más elevados eran Centro, Congreso y Buenavista, habitados por individuos con mejor situación economicosocial.

De modo que esa división administrativa de Madrid en distritos se asociaba, en cierta medida, a una peculiar estructuración horizontal de los mismos, tanto socioeconómica como higienicourbanística que, según Hauser y Chicote, se correspondía con una mortalidad diferencial ante la enfermedad, tanto ordinaria como epidémica<sup>1</sup>.

Como se verá posteriormente, todo este conjunto de carencias higienicourbanísticas se hizo más evidente con el estallido y desarrollo de la epidemia de gripe en 1918, siendo denunciado, entre otros, por los académicos Fernández Caro, Chicote y Gómez Ocaña ante la Real Academia de Medicina, y por la prensa diaria, especialmente por la prensa obrera<sup>2</sup>.

### III.1.3. La coyuntura politicosocial

Como ya señalé anteriormente, en nuestro país la nota dominante del bienio 1918-19 fue el permanente estado de crisis y las desfavorables condiciones socioeconómicas en las que se desarrolló la vida de la mayor parte de los españoles. Los madrileños también participaron de esa pésima situación general, aunque con algunas particularidades fruto de la propia y compleja problemática que tenía ya la ciudad de Madrid. Todo esto tuvo importantes implicaciones tanto en el desarrollo de la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid como en sus consecuencias, tal y como luego se mostrará en los epígrafes correspondientes. Por ello, merece la pena dedicar algunas líneas a reflejar cómo se encontraba la sociedad madrileña antes de ser alcanzada por la gripe de 1918-19.

El año 1918 se inició para Madrid con una nueva corporación municipal, resultante de las elecciones del 11 de noviembre de 1917 y presidida por José Francos Rodríguez (1862-1931), miembro del partido demócrata, que dimitió de su cargo a los pocos meses, siendo sustituido el 27 de abril de 1918<sup>23</sup> por Luis Silvela Casado (1865-1928), sobrino de Francisco Silvela y militante del partido liberal<sup>24</sup>. A la nueva corporación municipal le esperaban múltiples problemas, muchos ya antiguos, como por ejemplo la pésima situación higienicourbanística de la villa, comentada en las páginas precedentes. Casi tan antiguo como esto era el endeudamiento del municipio que no sólo no decrecía sino que cada vez alcanzaba cifras superiores. Las razones de esta situación había que buscarlas, según el concejal Calzado, en el mantenimiento de los mismos presupuestos municipales durante los últimos 20 años, a la par que los gastos crecían cada vez más, en buena medida por el gran número de obras que el Ayuntamiento debía acometer. Todo ello colocaba a Madrid en una situación vergonzosa, ya que, como reconoció dicho concejal, en esos momentos estaban paralizadas "obras tan importantes como la Necrópolis y el Matadero", y el Ayuntamiento no se podía ocupar "de la fabricación del pan y del Servicio de pompas fúnebres, ni siquiera (...) [de] la incautación de trigos"<sup>25</sup>.

Estas palabras muestran algunos de los acuciantes problemas del Madrid de 1918, a los que hay que sumar entre otros muchos, los siguientes: los problemas de suministro de gas y la falta de alumbrado público y privado subsiguiente,



por la escasez de carbón y su mala calidad<sup>26</sup>; el mal crónico de las subsistencias, que tuvo como exponente la problemática del pan, de la carne, del pescado, etc.<sup>27</sup>; la mendicidad, otra gran cuestión sin resolver, que se había intentado paliar, sin mucho éxito, "recogiendo" los mendigos en diversos campamentos, asilos, etc., situados en diferentes puntos de Madrid capital y provincia, proporcionándoles un trabajo, e incluso más tardíamente mediante el establecimiento de un impuesto municipal especial con el que se pretendía erradicar definitivamente la mendicidad<sup>28</sup>. A todo lo anterior había que sumar la caótica situación sanitaria en que nuestro país se encontraba en esos momentos, y que en el caso de Madrid tuvo ciertas peculiaridades que serán puestas de relieve en el siguiente epígrafe<sup>29</sup>.

Pues bien, todos estos conflictos operaron en mayor o menor medida sobre los 634.253 habitantes que componían la sociedad madrileña de esos momentos, que vivían repartidos entre los diez distritos que constituían la ciudad de Madrid<sup>30</sup>. El nivel de industrialización de esta villa no era muy alto respecto a otras capitales europeas, e incluso en relación con algunas ciudades de nuestro país, como por ejemplo las catalanas y las vascas<sup>31</sup>. Por lo tanto, no debe extrañar que el sector económico mayoritario fuera el terciario<sup>32</sup>, que en 1920 representaba el 49,5% de toda la actividad económica, el sector secundario<sup>33</sup> constituía el 42,8% de la misma, mientras que el primario<sup>34</sup> suponía sólo el 5,6%. Mientras que en Barcelona, el sector económico mayoritario en esa misma fecha era el secundario que, frente

al 37,2% del terciario, agrupaba el 53,3% de la actividad económica<sup>35</sup>. Gloria Nielfa ha señalado también el menor número de propietarios y rentistas que había en Madrid respecto a Barcelona y a otras ciudades; igualmente ha llamado la atención sobre el gran peso que tuvo el servicio doméstico dentro del sector terciario, no disminuyendo de modo importante hasta 1930. Asimismo, ha puesto de relieve cómo la estructura social y ocupacional fue modernizándose, aunque conservando ciertos rasgos peculiares, entre ellos, el ser un lugar de recepción de emigrantes de otras provincias y el ofertar permanentemente un exceso de mano de obra frente a una débil demanda<sup>36</sup>.

Con respecto a la estructuración social y ocupacional de los distintos distritos de Madrid, Gloria Nielfa, basándose en datos del Ayuntamiento de Madrid correspondientes a 1910, ha indicado que las clases acomodadas vivían sobre todo en Centro, Congreso, Buenavista, Hospicio y en menor medida en Palacio, mientras que las clases proletarias se repartían en dos núcleos: uno al norte, en los distritos de Universidad y Chamberí; y otro en el sur, en los distritos de Latina, Hospital e Inclusa (Gráfico 2.III.1.). Es importante tener en cuenta que además de esta estructuración social horizontal existía una importante estructuración vertical en cada edificio<sup>37</sup>. Por su parte, Antonio Fernández, utilizando las cifras de mortalidad de 1916, ha clasificado los distritos madrileños de modo algo diferente, distinguiendo los tres niveles siguientes: el nivel más favorable, que correspondería a los distritos Centro, Hospicio, Buenavista y Palacio; el

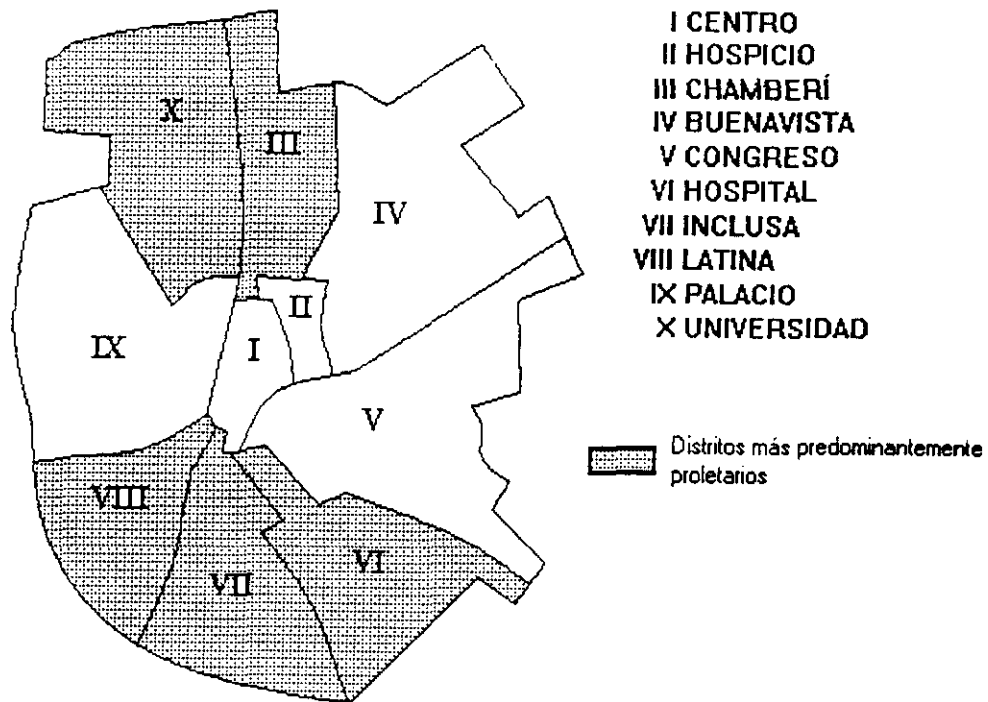


GRAFICO 2.III.1. DISTRIBUCION PREFERENTE DEL PROLETARIADO EN LA CIUDAD DE MADRID EN 1910.

Fuente: Nielfa Cristobal, G. (1985) Los sectores mercantiles en Madrid en el primer tercio del siglo XX, Madrid.

Elaboración propias

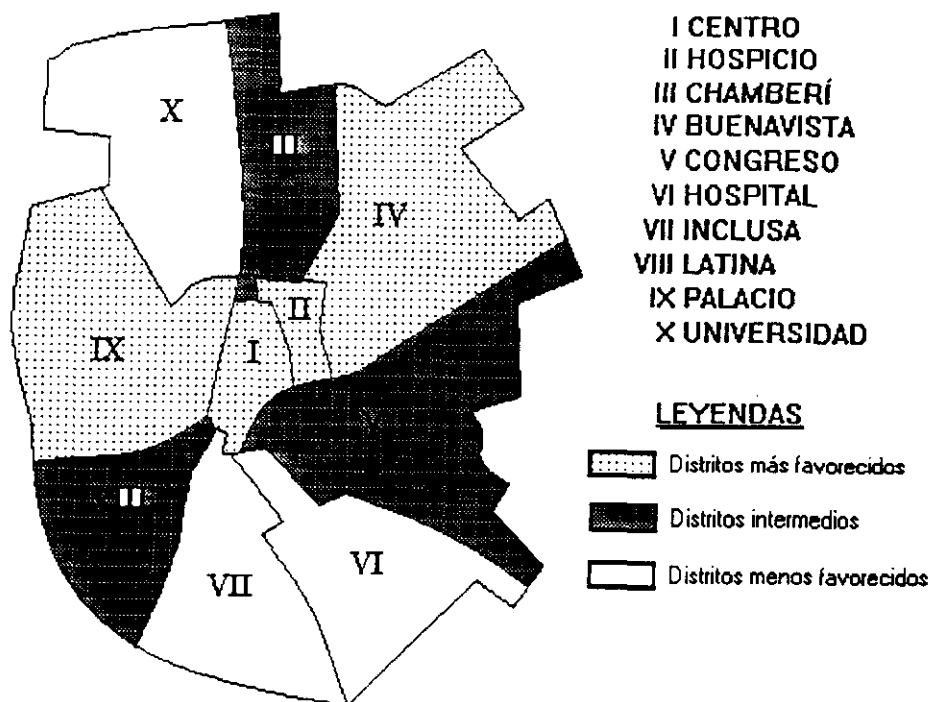


GRAFICO 3.III.1. LOS DISTRITOS DE MADRID SEGUN EL STATUS SOCIOECONOMICO DE SUS HABITANTES.

Fuente: Fernández García, A. (1989) "La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico"...

Elaboración propia.

nivel intermedio, constituido por Chamberí, Congreso y Latina; y el nivel menos favorecido, formado por Universidad, Hospital e Inclusa<sup>38</sup> (Gráfico 3.III.1.).

Por mi parte y como un intento más de ofrecer mayor información en relación con la estructuración social y ocupacional de los distritos madrileños en el bienio 1918-19, he consultado la Estadística del Trabajo del Anuario de 1919, publicado por la Junta local de Reformas sociales del Ayuntamiento de Madrid. En base a los datos allí contenidos he confeccionado los cuadros 1.III.1, 2.III.1. y 3.III.1., que corresponden respectivamente a la distribución por distritos de comercios, industrias y obreros. En dicha estadística municipal se advierte que el número de censados en cada uno de los supuestos es totalmente ridículo, siendo muy inferior a las cifras reales<sup>39</sup>. No obstante, me ha parecido interesante incluirlo a modo orientativo, y como tal deben tomarse dichos datos.

El cuadro 1.III.1. pone de relieve que casi la mitad de los comercios se encontraban concentrados en los cuatro distritos siguientes: Centro, Latina, Hospicio y Buenavista (Gráfico 4.III.1.)<sup>40</sup>. Pues bien, tres de estos cuatro distritos han sido considerados por Gloria Nielfa y Antonio Fernández como distritos de condiciones más favorables y en los que preferentemente vivían las clases acomodadas.

El cuadro 2.III.1. muestra cómo los cuatro distritos que concentraban casi el 50% de las industrias madrileñas en esos momentos eran por orden decreciente los siguientes: Centro, Chamberí, Congreso y Buenavista (Gráfico 5.III.1.).

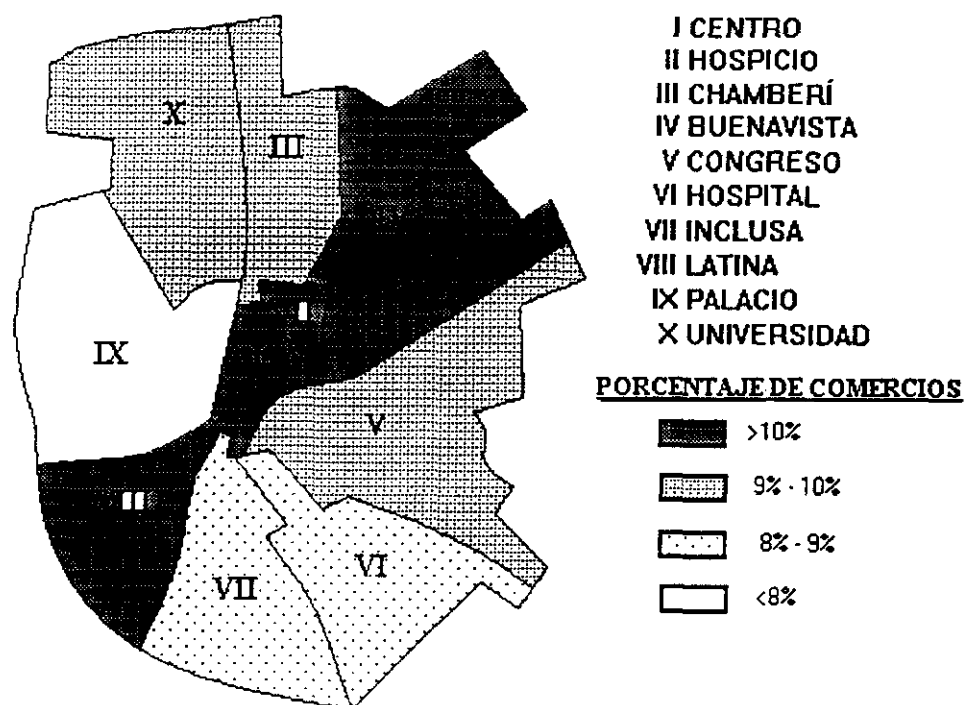


GRAFICO 4. III. 1. DISTRIBUCION POR DISTRITOS DE LOS COMERCIOS EN 1919 .  
 Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1920) Estadística del Trabajo. Anuario de 1919, Madrid, Impr. municipal.  
 Elaboración propia.

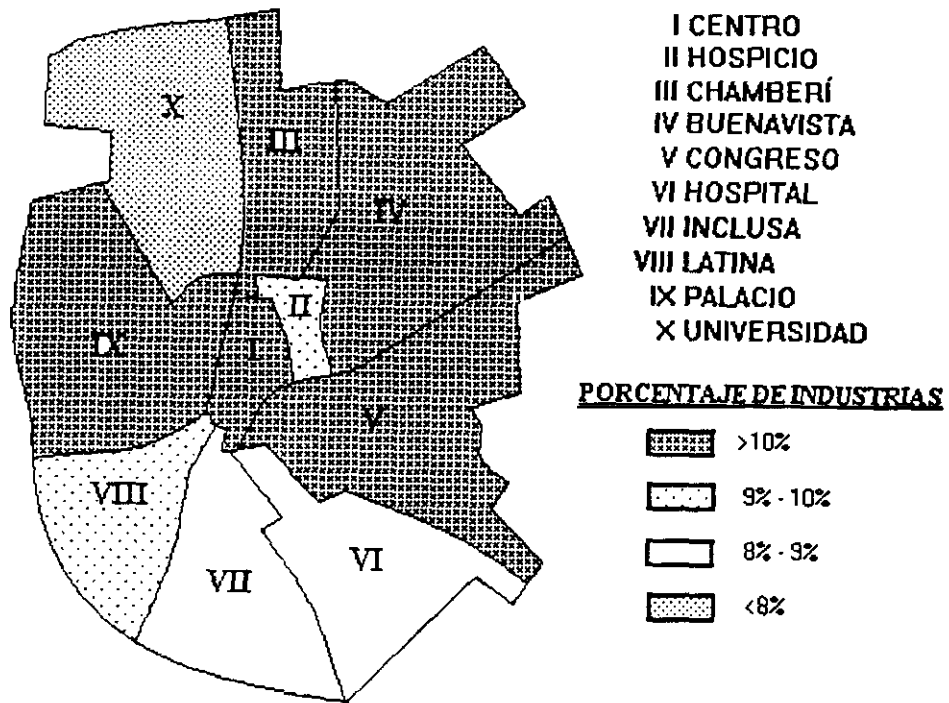


GRAFICO 5. III. 1. DISTRIBUCION POR DISTRITOS DE LAS INDUSTRIAS EN 1919.  
 Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1920) Estadística del Trabajo. Anuario de 1919, Madrid, Impr. municipal.  
 Elaboración propia.

CUADRO 1.III.1.- DISTRIBUCIÓN DE COMERCIOS POR DISTRITOS<sup>1</sup>

DISTRITOS	NUMERO TOTAL DE COMERCIOS	PORCENTAJE
CENTRO . . . . .	1334 . . . . .	13,29%
HOSPICIO . . . . .	1122 . . . . .	11,18%
CHAMBERÍ . . . . .	952 . . . . .	9,49%
BUENAVISTA . . . . .	1078 . . . . .	10,74%
CONGRESO . . . . .	949 . . . . .	9,46%
HOSPITAL . . . . .	833 . . . . .	8,30%
INCLUSA . . . . .	901 . . . . .	8,98%
LATINA . . . . .	1138 . . . . .	11,34%
PALACIO . . . . .	802 . . . . .	7,99%
UNIVERSIDAD . . . . .	951 . . . . .	9,48%
TOTAL . . . . .	10036 . . . . .	100%



CUADRO 2.III.1.- DISTRIBUCIÓN DE INDUSTRIAS POR DISTRITOS<sup>42</sup>

DISTRITOS	NUMERO TOTAL DE INDUSTRIAS	PORCENTAJE
CENTRO . . . . .	382 . . . . .	13,08%
HOSPICIO . . . . .	282 . . . . .	9,66%
CHAMBERÍ . . . . .	376 . . . . .	12,88%
BUENAVISTA . . . . .	320 . . . . .	10,96%
CONGRESO . . . . .	348 . . . . .	11,92%
HOSPITAL . . . . .	245 . . . . .	8,39%
INCLUSA . . . . .	237 . . . . .	8,12%
LATINA . . . . .	264 . . . . .	9,04%
PALACIO . . . . .	300 . . . . .	10,27%
UNIVERSIDAD . . . . .	166 . . . . .	5,68%
TOTAL . . . . .	2920 . . . . .	100%

CUADRO 3.III.1.- DISTRIBUCIÓN DE OBREROS POR DISTRITOS<sup>43</sup>

DISTRITOS	NUMERO TOTAL DE OBREROS	PORCENTAJE
CENTRO . . . . .	952 . . . . .	4,83%
HOSPICIO . . . . .	1092 . . . . .	5,54%
CHAMBERÍ . . . . .	2503 . . . . .	12,70%
BUENAVISTA . . . . .	1981 . . . . .	10,05%
CONGRESO . . . . .	1316 . . . . .	6,67%
HOSPITAL . . . . .	2301 . . . . .	11,67%
INCLUSA . . . . .	2434 . . . . .	12,35%
LATINA . . . . .	2457 . . . . .	12,46%
PALACIO . . . . .	1304 . . . . .	6,61%
UNIVERSIDAD . . . . .	2860 . . . . .	14,51%
TOTAL . . . . .	19715 . . . . .	100%

Y por su parte, el cuadro 3.III.1. pone de relieve que el 63,69% de los obreros se concentraban en los cinco distritos siguientes, por orden decreciente: Universidad, Chamberí, Latina, Inclusa y Hospital (Gráfico 6.III.1.). Estos cinco distritos constituían, según Gloria Nielfa, las zonas proletarias norte y sur; y para Antonio Fernández formaban parte de los niveles menos favorecido e intermedio.

Así pues, parece existir una cierta concordancia entre los diferentes datos y autores en cuanto a la estructuración social y ocupacional de los distritos del Madrid del bienio 1918-19. Dicha estructuración se podría resumir diciendo que la mayor parte, tanto de las clases acomodadas como de los comercios e industrias, se concentraban en los distritos más favorecidos y en los de nivel intermedio -Centro, Buenavista, Congreso, Hospicio, Latina y Chamberí, sobre todo-, mientras que la mayoría de los obreros se alojaban en los distritos menos favorables y en algunos de los intermedios -Universidad, Chamberí, Latina, Inclusa, y Hospital, especialmente-.

#### III.1.4. La organización sanitaria

Con el fin de completar la imagen del Madrid de 1918 resulta necesario mostrar cuáles eran los medios con que contaba el municipio de Madrid para enfrentarse a un suceso epidémico. Éste será el propósito de los epígrafes que se desarrollarán a continuación. En ellos se abordarán los siguientes temas: la situación sanitaria de nuestro país antes de ser alcanzado por la pandemia de gripe de 1918-19; las

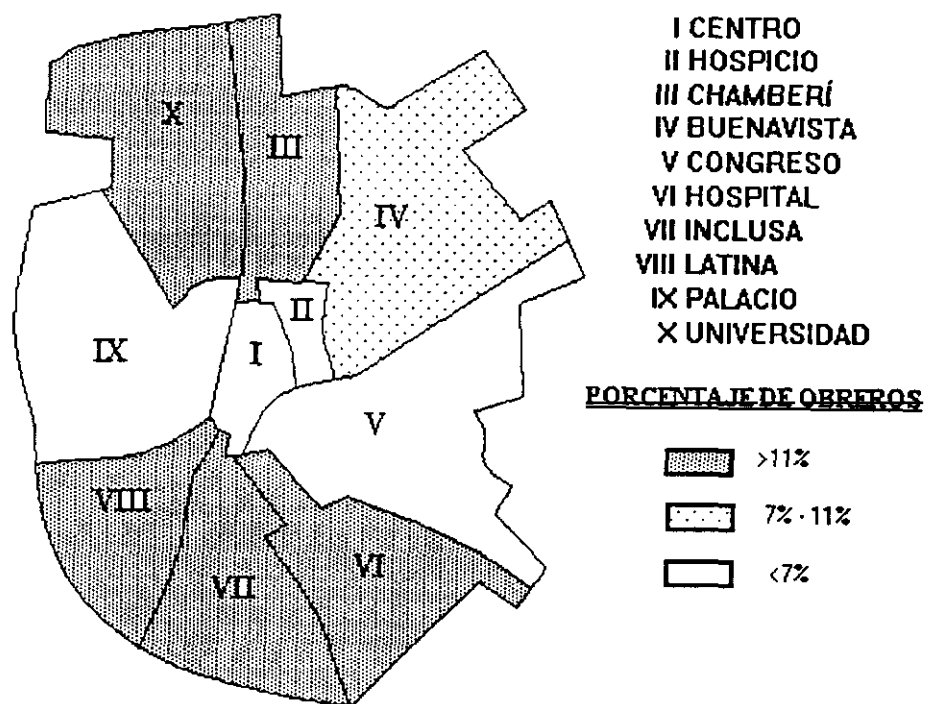


GRAFICO 6.III.1. DISTRIBUCION POR DISTRITOS DE LOS OBREROS EN 1919.  
 Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1920) Estadística del Trabajo. Anuario de 1919, Madrid, Impr. munic.  
 Elaboración propia.

insuficiencias legislativas en materia de Sanidad y los intentos hechos para corregirlas; la organización sanitaria existente referente a la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas y las epidemias en España y en el municipio de Madrid; los medios con que contaba dicha ciudad para procurar asistencia sanitaria y social a sus habitantes. Cuando finalice la exposición de todo esto, se contará con los elementos necesarios para poder comprender posteriormente con más facilidad las reacciones que suscitó la epidemia de gripe de 1918-19 en los distintos estamentos de la sociedad madrileña del momento.

#### III.1.4.1. Un marco legislativo inadecuado

Según Rodríguez Ocaña, las ideas economicistas, nacionalistas y racistas que operaron sobre la sociedad española desde las últimas décadas del siglo XIX hicieron posible que se comenzara a tomar conciencia de nuestra mala situación sanitaria, y que se considerara ésta como un asunto que demandaba una solución inmediata. Nuestra elevada mortalidad, sobre todo infantil, cobró mayor importancia, dado el gran valor que adquirió la vida humana, entendida como fuerza de trabajo y como el principal elemento que permitía perpetuar la raza y engrandecer la patria<sup>44</sup>. La conjunción de todas estas ideas con el delicado momento político que se vivía, muy poco jalonado por los éxitos, y con la importancia creciente que fueron tomando las ideas regeneracionistas en nuestro país a partir de 1898, propició un discurso político

y, en buena medida, médico, en el que nuestra elevada mortalidad era considerada como la responsable de nuestra ruina como Nación<sup>45</sup>.

Este discurso permitió a algunos médicos -Hauser (1832-1925), Pulido (1853-1932), Martín Salazar (1854-1936), entre los más destacados- denunciar nuestra pésima situación sanitaria y manifestar la necesidad de acometer profundas reformas<sup>46</sup>. Éstas se debían iniciar con la promulgación de una nueva Ley de protección de la Salud Pública, adaptada a los principios de la nueva ciencia médica. Así, para Hauser la aprobación de dicha ley sería "un paso muy grande y trascendental en la vía del progreso"<sup>47</sup>. Pero la caída de los Gobiernos e incluso el obstáculo que algunos médicos ejercieron, impidieron que fueran atendidas esas peticiones<sup>48</sup>, y únicamente fue posible aprobar la Instrucción general de Sanidad de 1904, por acuerdo entre Cortezo (1850-1933) y Maura (1853-1925)<sup>49</sup>. Aunque algunos autores valoraron esta Instrucción como el "primer Código fundamental de Higiene pública que [existió] en nuestra Patria"<sup>50</sup>, otros mantuvieron una actitud más crítica frente a dicha Instrucción<sup>51</sup>.

A pesar de sus cuarenta años de vigencia, con sólo algunas modificaciones, esta Instrucción se reveló insuficiente para corregir toda nuestra problemática sanitaria, y nuestra mortalidad continuó siendo muy elevada, tal y como pusieron de manifiesto los primeros resultados fiables del Instituto Geográfico y Estadístico<sup>52</sup>. Además su carácter de Instrucción y no de ley impidió que parte de su contenido, especialmente lo relativo a la Estadística

sanitaria, fuera cumplido totalmente<sup>53</sup>. Todo esto impulsó nuevos intentos de reforma, canalizados en esta ocasión a través del Proyecto de ley de epidemias que elaboró Martín Salazar. Con él se pretendía disminuir nuestras cifras de mortalidad, ya que de una buena parte de las mismas eran responsables las enfermedades infecciosas y/o epidémicas, e iniciar la reforma de la Sanidad española, su modernización<sup>54</sup>. Pero esta ley de epidemias no pasó de ser un mero proyecto de los años 1914, corriendo peor suerte que la Ley de epizootias, que fue aprobada en 1914<sup>55</sup>. Por ello, cuando nuestro país fue alcanzado por la pandemia gripal de 1918-19, seguía vigente la Instrucción general de Sanidad de 1904, y nuestra pésima situación sanitaria, que no había sido corregida, adquirió caracteres más dramáticos, poniéndose de relieve una vez más, tal y como se mostrará en la parte correspondiente de la presente memoria, lo necesitada que estaba nuestra Sanidad de profundas reformas<sup>56</sup>.

Otra de las reformas, que seguía pendiente en 1918, era la creación de un Ministerio de Sanidad. Esto había sido propuesto por Hauser en 1884, de nuevo había sido solicitado en 1910, durante el I Congreso español internacional de tuberculosis (Barcelona), también Bercial lo propuso en 1916, pero ninguna de estas demandas habían sido atendidas<sup>57</sup>. Por ello, cuando estalló la epidemia en nuestro país, "los servicios de Sanidad e Higiene pública [continuaban] bajo la vigilancia del Ministerio de la Gobernación"<sup>58</sup>. La falta de un ministerio propio suponía en sí mismo un reto ante una epidemia, reto aún mayor si, como en este caso, las

competencias sanitarias recaían en el Ministerio de la Gobernación y, coincidiendo en el tiempo con el desarrollo de la epidemia gripal, se registraron importantes asuntos de orden público en distintos puntos de nuestro país, que precisaban también de una actuación inmediata<sup>59</sup>. La conjunción de todos estos factores con nuestra insuficiente organización sanitaria sirvieron para poner de relieve, una vez más, la necesidad de crear un Ministerio de Sanidad en 1918<sup>60</sup>.

#### III.1.4.2. Unas normas para la actuación en caso de epidemias

Como se acaba de ver, todos los intentos que se hicieron por aprobar una nueva Ley de Sanidad más moderna resultaron infructuosos, de la misma manera que la mayoría de las reformas que se pretendieron, quedaron aplazadas indefinidamente. Por lo tanto, cuando estalló la epidemia de gripe en Madrid en mayo de 1918, todo lo relativo a la Sanidad Pública seguía estando regulado por la Instrucción general de Sanidad de 1904; y, al no existir un Ministerio de Sanidad, era el Ministerio de la Gobernación el que, según ordenaba la Instrucción de Sanidad vigente, tenía las competencias en materia sanitaria. A lo largo de este epígrafe me voy a ocupar únicamente de los artículos y aspectos de dicha Instrucción más directamente relacionados con el desarrollo y consecuencias de la epidemia de gripe de 1918-19, objetivos principales de esta memoria. El orden que voy a seguir en mi exposición será el siguiente: en primer lugar, comentaré lo relativo a la organización consultiva; en segundo lugar,



señalaré las diferentes actuaciones previstas ante una situación de epidemia; en tercer lugar, indicaré los principales problemas que se podrían suscitar ante un hecho epidémico real; y finalmente, mostraré cuáles eran las competencias que sobre dicho tema tenía el Ayuntamiento, y las peculiaridades que tenía su organización sanitaria.

#### III.1.4.2.1. Organización consultiva

Como he indicado anteriormente, todas las competencias en materia sanitaria recaían en el ministro de la Gobernación y en su ministerio. Después de recordado esto y teniéndolo siempre presente, procede indicar, a continuación, cómo actuaba el Gobierno ante un problema de Salud Pública -por ejemplo una epidemia-. Para tales casos, tenía a su disposición una organización consultiva formada por el Real Consejo, la Junta Provincial y la Junta Municipal de Sanidad. Podía solicitar asimismo informes, exclusivamente técnicos, a la Real Academia de Medicina, a las Academias de distrito universitario y a cualquier otra autoridad profesional o científica, individual o colectiva<sup>61</sup>. Por su parte, en el Real Consejo de Sanidad existía una comisión o sección dedicada específicamente a "epidemias y epizootias"<sup>62</sup>. Otro aspecto de la Instrucción general de Sanidad de 1904 que merece ser comentado es la regulación, tanto de la declaración de una situación de epidemia como de las diversas actuaciones a desarrollar ante tal eventualidad<sup>63</sup>.

#### III.1.4.2.2. Actuaciones previstas ante una situación de epidemia

Ante la sospecha de una epidemia, correspondía a la Real Academia de Medicina establecer si la enfermedad pertenecía al grupo 1º, formado por "las [enfermedades] exóticas y las de naturaleza aún no conocida, pero de gran mortalidad", o al grupo 2º, constituido por "las que [significasen] exacerbación epidémica o reaparición de males e infecciones que periódica u ocasionalmente se [presentan] en nuestros climas"<sup>64</sup>. Una epidemia de gripe pertenecería al segundo grupo, por ello lo primero era percatarse del aumento habido en el número de casos de gripe. Esto, al menos teóricamente, no era muy difícil, ya que la gripe, desde el Real Decreto del 31 de octubre de 1901, era una enfermedad de declaración obligatoria, y esto se había mantenido también en la Instrucción general de Sanidad de 1904<sup>65</sup>. Sin embargo, esta obligación apenas fue cumplida durante la epidemia, tal y como manifestó Martín Salazar ante la Real Academia de Medicina<sup>66</sup>. Pero por pertenecer la gripe al segundo grupo de enfermedades epidémicas, para que el Gobierno hiciera la declaración oficial de una epidemia de dicha enfermedad no necesitaba el dictamen del Real Consejo de Sanidad, sino que "[bastaba] el informe del Inspector municipal y de la Junta municipal de Sanidad, con comunicación al Inspector provincial, para que éste lo [trasladase] a la Junta respectiva y al Gobernador de la provincia"<sup>67</sup>. No obstante,

"desde la denuncia de los primeros casos, hasta la confirmación y declaración oficial de la epidemia, los Inspectores y las Autoridades [debían adoptar], desde luego, las medidas convenientes, dando cuenta diaria de ellas, y del curso del mal, al Inspector provincial, quien [exigiría] este servicio y [corregiría] omisiones"<sup>68</sup>.

Este requisito no siempre fue cumplimentado, particularmente en los pueblos, donde los alcaldes hacían caso omiso del informe del médico titular, se negaban a admitir la existencia de la epidemia en dicha localidad y rehusaban tomar ningún tipo de medidas para combatirla<sup>69</sup>.

Asimismo,

"una vez declarada la existencia de epidemia en una localidad o comarca, el Gobierno, los Gobernadores y los Alcaldes [podían] disponer de los servicios facultativos de cuantos [ejercieran] profesiones sanitarias, así para la indagación de los hechos, como para circunscribir el azote y procurar asistencia o preservación a los pobres, teniendo en cuenta la notoria urgencia del servicio"<sup>70</sup>.

Por su parte, las Autoridades gubernativas, antes citadas,

"[podían] suspender o sustituir a los Facultativos que siendo funcionarios no mostraran el debido celo en el cumplimiento inmediato en las disposiciones sanitarias"<sup>71</sup>.

Además la declaración oficial de epidemia en una localidad implicaba que

"los Inspectores municipales [debían] hacer diariamente la declaración de los casos de que [alcanzasen] noticia, y de su término, enviándola al Subdelegado, y éste, si

la epidemia existiera en varios pueblos, [debía remitir] los datos especiales de cada uno al Inspector provincial todas las semanas, a no ser que por el mismo le fueran exigidos con mayor frecuencia. La Comisión de estadística [debía registrar] aparte la marcha y detalles de cada epidemia"<sup>72</sup>.

La sobrecarga asistencial de los médicos dificultó el cumplimiento de estas obligaciones. En el caso de los médicos titulares el exceso de trabajo se sumaba a las dificultades que tenían para percibir su salario de los municipios, y a su falta de independencia de las autoridades locales, haciéndose todavía más difícil que cumplieran con todas sus obligaciones. Todo esto unido al complejo modo de transmitir las informaciones relativas a la epidemia hizo que las noticias oficiales sobre el desarrollo de la misma normalmente estuvieran desfasadas respecto a su marcha real, siendo además imposible conocer su morbilidad exacta en la mayoría de los lugares<sup>73</sup>.

Otra de las medidas que podía tomar el Gobierno era nombrar

"las Comisiones investigadoras que [estimara] convenientes, en los casos de duda acerca de la índole epidémica de una enfermedad existente, dentro o fuera del Reino. Estas Comisiones se [debían] formar con individuos propuestos por el Real Consejo de Sanidad. También podía el Gobierno adoptar las medidas complementarias y urgentes, que, oído el Real Consejo, [estimase] convenientes para la defensa sanitaria"<sup>74</sup>.

Concluida la epidemia, era preciso declarar su término oficialmente. Para ello se necesitaba previamente que el

Inspector comunicase a la Junta provincial que no existía caso alguno, y "transcurridos los plazos señalados en los Convenios internacionales o en los Reglamentos de Sanidad exterior, [debía informar] en consecuencia la Junta provincial, y [debía dictaminar] el Real Consejo de Sanidad"<sup>75</sup>.

#### III.1.4.2.3. Problemas ante un hecho epidémico real

De lo expuesto hasta ahora referente a la declaración de una epidemia y a las medidas que debían ponerse en marcha ante la misma, llaman la atención varias cosas. Por un lado, es evidente que el proceder, aunque sencillo sobre el papel, era bastante complejo en la práctica al estar implicados diferentes profesionales e instituciones, siendo difícil coordinar sus actuaciones. Como se ha visto uno de los primeros problemas era lograr que los médicos cumplieran con el requisito de la declaración obligación de los casos de gripe, cosa que no se hizo tanto por falta de costumbre como por las propias características de la epidemia.

Por otro lado, una de las piezas claves de dicho procedimiento eran los inspectores municipales, es decir, los médicos titulares, profesionales que, en esos momentos, como se verá seguidamente, no se encontraban en las condiciones más adecuadas para añadir buen número de obligaciones administrativas a su sobrecargada actividad asistencial, secundaria a la propia situación epidémica. Estos facultativos veían dificultadas sus actuaciones por la falta real de autoridad y su dependencia de las autoridades locales que, en

muchos casos, ni siquiera les abonaban sus haberes y además ponían numerosas trabas al desarrollo de sus actividades. Responsable de esta situación era la legislación sanitaria vigente y la escasa atención que el Gobierno prestaba a sus demandas, entre las que figuraba la de ser pagados directamente por el Estado, con lo que se aseguraban el cobro de su salario y lograban una independencia en sus actuaciones. Precisamente en el bienio 1918-19 este conflicto de los médicos titulares adquirió mayor gravedad, estallando en 1919 en Jerez, desencadenándose la huelga de estos profesionales<sup>76</sup>.

Hay que señalar que tanto en la Instrucción general de Sanidad de 1904 (art. 157) como en la Ley General de Sanidad de 1855 (arts. 74, 75 y 76) se contemplaba la concesión y el abono de pensiones para "las viudas y los huérfanos de los Facultativos e Inspectores que [fallecieran] a consecuencia de cualquier servicio extraordinario con ocasión de epidemia", así como para los "Facultativos inutilizados por igual causa"<sup>77</sup>. Sin embargo, a pesar de estar reconocidas legalmente las distintas pensiones, el retraso habido en la declaración oficial del Estado de epidemia y la coincidencia de la pandemia gripal de 1918-19 con unas desfavorables circunstancias sociopolíticas durante el bienio 1918-19, tanto en Madrid como en el país entero, hizo más difícil el cumplimiento de la normativa vigente. Desde las instancias oficiales se obstaculizó tanto la concesión como el pago de dichas pensiones, y éstas se constituyeron en una de las principales reivindicaciones de los facultativos<sup>78</sup>.

#### III.1.4.2.4. Competencias del Ayuntamiento de Madrid y organización frente a las epidemias

La Instrucción de Sanidad vigente regulaba las competencias que el municipio de Madrid tenía frente a las epidemias, así como algunos aspectos generales de su organización sanitaria, y mediante el Reglamento de Higiene, que había sido aprobado por la Junta municipal, se introducían las peculiaridades necesarias en la lucha contra las enfermedades infecciosas y/o epidémicas con el fin de adaptarse a las condiciones de la villa de Madrid<sup>79</sup>. Algunas de estas peculiaridades serán comentadas más adelante, después de exponer los aspectos más generales.

Como en cualquier otro municipio, las declaraciones de los casos de gripe debían ser enviadas al Inspector municipal; por su parte un informe de dicho Inspector y seguidamente un informe de la Junta municipal de Sanidad constituían el primero y segundo paso, respectivamente, para iniciar el proceso tendente a declarar oficialmente el estado de epidemia en una localidad. Los Inspectores municipales eran también los responsables de proporcionar los datos para la elaboración de las Estadísticas sanitarias, una vez que se hubiera declarado oficialmente la epidemia; pero además, estos mismos inspectores eran los encargados de emitir los informes sobre el desarrollo de la epidemia, sobre las medidas adoptadas, etc., desde la aparición de los primeros casos de la enfermedad epidémica. Por su parte, el Alcalde podía disponer de todos los facultativos durante una epidemia, pudiendo

sancionar o retirar del servicio a los que no cumplieran con su deber.

Además, como todos los Ayuntamientos estaba obligado a disponer, "en proporción con sus recursos, [de] un local preparado para aislamiento de los primeros casos de epidemia, así como los medios de desinfección que como asequibles designe el Real Consejo de Sanidad"<sup>80</sup>. También correspondía a la higiene municipal "las precauciones y medidas para evitar enfermedades epidémicas, contagiosas o infecciosas; desinfecciones, aislamientos y demás análogas"<sup>81</sup>. Todo esto debía estar regulado, según ya se ha indicado, en el Reglamento municipal de Higiene que cada Ayuntamiento debía aprobar a propuesta de la Junta municipal de Sanidad<sup>82</sup>. En dicho Reglamento, figuraban detalladas las prescripciones de higiene local referentes a la evitación de las enfermedades epidémicas, contagiosas o infecciosas; así mismo, en dicho Reglamento se debían "especificar los deberes y funciones de Autoridades y Corporaciones y de los vecinos, en casos de epidemia o epizootia, declarada que sea conforme al capítulo XII de esta Instrucción"<sup>83</sup>.

En el momento de estallar la epidemia, en el municipio de Madrid, las competencias sobre las enfermedades epidémicas, contagiosas e infecciosas recaían específicamente, entre otros organismos, en la Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene de Madrid<sup>84</sup>. En dicha Junta se habían introducido, en 1917, algunas modificaciones en su organización sanitaria, así, mediante el Decreto del 13 de noviembre de 1917 se había creado un servicio de Inspección Médica Municipal que estaba



encargado "de la Higiene de la vivienda y de cuanto [atañía] a la *evitación de las enfermedades infecto-contagiosas* [y] que [debía] estar en constante relación con las Subdelegaciones y la Inspección Provincial de Sanidad a los efectos de lo prevenido en la vigente Instrucción General"<sup>85</sup>. Formaban parte de este servicio diez Inspectores de Salubridad e Higiene, el Secretario de la Junta Técnica de Salubridad e Higiene y el Director Jefe del Laboratorio Municipal, disponiendo de un Cuerpo de Policía Sanitaria (compuesto por el número de individuos que reclamaran las necesidades) como elemento auxiliar. Las funciones de los Médicos Inspectores de Salubridad e Higiene eran "la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas y la Higiene de la vivienda". El Secretario de la Junta Técnica de Salubridad e Higiene se constituía en Jefe de los Inspectores Municipales y actuaría de nexo entre el servicio de éstos y el Laboratorio, correspondiendo al Director del Laboratorio Municipal "la organización y funcionamiento del servicio en todos sus aspectos, así como la ejecución de las disposiciones que [adoptasen] los Inspectores a consecuencia del resultado del ejercicio de su cometido"<sup>86</sup>.

Como un complemento de todo lo anterior el 16 de enero de 1918 fueron aprobadas por el Gobernador de la provincia las Bases Complementarias a este decreto de 13 de noviembre de 1917, quedando de esta manera más desarrollado todo lo relativo al servicio de la Inspección Médica Municipal<sup>87</sup>. Todo esto quedaba completado con un conjunto de Instrucciones elementales que debían tener presentes y practicar los

Policías Sanitarios al servicio de la Inspección Médica Municipal. En dichas Instrucciones se enumeraban las enfermedades contagiosas, infecciosas e infectocontagiosas, entre ellas la "grippe", y además se señalaban los modos de realizar la profilaxis y defensa contra dichas enfermedades, que, básicamente, consistían en la declaración del caso a las autoridades, el aislamiento del enfermo y las prácticas de desinfección<sup>88</sup>.

Por lo tanto, como se ha visto, unos meses antes de iniciarse la epidemia, la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas había cobrado mayor protagonismo en el municipio de Madrid, materializándose dicho interés en la creación de un organismo -la Inspección Médica Municipal- dedicado específicamente a este tema y a la higiene de la vivienda. Todo esto implicaba la introducción de ciertas modificaciones a nivel organizativo-sanitario, siendo quizás lo más llamativo el mayor papel que se confería, en esos momentos, al Laboratorio municipal y, especialmente, al Director Jefe del mismo, el farmacéutico César Chicote. Con ello, probablemente, se pretendía adaptar la lucha y la profilaxis contra las enfermedades infectocontagiosas a los principios de la nueva ciencia médica y lograr una mayor coordinación de las distintas actuaciones, tema éste especialmente importante ante una situación de epidemia. Una buena ocasión para haber comprobado la efectividad de tales modificaciones podría haber sido la epidemia de gripe de 1918-19, pero al estallar tan sólo dos meses después de las últimas variaciones, éstas aún no se habían puesto en marcha

totalmente. No obstante, hay que destacar el protagonismo que tuvieron el Laboratorio municipal y su Director.

#### III.1.4.3. Las instituciones asistenciales

En los epígrafes anteriores se ha mostrado cómo la situación de la mayoría de los madrileños y de buena parte de los españoles era especialmente crítica en 1918; por ello es fácil entender que sólo unos pocos privilegiados eran capaces de costearse su propia asistencia sanitaria, bien en las consultas privadas de los principales profesionales sanitarios, bien en sus propios domicilios, según lo requirieran las circunstancias. Pero la mayoría de los madrileños, si necesitaban atención médica y/o algún tipo de ayuda social, debían acudir a la beneficencia privada o pública<sup>89</sup>. Por ello, a lo largo de este epígrafe mostraré cuáles eran las principales instituciones benéficas que operaban en Madrid en 1918, dada la importante participación que tuvieron muchas de ellas durante la epidemia de gripe. Señalaré los principales hospitales que existían en nuestra ciudad, e indicaré cómo estaba organizada la asistencia domiciliaria en esos momentos; también haré mención a otro tipo de instituciones y organizaciones benéficas.

Madrid contaba en 1918 con los catorce hospitales que figuran en el cuadro 4.III.1.<sup>90</sup>, los cuales eran insuficientes para cubrir las necesidades madrileñas (Gráfico 7.III.1.). Como puede verse el número de hospitales generales resultaba

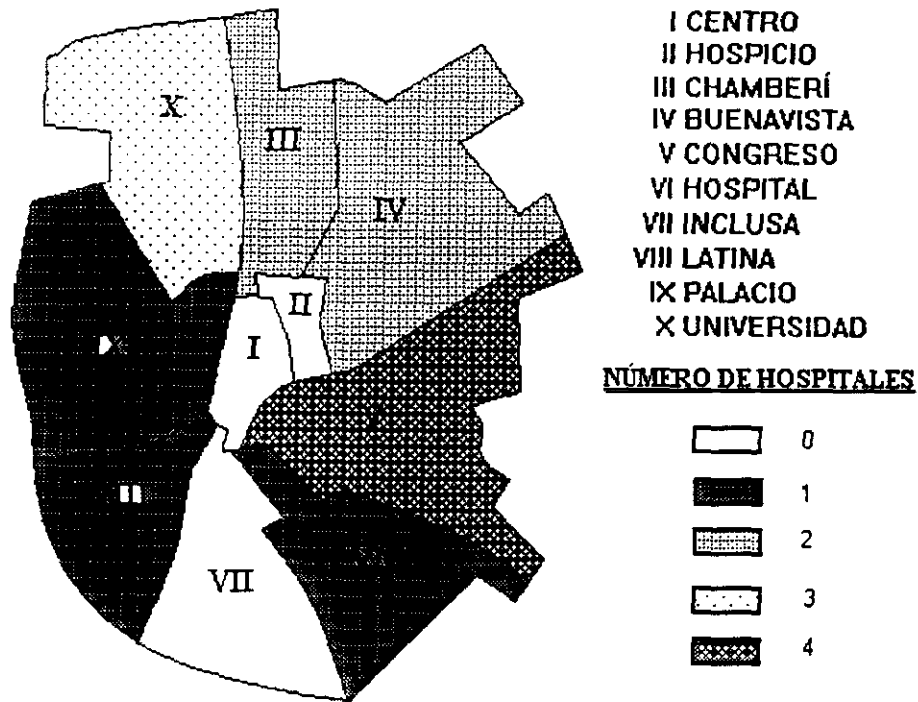


GRAFICO 7. III. 1. DISTRIBUCION POR DISTRITOS DE LOS HOSPITALES MADRILEÑOS EN 1918-19.

Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1916). Guía de las Vías Públicas de Madrid, Madrid, Imprenta municipal.

Elaboración propia.

## CUADRO 4.III.1.- HOSPITALES MADRILEÑOS EN 1918-19

NOMBRE	DISTRITO	RASGOS CARACTERÍSTICOS
BUEN SUCESO	PALACIO	Beneficencia general
JESÚS NAZARENO	UNIVERSIDAD	Asistencia a mujeres incurables.
PRINCESA	UNIVERSIDAD	Beneficencia general
S. PEDRO	UNIVERSIDAD	Asistencia a sacerdotes.
NIÑO JESÚS	CONGRESO	Hospital pediátrico. Beneficencia privada <sup>91</sup>
N <sup>ra</sup> S <sup>ra</sup> del CARMEN	CONGRESO	Asistencia a hombres incurables. Beneficencia general.
S. CARLOS	CONGRESO	Hospital Universitario
S. JUAN DE DIOS	CONGRESO	Beneficencia provincial
S. FRANCISCO DE PAULA	CHAMBERÍ	Asistencia a jornaleros. Beneficencia privada.
S. JOSÉ	CHAMBERÍ	Hospital homeopático. Beneficencia privada.
PROVINCIAL	HOSPITAL	Beneficencia provincial
S. FERMÍN DE LOS NÁVARROS	BUENAVISTA	Dependiente de una Congregación religiosa. Asistencia a enfermos pobres naturales de Navarra.
S. LUIS DE LOS FRANCESES	BUENAVISTA	Sufragado por el Gobierno francés.
S. FRANCISCO	LATINA	Pertenecía a la orden de San Francisco de Asís.

precario y faltaban sobre todo centros especializados, no habiendo aún un hospital de epidemias, circunstancia que ya había sido denunciada por Hauser en 1902 y que en 1918 continuaba siendo una realidad, al igual que las pésimas condiciones de buena parte de los hospitales<sup>92</sup>.

Esta asistencia hospitalaria era completada con la hospitalidad y beneficencia domiciliarias que se prestaba a las clases menesterosas a través de las Juntas municipales de Distrito, dependientes de la Beneficencia municipal de Madrid. Por hospitalidad y beneficencia domiciliarias se entendía

"cuanto [hiciera] relación a la asistencia facultativa y socorros de toda especie que se [prestaran] a domicilio, siendo de su cuenta el pago de las medicinas, ropa, lactancias y demás auxilios en especie que se [facilitaran] a los pobres de su respectivo distrito"<sup>93</sup>.

Para poder desarrollar todas estas funciones el "Excmo. Ayuntamiento [ponía] al servicio de las mismas el personal administrativo de las Casas de Socorro y el del Cuerpo Facultativo"<sup>94</sup>. Cada distrito disponía de una Casa de Socorro, aunque, en muchos casos, sus locales no estaban muy bien acondicionados, al menos en 1918<sup>95</sup>. La primera Casa de Socorro de Madrid se fundó durante la epidemia de cólera de 1854, y en vista de los buenos resultados alcanzados, se mantuvo y amplió paulatinamente dicha institución con posterioridad<sup>96</sup>. La asistencia médica no sólo se prestaba a domicilio, sino también en sus propios locales, ofreciéndose alguna asistencia especializada, como por ejemplo la tocoginecológica<sup>97</sup>. El personal que prestaba sus servicios en dichas instituciones

pertenecía al Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Municipal de Madrid, y estaba compuesto por Médicos, Cirujanos, Tocólogos, Farmacéuticos y Practicantes de distintas categorías, completándose la plantilla de las Casas de Socorro con los enfermeros nombrados por el Ayuntamiento<sup>98</sup>.

Los numerosos asilos<sup>99</sup> y las distintas Sociedades benéficas y Juntas de Damas que existían en Madrid en 1918 proporcionaban una asistencia social complementaria a lo anteriormente expuesto. Tanto los asilos como las distintas Sociedades benéficas eran, en unos casos, de carácter privado (laico y religioso) y, en otros, de carácter público. El propio Ayuntamiento disponía de varios asilos para mendigos y ejercía el Protectorado de la Asociación Matritense de Caridad, cuyos fines eran:

"auxiliar a los pobres, buscándoles trabajo, elevando su nivel moral por cuantos medios estén a su alcance, y socorriéndoles en la forma que estime oportuna para que no haya pretexto que justifique la mendicidad.

Al efecto, facilitará la entrada de los ancianos, enfermos y niños que carezcan de familia o de elementos de vida en las casas benéficas, socorrerá a domicilio a los exhaustos de recursos, procurará buscar ocupación adecuada a los menesterosos que no la tengan, y aunará, en fin, todos sus esfuerzos con los de las Autoridades y demás Asociaciones benéficas para desterrar de la vía pública la mendicidad, que vive a expensas de la caridad mal entendida"<sup>100</sup>.

A través de este epígrafe, creo haber proporcionado los elementos necesarios para reforzar la imagen de la difícil situación por la que pasaba la sociedad madrileña en 1918, y así mismo para conocer con qué medios se contaba en esos momentos para atender sanitaria y socialmente a los

madrileños. Más adelante, en el apartado correspondiente de la memoria, mostraré cómo se prestó la asistencia sanitaria y social durante la epidemia, e indicaré hasta que punto fueron insuficientes los medios de que se disponía.



## NOTAS

1. CHUECA GOITIA, F. (1974) *Madrid, ciudad con vocación de capital*, Santiago de Compostela, Ed. Pico Sacro, 407 pp., p. 131.
2. CHUECA GOITIA, F. (1974) pp. 131-143.
3. En 1083 con Alfonso VI, en el siglo XIII, en 1566 con Felipe II y en 1625 con Felipe V, para ser derribada definitivamente en 1868. RÍOS y SERRANO, J.A. de los y RADA y DELGADO, J. de D. de la (1861) *Historia de la Villa y Corte de Madrid*, Madrid, t. I, 454 pp., pp. 3-33, la versión manejada ha sido un fúcsimil de 1990; FERNÁNDEZ de los RÍOS, A. (1876) *Guía de Madrid*, Madrid, oficinas de la Ilustración Española y Americana, 813 pp., pp. 11-49 y 709-744, la edición consultada ha sido un fúcsimil de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Madrid de 1975.
4. El traslado de la Corte a Madrid se acompañó de algunas modificaciones, entre las que cabe citar: el levantamiento de una nueva cerca; la prohibición de edificar fuera de los límites de la muralla; la inobservancia de las normas sobre el grosor de los cimientos, los materiales a utilizar, el número de aposentos, etc. -recogido todo ello en las ordenanzas de 1567-; la ausencia de planificación espacial de la ciudad; la capitalización de las buenas casas y la "Regalía del aposento". Todo ello favoreció la proliferación de casas bajas, "a la malicia", de forma que las dos terceras partes de Madrid eran miserables barracas. A todo esto se sumó la permisividad de verter a calles y plazas animales muertos, estiercol y demás inmundicias, creando, según Fernández de los Ríos, una "atmósfera que influyó fatalmente en la salud y la raza de los madrileños", FERNÁNDEZ de los RÍOS, A. (1876) pp. 36-38. Para una mayor información sobre la situación higienicourbanística de la ciudad de Madrid a partir del traslado de la Corte a dicha villa por Felipe II, véase BRANDIS, D. (1983) *El paisaje residencial en Madrid*, Bilbao, MOPU, 342 pp., pp. 1-177.
5. FERNÁNDEZ de los RÍOS, A. (1876) p. 37. En 1847, aún no se había solventado esta situación, por ello Madoz consideraba que Madrid era "un pueblo mal sano, y que no [debía] vivirse en él", salvo que se dictaran y acometieran las medidas higiénicas oportunas, y en ese caso sería uno de los lugares de nuestro país con mayores ventajas, MADUZ, P. (1847) *Diccionario Geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de ultramar*, Madrid, t. X, p. 667.
6. Madrid pasó de 14.000 habitantes en 1570 a 108.000 en 1617, BRANDIS, D. (1983) p. 34.
7. Para mayor información sobre las modificaciones habidas en la población madrileña, pueden consultarse, entre otros: CARBAJO ISLA, M.F. (1987) *La población de la Villa de Madrid*.

Desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX, Madrid, Siglo XXI, 402 pp., pp. 224-237; MIGUEL, A. de (1984) *La población de Madrid en los primeros años del siglo*, Madrid, Artes gráficas municipales, 32 pp.; PÉREZ MOREDA, V. (1991) "La población de la ciudad de Madrid, siglos XVIII al XX", en: ALVAR EZQUERRA, A. (coord.) *Visión histórica de Madrid (Siglos XVI al XX)*, Madrid, Ed. Real Sociedad Económica Matritense de Amigos del País, pp. 183-213.

8. Durante el reinado de Carlos III se acometió el primer plan de saneamiento de la villa de Madrid, construyéndose 1840 kilómetros de alcantarillado que, pese a ser imprescindibles, se mostraron totalmente insuficientes para corregir las deficiencias existentes. FERNÁNDEZ YUSTE, M<sup>a</sup> T. (1984) "Antecedentes de la preocupación higiénico-sanitaria en Madrid: del primer encauzamiento del Manzanares al Plan de Saneamiento Integral", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, XXI, Madrid, C.S.I.C., 135-158, p. 137.

9. HAUSER, Ph. (1902) *Madrid bajo el punto de vista médico-social*, Madrid, 2 vols. [Edic. manejada preparada por Carmen del Moral (1979), Madrid: Editora Nacional], vol. 1, pp. 80-82 y FERNÁNDEZ SANZ, J.J. (1991) "El Madrid Contemporáneo (hasta la Guerra Civil)", *Cuadernos Madrileños*, 56 pp., pp. 7-9.

10. Aunque en 1855 se encargó a la Empresa del Canal de Isabel II abastecer de agua potable a Madrid, esto no se materializó realmente hasta 1858, FERNÁNDEZ YUSTE, M<sup>a</sup> T. (1984) p. 138.

11. HAUSER, Ph. (1902), vol. 1, pp. 82-83.

12. La operación de saneamiento que debía acometer el Canal de Isabel II fue una de las obras sólo parcialmente realizadas, ya que la red sí se construyó pero la conexión de las viviendas a la misma se realizó muy tardíamente; y la canalización del Manzanares se efectuó entre 1914 y 1926, y no antes, pese al riesgo sanitario que eso implicaba. FERNÁNDEZ YUSTE, M<sup>a</sup> T. (1984) pp. 138-151. En 1902, Hauser llamó la atención sobre las numerosas deficiencias higiénicas que existían en la ciudad de Madrid, y sobre el importante y grave problema de la vivienda, sobre todo para los obreros, HAUSER, Ph. (1902) vol. 1, pp. 59-97 y 313-369. El tema de la vivienda obrera ha sido objeto de diferentes estudios por parte de la historiografía moderna, una visión de dicha cuestión limitada únicamente a la segunda mitad del siglo XIX la ha ofrecido: DÍEZ de BALDEÓN, C. (1980) "Apuntes sobre el problema de la vivienda obrera en el Madrid de la segunda mitad del siglo XIX", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, XVII, pp. 391-407.

13. Según Valenzuela Rubio el Ayuntamiento que salió de la Revolución de septiembre de 1868 fue el primero que intentó, aunque sin éxito, solucionar el problema de la vivienda en Madrid, VALENZUELA RUBIO, M. (1978) "Ciudad y acción municipal: la política de vivienda del Ayuntamiento de Madrid (1868-1978)", *Anales del Instituto de Estudios Madrileños*, XV,

327-361, p. 331.

14. En este Bando, dictado por el Conde de Romanones, se establecía también la obligatoriedad, para las viviendas que hubieran instalado esta red de desagüe, de colocar en su fachada una "placa de salubridad", que contenía la siguiente inscripción "Casa aprobada por la oficina técnica de salubridad", AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) "Bando del 5 de octubre de 1898", en *Reglamentos municipales*, Madrid, Imprenta municipal, pp. 448-450. Complementos de este bando fueron el "Acuerdo municipal de 7 de octubre de 1898" y las "Instrucciones", aprobadas por la Alcaldía Presidencia el 7 de diciembre de 1898, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) *Reglamentos municipales*, Madrid, Imprenta municipal, pp. 451-454.

15. En relación con la obligatoriedad de sanear las viviendas y la ciudad de Madrid se dictaron las siguientes disposiciones a nivel estatal y municipal: "Real Orden del Ministerio de la Gobernación del 13 de julio de 1901", relativo a la obligatoriedad de saneamiento de todos los Ayuntamientos, tanto de viviendas particulares como de edificios públicos; "Acuerdo municipal de 14 de febrero de 1902"; "Real Orden del Ministerio de Instrucción Pública de 20 de junio de 1902"; Pago de un arbitrio a partir del 1 de julio de 1903 por parte de todos los propietarios que no hayan cumplido las disposiciones vigentes de saneamiento; etc.. AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) pp. 454-459; Documento relativo a las placas de salubridad con fecha 28 de julio de 1917, legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, Archivo de la Villa de Madrid (En adelante A.V.M.).

16. "Decreto de la Alcaldía Presidencia de 19 de abril de 1904", en: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) *Reglamentos municipales*, Madrid, Imprenta municipal, 455-459, p. 456.

17. "Bando de 23 de octubre de 1908", dictado por el Conde de Peñalver; "Acuerdo municipal de 10 de noviembre de 1911"; "Acuerdo municipal de 13 de diciembre de 1901", en el que se instituyó un premio en metálico para la vivienda de nueva construcción que reuniera las mayores condiciones de salubridad; y "Acuerdo municipal de 26 de enero de 1916", en el que se instituyó un premio para las viviendas mejor construidas o reformadas, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) pp. 459-471; Documento relativo a las placas de salubridad con fecha 28 de julio de 1917, legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M.. Con la finalidad de solucionar el problema de la vivienda se elaboraron diferentes proyectos de urbanización del extrarradio, uno de los cuales fue: NUÑEZ GRANÉS, P. (1910) *Proyecto para la Urbanización del Extrarradio de dicha Villa*, Madrid, Imprenta Municipal. Para una visión de conjunto sobre las diferentes actuaciones que se llevaron a cabo en el casco antiguo, veáanse: RUIZ PALOMEQUE, E. (1976) *Ordenación y transformaciones urbanas del casco antiguo madrileño durante los siglos XIX y XX*, Madrid, Instituto de Estudios Madrileños,

681 pp.; RUIZ PALOMEQUE, E. (1989) "Transformaciones urbanas en el casco antiguo, 1876-1931", en: BAHAMONDE, A. y OTERO, L.E. (eds.) (1989) *La sociedad madrileña durante la Restauración. 1876-1931*, Madrid, Comunidad de Madrid, Rev. Alfoz, 2 vols., vol. 1, 77-101. Para un mayor conocimiento sobre las actuaciones municipales en el tema de la vivienda, véase: VALENZUELA RUBIO, M. (1978) pp. 327-361.

18. Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M.. La problemática de la insalubridad de las viviendas de Madrid y su saneamiento estuvieron presentes en algunas de las sesiones del Ayuntamiento de Madrid durante los primeros meses de 1918, *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* (1918), 1 (sign. 570), 2 (sign. 571) y 3 (sign. 572), A.V.M.; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid* (1918), 1100, p. 87 (sesión ordinaria 12 de enero de 1918); *Boletín del Ayuntamiento de Madrid* (1918), 1110, p. 442.

19. VALENZUELA RUBIO, M. (1983) "Las sociedades constructoras benéficas, una respuesta paternalista al problema de la vivienda obrera. Su incidencia en la configuración de la periferia madrileña (1875-1921)", *Anales del Instituto de Estudios madrileños*, XX, Madrid, C.S.I.C., pp. 63-96. Para este autor ese intento de solucionar el problema de la vivienda de las clases proletarias mediante sociedades benéficas habría sido ya ideológicamente y socialmente anacrónico, si bien hasta la Ley de Casas Baratas de 1921 no se favorecieron las iniciativas cooperativistas.

20. CHICOTE, C. (1914) *La vivienda insalubre en Madrid*. Memoria presentada al Excmo. Sr. Vizconde de Eza, Alcalde Presidente del Ayuntamiento de Madrid, Madrid, p. 21.

21. HAUSER, Ph. (1902), vol. 1, pp. 313-337 y 530-533, y vol. 2, pp. 229-241; CHICOTE, C. (1914), pp. 25-33. Esta problemática fue abordada por otros autores, entre ellos cabe citar los siguientes: RUIZ JIMÉNEZ, C. (1865) "Discurso", en: *Actas de las sesiones del Congreso Médico Español celebrado en Madrid, septiembre de 1864*, Madrid, Imp. José M. Ducazcal, pp. 516-518; SERRANO FATIGATI, E. (1890) *Condición económica de la clase obrera*, Madrid, Comisión de Reformas Sociales; HERGUETA MARTÍN, S. (1895) *Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades de pecho en Madrid*, Madrid, Tip. del Hospicio, 75 pp.; REVENGA, R. (1901) *La muerte en Madrid. Estudio demográfico*, Madrid: Ministerio de la Gobernación, 53 pp.; COMENGE y FERRER, L. (1901) "Estudios demográficos de Barcelona. Tuberculosis (1898-1900)", *Gaceta Médica Catalana*, 24, 447-448 (Este autor hizo un estudio similar al que Hauser realizó de la ciudad de Madrid, pero referido a Barcelona); GUERRA CORTÉS, V. (1903) *La tuberculosis del proletariado en Madrid*, Madrid, Baena Hermanos, 18 pp.; YAGÜE, R. de (1904) "De la alimentación del proletariado en Madrid. Lo que es, lo que debe ser, lo que hoy no puede ser", en: *XIV Congress International of medicine, Madrid 23-30 de abril de 1903. Section d'hygiene, epidemiologie et science sanitaire technique*, Madrid, Imp. J.

Sastre, pp. 96-136 (en esta obra figura una clasificación de los distritos madrileños en ricos, pobres y medianos); QUERALTÓ ROS, J. (1910) *Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis*, Barcelona, Tip. La Académica, 32 pp. (Esta obra se limita al caso barcelonés); ALVAREZ y RODRÍGUEZ VILLAMIL, V. (1912) "Madrid y la tuberculosis". *Memoria presentada al III Congreso Español de la Tuberculosis*, Madrid, Imp. Municipal, 45 pp.; CODINA CASTELVÍ, J. (1916) *El problema social de la tuberculosis en Madrid (Discurso leído en la solemne sesión inaugural del años 1916 en la Real Academia de Medicina)*, Madrid, Imp. Enrique Teodoro, 207 pp.. La historiografía reciente relativa a este tema es la siguiente: FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1977) "Repercusiones sociales de las epidemias de cólera del siglo XIX", *Asclepio*, XXIX, 127-145, p. 129 y ss.; FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1985) *Epidemias y sociedad en Madrid*, Barcelona, Vicens Vives, pp. 174-177 y 231; FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1989) "La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico", en: BAHAMONDE, A. y OTERO, L.E. (eds.) *La sociedad madrileña durante la Restauración. 1876-1931*, Madrid, Comunidad de Madrid, Rev. Alfoz, vol. I, 29-76, pp. 59 y ss.; FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1991) "La enfermedad como indicador social. Consideraciones metodológicas", en: CASTILLO, S. (coord.) *La Historia Social en España. Actualidad y perspectiva*, Madrid, Siglo XXI, 401-428, pp. 419, 423-425 y 428.

22. "Sesión del 16 de noviembre de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 38 (1918), 465-486, pp. 466, 480; "Sesión del 19 de noviembre de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 38 (1918), 487-510, pp. 498 y 508. Para Juan Herrera, Inspector del Cuerpo de Bomberos, el hacinamiento y la vivienda insalubre tenían relación con la aparición de la epidemia, *El Liberal*, 2 de junio de 1918, p. 3; *El Socialista*, 3365, 14 de octubre de 1918, p. 2 (Este periódico aludía a esta problemática, común en muchos municipios de España) *El Heraldo de Madrid*, *ABC*, etc. también denunciaron esta situación, sobre todo con motivo del segundo brote.

23. *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1097, 7 de enero de 1918, pp. 1-4; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1114, del 6 de mayo de 1918, p. 553 (En el Real Decreto del Ministerio de la Gobernación del 27 de abril de 1918 se admitía la dimisión de Francos Rodríguez de su cargo de alcalde, y en otro Real decreto de igual fecha y del mismo Ministerio se nombraba para el cargo a Luis Silvela).

24. Luis Silvela había sido ministro de Instrucción Pública en el gabinete García Prieto hasta marzo de 1918, BLEIBERG, G. (dir.) (1979) *Diccionario de Historia de España*, Madrid, Alianza Ed., t. 3, pp. 668-669.

25. "Sesión del 18 de mayo de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, 3 (sign. 572), (1918), folio 17, A.V.M..

26. *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1097, 7 de enero de 1918, pp. 6-7 y 10; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1114, 6 de mayo de 1918, pp. 558-559. Esta problemática siguió gozando posteriormente de protagonismo, tal y como lo revela la consulta de los *Libros de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, del *Boletín del Ayuntamiento de Madrid* y de la prensa diaria madrileña -ABC, *El Heraldo de Madrid*...-.

27. Esto fue reflejado tanto en las *Actas del Ayuntamiento de Madrid* de 1918 y 1919 como en la prensa diaria madrileña de esos años, entre otros ABC, *El Socialista*, *El Heraldo de Madrid*, *El Liberal*, *El Sol*, etc. de 1918 y 1919. Valero Hervás también trató esta problemática en un texto de 1919. En dicha publicación el autor no solamente dejaba constancia de la carestía y la crisis de subsistencias que acompañaban a aquellos años, sino que analizaba las causas de dicha problemática (caciquismo, corrupción, la inexistencia de mercados modernos, la exportación excesiva, el acaparamiento, etc.), y proponía la creación de mercados higiénicos y bien organizados como una de las medidas que solucionaría el problema, sobre todo si se combatían también en alguna manera las otras causas, VALERO HERVÁS, J. (1919) *Subsistencias y abastos*, Madrid, Establecimiento tipográfico de "El Liberal", todo el texto y particularmente las pp. 33-39, 62-69, 85-87, 103-104. Esta problemática había sido abordada con una mayor exhaustividad a nivel municipal el 23 de febrero de 1912, creándose la Junta reguladora de subsistencias que se sumó a la ya existente Junta reguladora del pan. Pero ni estas medidas, ni otras que se adoptaron posteriormente, entre ellas la ley General de Subsistencias de 1915 y la de 1916, lograron solucionar esta importante cuestión, contra la que se siguió luchando durante el bienio 1918-19 tanto a nivel nacional, provincial como local, siendo varios los bandos dictados por el alcalde de Madrid. *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1101, 4 de febrero de 1918, p. 139; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1111, 15 de abril de 1918, p. 462; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1114, pp. 558-559; AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) pp. 852, 861, 869, 1090-1092; GARCÍA DELGADO, J.L.; SÁNCHEZ JIMENEZ, J. y TUÑÓN DE LARA, M. "Los comienzos del siglo XX. La población, la economía, la sociedad (1898-1931)", en: JOVER ZAMORA, J.M. (dir) *Historia de España*, Madrid, Espasa Calpe, t. XXXVII, pp. 66 y 366; VILLA, P. (1989) "El precio del pan en la Restauración. 1875-1931", en: BAHAMONDE MAGRO, A. y OTERO CARVAJAL, L.E. (eds.) (1989), vol 1, 479-487, pp. 482-483; VICENTE ZABALA, M<sup>a</sup> T. y FONTECHA PEDRAZA, A. (1989) "Abastecimientos en Madrid, 1914-1925", en: BAHAMONDE MAGRO, A. y OTERO CARVAJAL, L.E. (eds.) (1989), vol 1, 489-502, pp. 490 y sigs..

28. *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1126, 29 de julio de 1918, p. 935; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1127, 5 de agosto de 1918, p. 956; *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* (1918), 4 (sign. 573), folio 21, A.V.M.. Ponte Chamorro ha señalado recientemente los intentos que se hicieron durante la primera mitad del siglo XIX para eliminar la mendicidad en Madrid, PONTE CHAMORRO, F.J. (1991)

*Demografía y sociedad en el Madrid decimonónico (1787-1857)*, Madrid, Turner y Ayuntamiento de Madrid, 230 pp., pp. 165-178. Este autor incluye en la primera y segunda parte de dicho texto un amplio estudio demográfico de ese período.

29. Para una visión sintética de esta cuestión, veáse VALENZUELA CANDELARIO, J.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988) "La Política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicación de un ministerio de Sanidad", en VALERA, M.; EGEA, M<sup>a</sup> A. y BLÁZQUEZ, M<sup>a</sup> D. (eds.) *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia-Cartagena, 18-21 Diciembre 1986*, Murcia, vol. I (Medicina en la España Contemporánea), 514-523, pp. 514-515. Mayor información relativa a la situación sanitaria de nuestro país antes de estallar la epidemia de gripe se ofrece en el epígrafe II.1.2.3.1..

30. Número de habitantes a 31 de diciembre de 1917, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1918) *Estadística Demográfica. Resumen general*, Madrid, Imprenta Municipal, p. 1.

31. Aunque en esos momentos se comenzaron a desarrollar algunos sectores, iniciándose la configuración de focos futuros de industrialización, SERRANO PRIETO, M. (1989) "Desarrollo de la industria en Madrid. 1910-1923", en: BAHAMONDE MAGRO, A. y OTERO CARVAJAL, L.E. (eds.) (1989), vol. 1, 413-418, pp. 414-417, sobre todo p. 417. En las estadísticas del Ayuntamiento de Madrid también se reconocía que "en Madrid no existe industria propiamente dicha", AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) *Estadística del trabajo. Anuario de 1919*, Madrid, Imprenta municipal, 46 pp., p. 11.

32. Por sector terciario deben entenderse todos los servicios: servicio doméstico, funcionarios, enseñantes, resto de profesionales...

33. Por sector secundario debe entenderse la industria.

34. Por sector primario debe entenderse la agricultura y la ganadería.

35. NIELFA CRISTOBAL, G. (1985) *Los sectores mercantiles en Madrid en el primer tercio del siglo XX*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 334 pp., pp. 43-44; SERRANO PRIETO, M. (1989) p. 414.

36. NIELFA CRISTOBAL, G. (1985) pp. 46-47.

37. NIELFA CRISTOBAL, G. (1985) p. 48.

38. FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1989) p. 59.

39. El número es ridículo, según consta en el anuario, los comerciantes, industriales, obreros, etc. que se empadronaron fueron muy pocos; la mayoría desatendió esta obligación, pese

a las recomendaciones que se hicieron desde la propia Alcaldía a través de los bandos, de las Tenencias de Alcaldía y de los guardias municipales, y desde la Cámara de Comercio. AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) pp. 5, 11 y 15.

40. Es interesante destacar que los comercios más frecuentes en Madrid capital eran las tiendas de vino, que constituían el 12,29% del total y las tiendas de comestibles, que suponían el 10,44%, siguiendo las panaderías (6,27%) y lecherías (5,70%), etc.. Y los comercios menos frecuentes eran las librerías (0,55%), las tiendas de objetos de escritorio (0,39%), las tiendas de cuadros (0,07%), las tiendas de objetos de arte (0,04%) y las tiendas de música (0,03%). AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) pp. 5-6.

41. Elaboración propia a partir de los datos de la *Estadística del trabajo. Anuario de 1919*, AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) pp. 7-10.

42. Elaboración propia a partir de los datos de la *Estadística del trabajo. Anuario de 1919*, AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) pp. 12-14.

43. Elaboración propia a partir de los datos de la *Estadística del trabajo. Anuario de 1919*, AYUNTAMIENTO DE MADRID, JUNTA LOCAL DE REFORMAS SOCIALES (1920) pp. 17-19.

44. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1985) "Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX", en: *De la Beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*, Madrid: Siglo XXI, 227-265, p. 233.

45. Hauser y Ulecia, fueron algunos de los muchos médicos que se expresaron en este sentido. Hauser dedicó buena parte del segundo volumen de su obra -especialmente los capítulos II, III, IV, V, VII y VIII- a mostrar la elevada mortalidad de Madrid y de nuestro país, HAUSER, Ph. (1902) vol. 2, pp. 8-11. Por su parte, Ulecia señaló que la mortalidad de Madrid en 1900 había superado a la natalidad, siendo ésta la única provincia en la que se había dado tal circunstancia, ULECIA CARDONA, R. (1903) "Mortalidad de la primera infancia", en: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1987) *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 161-176, pp. 164-169.

46. HAUSER, Ph. (1902) vol. 2, pp. 7-11; MARTÍN SALAZAR, M. (1913) *La Sanidad en España. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina*, Madrid, Imprenta Nacional de Sordomudos y de Ciegos, 161 pp., pp. 157-161. En este sentido se expresó también Montaldo el 15 de mayo de 1906 en una reunión de la Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene celebrada para aprobar el Reglamento municipal de salubridad e higiene. Montaldo dijo: "aunque [este Reglamento municipal] no sea lo mejor es lo bueno por el momento y dada la mala situación



existente tanto en Madrid como en España a nivel sanitario, ya que no existe una Ley de Sanidad en condiciones", Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene, A.V.M.*; FERRET OBRADOR, G. (1918) "La Sanidad Nacional", *Med. Soc. Esp.*, 60, pp. 328-331, p. 331.

47. HAUSER, Ph. (1902) vol. 2, p. 11.

48. Todo esto se encuentra bien reflejado en *El Siglo Médico*, 29 de noviembre de 1919, p. 1040. Esto mismo fue denunciado por Martín Salazar ante la Real Academia Nacional de Medicina, MARTÍN SALAZAR, M. (1913) pp. 93-94; RICO-AVELLÓ, C. (1969) *Historia de la Sanidad Española (1900-1925)*, Madrid, E. Giménez, 402 pp., en esta obra el autor ha recogido la penosa situación sanitaria de nuestro país en el período por él estudiado, y los intentos de reforma que hubo, así como los escasos resultados que se obtuvieron la mayoría de las veces.

49. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990) "La asistencia médica colectiva en España hasta 1936", en: *Historia de la acción social pública en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 321-359, p. 321.

50. ALVAREZ SIERRA, J. (1933) "Estudio histórico crítico de la legislación sanitaria española", *El Siglo Médico*, 80, 513-520, p. 517, cit. por RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990) p. 321.

51. Sobre la postura de estos últimos, veáse LÓPEZ COMAS, M. (1916) "Significación y estima de la Instrucción general de Sanidad vigente", *Med. Soc. Esp.*, 1, 373-379, p. 321.

52. De estas cifras se sirvieron algunos médicos para continuar denunciando nuestra pésima situación sanitaria y argumentar en favor de la reforma de nuestra Sanidad, MARTÍN SALAZAR, M. (1913) pp. 71, 88-108, sobre todo 88-90; MARTÍN SALAZAR, M. (1918) *La Sanidad y los seguros sociales*, Madrid, Publicaciones de la Inspección General de Sanidad, Ministerio de la Gobernación, pp. 31-32; MURILLO PALACIOS, F. (1918) "La defensa de la Salud pública", en: RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1987) *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 113-159, pp. 120-122.

53. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990) p. 322. Esto ya había sido apuntado por otros autores, entre ellos, Martín Salazar, MARTÍN SALAZAR, M. (1913) pp. 97-98.

54. En este sentido se expresó Pulido en noviembre de 1914, PULIDO, A. (1914) "La Ley sobre epidemias y la Asamblea de titulares", *El Siglo Médico*, 3180, 21 de noviembre de 1914, pp. 739-740. El Proyecto de ley de epidemias fue publicado también en: *El Siglo Médico*, 3181, 28 de noviembre de 1914, pp. 762-764; *El Siglo Médico*, 3182, 5 de diciembre de 1914, pp. 777-780.

55. MARTÍN SALAZAR, M. (1918) p. 28; RICO-AVELLÓ, C. (1969) pp. 163-168. *El Siglo Médico* se mostró favorable al proyecto de ley de epidemias y recogió varias de las opiniones que suscitó su presentación al Parlamento, CARLÁN, D. (1914) "La Ley de Epidemias", *El Siglo Médico*, 3182, 5 de diciembre de 1914, pp. 771-772; CARLÁN, D. (1914) "La ley de Epidemias y la Unión Médico-Farmacéutica", *El Siglo Médico*, 3183, 12 de diciembre de 1914, pp. 785-786; CARLÁN, D. (1914) "La ley de Epidemias en el Congreso", *El Siglo Médico*, 3184, 19 de diciembre de 1914, pp. 801-802; UN SANITARIO (1914) "La ley de Epidemias", *El Siglo Médico*, 3184, 19 de diciembre de 1914, pp. 805-806; UN TITULAR (1915) "Los Diputados médicos y la ley de Epidemias", *El Siglo Médico*, 3187, 9 de enero de 1915, pp. 22-23 (en este artículo se denunciaba la oposición al proyecto de algunos diputados médicos); UN HIGIENISTA (1915) "La ley de Epidemias y los médicos vascongados", *El Siglo Médico*, 3188, 16 de enero de 1915, p. 40 (en este artículo se criticaba la actitud de los médicos vascongados hacia el proyecto); MOLINER, (1915) "Estado parlamentario de la ley de Epidemias. Explicaciones a los médicos titulares", *El Siglo Médico*, 3189, 23 de enero de 1915, pp. 50-51, Moliner denunciaba, entre otras cosas, que en España el trato que se daba a los ciudadanos era peor que el que se daba a los animales, ya que éstos tenían ya una ley de epizootias, mientras que la ley de epidemias se estaba discutiendo aún, y se obstaculizaba su aprobación; CARLÁN, D. (1915) "¿Se discutirá el Proyecto de ley de Epidemias?", *El Siglo Médico*, 3192, 13 de febrero de 1915, p. 97. En mayo de 1918 se aludió nuevamente a la paradójica situación sanitaria de nuestro país, que disponía de una ley de Epizootias y carecía de una ley de Sanidad moderna para los humanos, FERRET OBRADOR, G. (1918) p. 331.

56. A pesar de que la Instrucción general de Sanidad fuera insuficiente para resolver toda nuestra problemática sanitaria, no cabe duda que posibilitó la realización de algunos cambios que condujeron a la modernización de nuestra Administración sanitaria al final del primer tercio de nuestro siglo, tal y como ha puesto de relieve, entre otros, Rodríguez Ocaña, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1992) "La Estadística en la Administración Sanitaria española del siglo veinte", en: *Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua, Madrid, 14 de junio de 1991*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, pp. 47-77.

57. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1993) "El debate sobre la creación del ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas", *Asclepio*, XLV (1), pp. 89-122; BERCIAL (1916) "Política Sanitaria", *Med. Soc. Esp.*, 11, 328-333, p. 332, este autor en la p. 331 indicó que en todos los Congresos antituberculosos celebrados hasta ese momento se había solicitado que se estableciera lo antes posible un Ministerio de Sanidad en España.

58. Art. 1 de la Instrucción general de Sanidad de 1904, *Gaceta de Madrid*, 22, 22 de enero de 1904, p. 273. [En adelante, cuando me refiera a la Instrucción general de Sanidad, pondré I.G.S.]

59. El ministerio de la Gobernación era el responsable de todas las cuestiones de Sanidad e Higiene Pública, si bien otros ministerios también tenían algunas competencias en materia sanitaria, así el Cuerpo médico de Sanidad del Campo dependía del ministerio de Fomento, la Sanidad militar lo era del ministerio de la Guerra. Durante el segundo brote de la epidemia se modificó lo relativo al Cuerpo médico de Sanidad del Campo, pasando a depender del ministerio de la Gobernación y disponiendo el Inspector General de Sanidad de los médicos para prestar atención a los pueblos epidemiados, suprimiéndose posteriormente dicho Cuerpo médico de Sanidad del Campo. Esto no fue muy bien recibido por algunos sectores de la población, "El Cuerpo médico de Sanidad del Campo", *ABC*, 27 de octubre de 1918, p. 17.

60. Ésta fue una de las reivindicaciones que se hizo durante la epidemia gripal de 1918-19, VALENZUELA CANDELARIO, J.; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1988) pp. 514-523. Sobre las propuestas de creación de un Ministerio de Sanidad en el período final de la Restauración, véase: HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1993) pp. 94-96; HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1993) "Medicina y política en la crisis final de la Restauración: la propuesta de un Ministerio de Sanidad", *Preactas del III Congreso da ADEH, Braga, 21-23 de abril de 1993*.

61. Art. 3 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 22, 22 de enero de 1904, p. 273.

62. Art. 6 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 22, 22 de enero de 1904, p. 274.

63. Esto se especificaba en el capítulo XII de dicha Instrucción y en los artículos 202, 206, 207 y 208 de la misma, en los que se indicaban las diferentes sanciones de que podían ser objeto los profesionales sanitarios que cometieran alguna infracción durante la epidemia, I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, pp. 293-294.

64. Artíc. 152 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

65. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1992) p. 64. La "grippe", estaba incluida en la lista del anexo 1, como una de las enfermedades infectocontagiosa de declaración obligatoria, siendo necesario dar cuenta a las Autoridades de la aparición de nuevos casos, y adoptar las medidas de desinfección y aislamiento previstas en la Instrucción general de Sanidad (arts. 126 al 132). Por su parte, en el art. 124 de dicha Instrucción se decía "es obligatoria para todos los Médicos y para los cabeza de familia, para los Jefes de establecimientos o de talleres y fábricas, para los dueños o gerentes de fondas, posadas y

hospederías, la declaración al Inspector municipal de Sanidad de las enfermedades infecciosas comprendidas en el anejo número 1, tan pronto como haya motivo racional para pensar que existen en los establecimientos o en las casas de su dirección o cuidado. El aviso se debe comunicar al Inspector municipal", *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 292.

66. Martín Salazar relacionaba el escaso número de declaraciones de los casos de gripe durante la epidemia con dos factores: por un lado, porque "la mayor parte de los médicos españoles no [tenían] el hábito de cumplir con este importantísimo deber social", y en segundo lugar, porque la gran explosividad de las epidemias de gripe dificulta aún más la declaración de los casos por unos facultativos abrumados por las numerosas visitas que deben realizar. "Sesión del 28 de junio de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 38 (1918), 374-424, p. 384.

67. Artíc. 153 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

68. Artíc. 154 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

69. Yecla y Montilla fueron dos de los pueblos en los que se dieron tales circunstancias, *El Socialista*, 3362, 11 de octubre de 1918, p. 2; *El Socialista*, 3407, 25 de noviembre de 1918, p. 2.

70. Artíc. 155 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

71. Artíc. 155 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

72. Artíc. 188 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

73. Martín Salazar señaló que en Madrid no se podía saber, ni siquiera de modo aproximado, cuál había sido el número de casos de gripe que habían recibido atención médica, cifra a la que habría que añadir además los casos leves que no habían solicitado asistencia facultativa. "Sesión del 28 de junio de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 38 (1918), 374-424, p. 384. Como se verá en el apartado correspondiente de esta memoria, las noticias oficiales sobre la marcha de la epidemia tenían normalmente un desfase importante con la realidad, esto se pone de manifiesto al consultar la prensa diaria y observar la discordancia entre fuentes oficiales y particulares, *ABC*, *El Sol*, *El Heraldo de Madrid*, *El Liberal*, *El Socialista*,... (1918-1919). Pero, como se verá más adelante, además de las dificultades que hubo para conocer el desarrollo de la epidemia, también hubo ocultación de datos por parte del Gobierno.

74. Artíc. 158 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

75. Artíc. 156 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

76. Esta situación había sido denunciada en numerosas ocasiones a lo largo de la centuria anterior, no habiéndose alcanzado una solución satisfactoria. ALBARRACÍN TEULÓN, A. (1974) "La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX", *Cuaderno de Historia de la Medicina Española*, 13, 133-204, especialmente la p. 187; RICO AVELLÓ, C. (1969) pp. 183-191. Sobre esta cuestión son varios los testimonios contemporáneos al suceso que se conservan, entre ellos, los siguientes: COCA (1919) "El caso de los médicos de Jerez", *ABC*, 22 de septiembre de 1919, p. 18; "En Jerez. El conflicto sanitario. Hablando con el Alcalde", *ABC*, 21 de octubre de 1919, p. 7.

77. Artíc. 157 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 293.

78. Sobre este tema interpelló Espina al ministro de la Gobernación en la sesión del 22 de octubre de 1918 del Senado, "El doctor Espina en el Senado", *Med. Soc. Esp.*, 71, 681-688, pp. 683-688. Generalmente, el primer obstáculo era no proceder a declarar oficialmente la situación de epidemia en cada una de las distintas localidades afectadas, y sin esta declaración no era posible obtener las pensiones. Sobre la frecuencia de este incumplimiento informa la Real Orden Circular que dictó el ministerio de la Gobernación el 24 de abril de 1918 y que fue publicada en la *Gaceta de Madrid* el 28 de abril de 1918, "Sección Oficial", *La Medicina Ibera*, 4 de mayo de 1918, p. XXXVI.

79. Una de las obligaciones de las Juntas municipales de Sanidad era la aprobación, antes de un año de su constitución, de un Reglamento de Higiene que se adaptara a las condiciones de la localidad, Art. 30 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 22, 22 de enero de 1904, p. 274.

80. Artíc. 113 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 291.

81. Art. 109, apartado i) de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 291.

82. Art. 110 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 291.

83. Art. 111 de la I.G.S. de 1904, *Gaceta de Madrid*, 23, 23 de enero de 1904, p. 291.

84. Esta Junta había sido creada por acuerdo del Excmo. Ayuntamiento del día 7 de octubre de 1898, aprobándose las Bases para la reorganización de la misma el 28 de mayo de 1909

y su Reglamento de Orden Interior el 24 de septiembre de 1909 , Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M..

85. Escrito que se dirige al Sr. Secretario de la Junta Técnica de Salubridad e Higiene desde la Secretaría del Ayuntamiento de Madrid en relación con un Decreto de la Alcaldía Presidencia del 13 de noviembre de 1917, Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M..

86. Escrito del 22 de noviembre de 1917 que se dirige al Sr. Secretario de la Junta Técnica de Salubridad e Higiene desde la Secretaría del Ayuntamiento de Madrid en relación con un Decreto de la Alcaldía Presidencia del 13 de noviembre de 1917, Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M..

87. Para mayor información veáse el documento relativo a las Bases de relación entre los servicios sanitarios provincial y municipal para la uniformidad de acción en la defensa contra los procesos infecciosos, Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M., que se reproduce en el Apéndice documental.

88. Instrucciones elementales que deben tener presentes y practicar los Policías Sanitarios al servicio de la Inspección Médica Municipal, (25 de marzo de 1918), Legajos de la *Junta Técnica Municipal de Salubridad e Higiene*, A.V.M.. Para mayor información veáse el Apéndice documental, en el cual figura reproducido este documento.

89. Es importante destacar que, aunque parte de la población madrileña dispusiera de atención sanitaria a través de las sociedades de medicina, entierro y botica, una población muy numerosa de Madrid debía acudir a la Beneficencia privada o pública para recibir asistencia médica. Es difícil cuantificar esta población, pero algunos datos pueden ayudar a valorar su magnitud. En este sentido creo interesante tener en cuenta la gran masa flotante de población que tenía la ciudad de Madrid. La cuantía de dicha masa flotante variaba a lo largo del año, estando constituida por casi 200.000 habitantes durante la primavera; con ello la población de hecho de Madrid se aproximaba a los 800.000 habitantes. LASBENNES, L. (1918) "Contribución demográfica al estudio de la actual epidemia de Madrid", *El Siglo Médico*, 3366, 15 de junio de 1918, 466-468, p. 467.

90. La información relativa a los hospitales que había en esos momentos en Madrid la he obtenido fundamentalmente a través de la consulta de los siguientes textos: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1916) *Guía de las Vías Públicas de Madrid*, Madrid, Imprenta Municipal, pp. 163-167; ALVAREZ SIERRA, J. (1952) *Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy*, Madrid, Publicaciones de la Beneficencia Municipal, t. III, 202 pp.

91. Aunque desde 1890 del Patronato se encargó la Junta Provincial de Beneficencia de Madrid, cfr. ALVAREZ SIERRA, J. (1952) p. 146.

92. HAUSER, Ph. (1902) vol. 2, p. 230. Con posterioridad a Hauser, Martín Salazar, entre otros, denunció la ausencia de un hospital de epidemias en Madrid, MARTÍN SALAZAR, M. (1913) p. 99. Este tema volvió a ser noticia durante la epidemia en las sesiones de la Real Academia de Medicina y de la Diputación Provincial, así como en la prensa diaria política y en la profesional, "Sesión del 19 de noviembre de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 38, 1918, 487-510, p. 499; *Libro de Actas de la Diputación Provincial de Madrid*, 1918, L-83, folios 80 y 91, Archivo General de la Comunidad de Madrid (La falta de camas en el hospital provincial se relacionaba en unos casos con el excesivo número de alienados que se ingresaban, y en otros con la gran cantidad de enfermos de otras provincias que acudían para ser atendidos); "La Beneficencia en Madrid. Una visita al Hospital Provincial", *El Sol*, 23 de junio de 1918, pp. 2-3; "Hablan los facultativos. Las deficiencias del Hospital Provincial", *El Sol*, 1 de julio de 1918, p. 2; "Las denuncias sobre la mortalidad en la Inclusa", *La Medicina Ibera*, 22 de junio de 1918, LXXXVII-XC, pp. LXXXIX-XC, esta situación fue denunciada especialmente por Madinaveitia, llamando la atención sobre la mala situación del Hospital General y la necesidad de disponer de otro hospital grande, ya que Madrid tenía "los mismos hospitales que hacía dos siglos, habiéndose triplicado la población".

93. Artículo 24 del Reglamento de la Beneficencia municipal de Madrid del 7 de julio de 1875, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) p. 137.

94. Artículo 25 del Reglamento de la Beneficencia municipal de Madrid del 7 de julio de 1875, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) p. 137.

95. La consulta de los *Libros de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* y del *Boletín del Ayuntamiento de Madrid* de 1918, revela esta problemática. Para mayor información sobre la organización y funciones de las Casas de Socorro y demás instituciones de la Beneficencia municipal, consultar el Reglamento de la Beneficencia municipal y el Reglamento de las Casas de Socorro, ambos del 7 de julio de 1875, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) pp. 131-156.

96. HAUSER, Ph. (1802) vol. 2, pp. 238-239.

97. Existía una propuesta en la Comisión 5ª (de Beneficencia y Sandidad) del Ayuntamiento para crear una policlínica municipal de consultas especializadas que, en 1918 al iniciarse la epidemia de gripe, no había sido aprobado en las sesiones municipales y siguió sin resolverse al final de dicha epidemia, *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1918 y 1919.

98. Para mayor información sobre todo esto ver el Reglamento del Cuerpo Facultativo de 1880 y sus modificaciones posteriores, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) pp. 157-208.

99. Una lista de los mismos figura en: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1916) pp. 163-167.

100. Artículo 2º del Reglamento de la Asociación Matritense de Caridad del 21 de enero de 1911, AYUNTAMIENTO DE MADRID (1917) p. 74, (para mayor información sobre la organización y funciones de esta Asociación, ver pp. 74-79).



III.2. *EL CURSO DE LA EPIDEMIA EN MADRID*

La información ofrecida en los capítulos anteriores ha proporcionado el contexto adecuado para comprender el desarrollo de la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid, sus características y consecuencias, así como las reacciones que suscitó en la sociedad contemporánea. Todo esto, que forma parte de los objetivos de la presente memoria, se desarrollará en los próximos capítulos. Esta tarea se iniciará con la exposición, en los siguientes epígrafes, del curso de la pandemia gripal en la ciudad de Madrid, señalándose las similitudes y diferencias que hubo con el desarrollo de la epidemia en otras partes del mundo y de nuestro país.

Como más adelante se verá en mayor profundidad, la pandemia de gripe de 1918-19 cursó, en la ciudad de Madrid, en tres brotes: el primero, al final de la primavera de 1918; el segundo, en el otoño de 1918; y el tercero, en marzo de 1919. Aunque las tres ondas epidémicas se ajustaron en parte al patrón general de dicha pandemia, tuvieron algunas peculiaridades que serán comentadas a continuación.

### III.2.1. Antecedentes y comienzo

En el segundo capítulo de la primera parte de esta memoria he señalado cómo algunos autores -Adams, Emerson, Koenen y Pyle, entre otros- han considerado como precursores de la pandemia de gripe de 1918-19 la mayor morbilidad y mortalidad por gripe y por otras enfermedades respiratorias que se produjo, a partir de diciembre de 1915, en distintas

partes del mundo, tanto en el escenario de la contienda como fuera del mismo. En nuestro país, aunque se dispone de pocos datos, parece que, como ya indiqué al ocuparme del desarrollo general de la pandemia en el mundo y en España, ocurrió algo similar.

En el caso de la ciudad de Madrid, es difícil establecer si las cifras de morbilidad y mortalidad por gripe y por otras enfermedades respiratorias siguieron el patrón antes comentado, ya que únicamente se dispone de algunos datos numéricos de mortalidad procedente de diferentes fuentes<sup>1</sup>. Éstos no permiten observar una elevación progresiva del número de fallecidos por gripe y por otras enfermedades respiratorias a partir de 1915, advirtiéndose tan sólo el sucesivo aumento del número total de fallecidos si se manejan las cifras proporcionadas por el I.N.E. (Ver Cuadros 1.III.2. y 2.III.2.). No obstante, la escasa fiabilidad de las estadísticas de ese período obliga a ser prudente en las afirmaciones, de modo que, a pesar de que los datos no lo apoyen claramente, no se puede descartar que en la ciudad de Madrid no se diera un patrón similar al comentado anteriormente.

Con o sin aumento previo de la morbimortalidad por gripe y por otras enfermedades respiratorias, la gripe adquirió carácter epidémico en la ciudad de Madrid a mediados de mayo de 1918, según se desprende de algunos testimonios contemporáneos. Así Manuel Arredondo reconoció que "desde mediados del mes de Mayo [se había desarrollado] en Madrid con carácter epidémico una enfermedad que (...) [hacía pensar]

## NÚMERO DE FALLECIDOS EN MADRID

Causa muerte	1915	1916	1917	1918	1919
GRIPE	183	163	160	---	---
ENFS. RESP.	2958	3214	3104	---	---
TOTAL	15452	15490	15544	18965	18281

## CUADRO 1.III.2.

(Fuente: *Movimientos naturales de la población, I.N.E.*)

## NÚMERO DE FALLECIDOS EN MADRID

Causa muerte	1915	1916	1917	1918	1919
GRIPE	198	184	190	948	---
ENFS. RESP.	2903	3148	3043	4179	---
TOTAL	16682	15492	15557	18965	---

## CUADRO 2.III.2.

(Fuente: *Bol. Mensual Estad. Demog. Sanitaria*)

desde el primer momento en la grippe"<sup>2</sup>. Desde las páginas de *El Siglo Médico* Decio Carlán llamó la atención sobre la coincidencia habida entre la aparición de la epidemia en Madrid y la celebración de la feria de San Isidro<sup>3</sup>. Codina, de modo más preciso, situó el inicio de la epidemia madrileña entre el 20 y el 21 de mayo, manifestando ante la Real Academia de Medicina

"Del domingo [20 de mayo] al lunes [21 de mayo] (...) empezó a ponerse enfermo en gran número el vecindario de Madrid; por lo menos en lo que a mí se refiere, puedo decir que el domingo recibí numerosos avisos para visitar enfermos de esta epidemia, avisos que han ido en aumento progresivo hasta ahora"<sup>4</sup>.

Rápidamente la situación de epidemia que vivía la ciudad de Madrid trascendió también a la prensa diaria, siendo *El Sol*, el primer periódico que informó sobre ella en el número correspondiente al 20 de mayo de 1918, en el que bajo el titular "¿Cuál es la causa?. Una epidemia en Madrid" dio cuenta de la existencia en los cuarteles de Madrid de "muchos casos de una enfermedad no diagnosticada todavía por los médicos"; en el mismo artículo se indicaba que dicha dolencia no se limitaba al medio militar, sino que se había extendido a todo Madrid desde hacía días<sup>5</sup>.

La importancia que adquirió en pocos días la epidemia, justificó el interés que la mayor parte de los diarios comenzó a prestarle. Así, dos días más tarde del primer artículo publicado en *El Sol*, *ABC* y *El Heraldo de Madrid* informaron sobre ella por primera vez. *ABC* lo hizo bajo el epígrafe "Epidemia benigna. La enfermería en Madrid", manifestando la

benignidad del proceso y su identificación como "gippe"<sup>6</sup>. Por su parte, *El Herald de Madrid* bajo el titular "La 'grippe' en el Congreso", señalaba que la epidemia había alcanzado también a los centros parlamentarios, en donde habían resultado afectados súbitamente dos de los periodistas que cubrían la información del Congreso<sup>7</sup>. Un día después, *El Liberal* ofreció por primera vez en sus páginas noticias sobre la epidemia. Desde este diario el médico Francisco Huertas hizo hincapié en la benignidad del cuadro, pero también en la gran difusión del proceso, característica esta última que, en su opinión, justificaba la "alarma de Madrid"<sup>8</sup>.

En los distintos medios políticos se admitió la existencia de la epidemia de modo oficioso; así, el 22 de mayo de 1918, el Ayuntamiento de Madrid reconoció la existencia de una enfermedad en dicha villa que había alcanzado carácter epidémico<sup>9</sup>. El 27 de mayo se reunió la Junta provincial de Sanidad y aprobó, a propuesta del Inspector provincial de Sanidad, unas conclusiones, afirmándose en la primera de ellas que "la enfermedad reinante [era] de naturaleza gripal"<sup>10</sup>.

Por lo expuesto hasta ahora, parece evidente la presencia de la gripe en Madrid a partir de la segunda quincena de mayo de 1918<sup>11</sup>, iniciándose con ello el primer brote de la pandemia de 1918-19 en la ciudad de Madrid y en España<sup>12</sup>. Como ya expuse anteriormente, las especiales circunstancias que concurren en el mundo en esos momentos propiciaron que el estallido de la epidemia de gripe en Madrid capital fuera considerado el punto de partida de la pandemia, pese a que en realidad en dicha ciudad se habían registrado los primeros

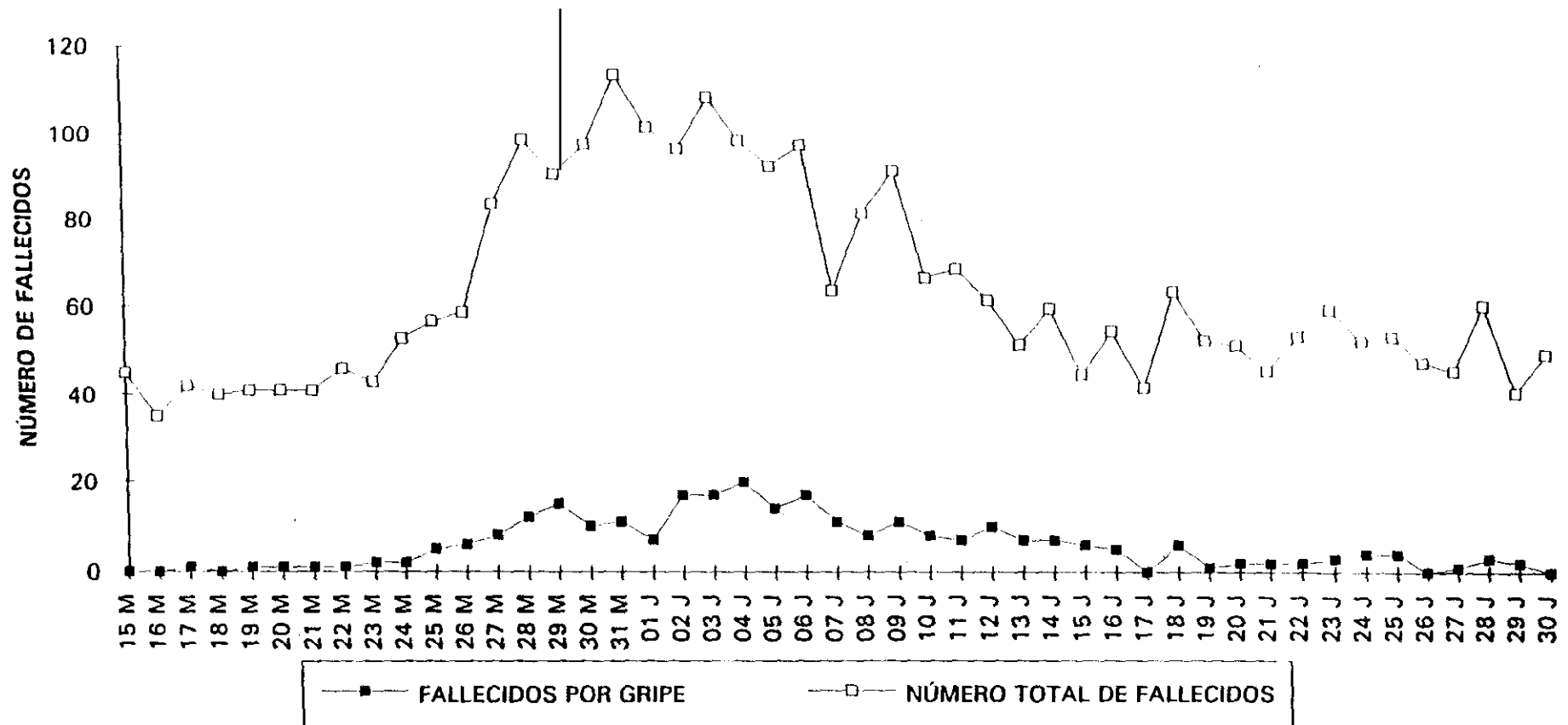
casos dos meses después de presentarse en los campamentos militares norteamericanos y en algunos lugares de China y Japón, y mes y medio más tarde del inicio de la epidemia de gripe en las ciudades europeas de Brest y Bordeaux<sup>13</sup>. Probablemente los dos cables que fueron enviados desde Madrid a Londres comunicando que "una extraña forma de enfermedad de carácter epidémico había aparecido en Madrid"<sup>14</sup> favorecieron también que se postulase el origen español de la pandemia.

### III.2.2. "La epidemia reinante"

El desarrollo del primer brote de la epidemia de gripe en Madrid fue bastante explosivo, ya que, tras los primeros casos registrados a mediados de mayo en los cuarteles, la enfermedad se extendió enseguida a la población civil, aumentando rápidamente el número de atacados, y adquiriendo el proceso en pocos días caracteres epidémicos<sup>15</sup>. Aunque no se dispone de estadísticas fiables de morbilidad, los datos proporcionados por algunos testimonios contemporáneos permiten hacerse una idea de los momentos en los que este primer brote alcanzó mayor intensidad en la ciudad de Madrid. Así, durante la primera semana, según Pittaluga<sup>16</sup>, hubo 30000 atacados, el 28 de mayo ya eran 80000<sup>17</sup> ó 100000<sup>18</sup> según las fuentes, más tarde fueron 125000 y el 1 de junio se decía que eran 250000 los afectados<sup>19</sup>. El número de casos siguió elevándose hasta el 6 ó 7 de junio, llegándose incluso a afirmar en algunos medios que prácticamente toda la población había sido atacada.

La mayor parte de las fuentes insistieron en la

## MORTALIDAD DIARIA EN MADRID



GRAFICA 1. III.2. MORTALIDAD DIARIA MAYO-JUNIO 1918  
 Fuente: Luis Lasbennes (1918) ...  
 Elaboración propia.



benignidad de este primer brote, pero también señalaron que el mayor número de muertes por día se había producido entre el 27 de mayo y el 9-10 de junio de 1918. La gráfica 1.III.2. muestra esto y además pone de relieve el paralelismo existente entre la curva correspondiente al total de defunciones por día y la que representa únicamente los fallecidos por gripe<sup>20</sup>. Así pues, tanto los testimonios contemporáneos relativos a la morbilidad como los referentes a la mortalidad coinciden en marcar el período comprendido entre el 27 de mayo y el 9 de junio como el momento álgido del primer brote de la epidemia de gripe de 1918-19 en la ciudad de Madrid.

A partir del 6-7 de junio, pese a las numerosas muertes que aún se estaban produciendo, a nivel oficial se hablaba de la desaparición de la epidemia. Sin embargo, el declive del primer brote, tal y como se acaba de mostrar (gráfica 1.III.2), parece que se inició alrededor del 10 de junio, no cesando la epidemia de gripe hasta finales de junio. En opinión del Ayuntamiento, el 24 de junio se había "restablecido por completo la normalidad sanitaria en la capital"<sup>21</sup>, mientras que *El Siglo Médico* consideraba prematuro, el 29 de junio de 1918, hablar de la desaparición completa de la epidemia en Madrid, y no reconoció esto hasta el 6 de julio de 1918<sup>22</sup>. El resto del verano la ciudad de Madrid se vio libre de gripe, salvo algunos casos esporádicos.

### III.2.3. Vuelve la "enfermedad de moda"

Tras el paréntesis del verano, la gripe volvió a hacer

su aparición, adquiriendo nuevamente carácter epidémico en diferentes puntos de nuestro país<sup>23</sup>. La población madrileña resultó afectada por segunda vez, enfermando, una vez más, primero la población militar y posteriormente la civil. Es difícil fijar la cronología exacta de este segundo brote, ya que las noticias relativas a la aparición y desarrollo del mismo en la ciudad de Madrid fueron algo confusas. No obstante, creo que a través de los testimonios de algunos contemporáneos y de los datos estadísticos sobre mortalidad se puede mostrar cuál fue la extensión cronológica y la intensidad que esta segunda ola de la pandemia de gripe de 1918-19 alcanzó en Madrid capital.

En los primeros días de septiembre, según Palanca<sup>24</sup>, y a mediados de dicho mes, según Piga y Lamas<sup>25</sup>, la gripe reapareció en el medio castrense madrileño, y adquirió rápidamente caracteres epidémicos. Este recrudecimiento de la influenza, que se relacionó con "la incorporación a filas de los excedentes de cupo"<sup>26</sup>, adoptó formas de mayor gravedad que las registradas durante la primavera, pero su difusión fue menor y más lenta<sup>27</sup>, al igual que ocurrió en el resto del mundo<sup>28</sup>.

A partir del 10-13 de septiembre de 1918, casi toda la prensa madrileña se hizo eco de este segundo brote de gripe que había aparecido, centrando su atención en el desarrollo del mismo en otros puntos de España<sup>29</sup>. Prácticamente sólo *El Socialista* informó sobre la presencia de la gripe en Madrid en su número del 12 de septiembre de 1918 y bajo el epígrafe "Vuelve la 'enfermedad de moda'". En dicho artículo se

explicitaba que "de nuevo [había] vuelto a presentarse en Madrid la enfermedad que, con carácter epidémico, [había hecho] bastantes estragos a principios de verano"<sup>30</sup>. El resto de los periódicos no hablaron de la existencia de gripe en Madrid capital hasta el 21 de septiembre, momento en el que se hicieron eco de la situación de epidemia que se registraba en el Hospital militar de Carabanchel<sup>31</sup>, y de las opiniones del inspector provincial de Sanidad, quién manifestó que "las tres epidemias de que se viene hablando -cólera, tífus y gripe- no son más que una, o sea la última, que afecta diferentes formas"<sup>32</sup>. Así pues, el segundo brote de gripe no se limitó a la comunidad militar, habiéndose extendido a la población civil madrileña a finales de septiembre y primeros de octubre de 1918. Esta difusión se produjo, en unos casos, desde el propio medio castrense, y en otros, a través del tráfico de viajeros -retorno de los veraneantes de lugares epidemiados<sup>33</sup>, llegada de soldados y trabajadores portugueses, etc.-, al igual que ocurrió en otros puntos de España. La escasa y, en muchos casos, contradictoria información que ofrecieron las distintas fuentes impide que se pueda referir de un modo detallado cuál fue el desarrollo cronológico y la extensión de esta segunda ola epidémica en Madrid capital. Pero si se tiene en cuenta lo que se ha dicho hasta ahora y que, oficialmente, no fue hasta el 13 de diciembre de 1918 cuando se consideró que "los casos existentes de gripe en esta capital [revestían] más carácter endémico que epidémico"<sup>34</sup>, se puede suponer que el segundo brote de gripe, de modo más o menos intenso, habría durado en Madrid capital desde

septiembre hasta mediados de diciembre de 1918. Algunos testimonios hablan a favor de ello, aunque oficialmente se hicieron grandes esfuerzos por ocultar la presencia de la epidemia.

Desde el 24 de septiembre y de modo más frecuente entre el 12 y el 22 de octubre de 1918 en el *Boletín Oficial de la Provincia de Madrid* se publicaron una serie de circulares de la Inspección provincial de Sanidad que se justificaron por el "desarrollo que la epidemia de gripe [había] tomado en algunos puntos de España", por "las excepcionales circunstancias sanitarias que [atravesaba] España con motivo de la actual epidemia de gripe", o bien por "[estar] declarado el estado epidémico en la Nación a consecuencia de la invasión gripal". En dichas circulares se hablaba de la necesidad de defenderse por si la epidemia invadía a Madrid y de la obligación de los médicos de hacer un informe diario sobre el estado sanitario de las poblaciones<sup>35</sup>. Aunque este boletín estuviera dirigido a Madrid capital y al resto de la provincia, es importante tener en cuenta que se publicaron mayor número de estos documentos coincidiendo con los momentos considerados álgidos por la prensa diaria madrileña. Por lo tanto, creo que se puede establecer una relación entre la publicación de dichas circulares y la presencia de la gripe en Madrid, relación que confirman también las actas de las sesiones municipales.

Así, el Ayuntamiento de Madrid aprobó, en la sesión del 27 de septiembre de 1918, la concesión de un crédito especial destinado a los servicios sanitarios, justificado por las

"circunstancias sanitarias que [ofrecían] verdadero peligro para la salud pública", pero sin mencionar la existencia de gripe en la ciudad de Madrid, a pesar de que fue precisamente la aparición de algunos casos de gripe lo que impulsó a los ediles a tomar dicha medida<sup>36</sup>. En la sesión del 11 de octubre de 1918 se aceptó implícitamente la presencia de la epidemia en la ciudad de Madrid, si bien se hizo un gran esfuerzo por mostrar la poca importancia que esto tenía, siendo Madrid "una verdadera excepción en relación con otras provincias"<sup>37</sup>. No se dio publicidad a estas manifestaciones en el *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, ni en la prensa diaria, de modo que aparentemente en Madrid no se propagaba la epidemia: sólo había algunos casos aislados<sup>38</sup>. Sin embargo, tanto el Ayuntamiento como la Junta provincial de Sanidad<sup>39</sup> continuaron tomando nuevas medidas para combatir la epidemia, especialmente durante la segunda quincena del mes de octubre de 1918<sup>40</sup>. Por lo tanto, una vez más la toma de medidas se produjo durante el período que la prensa consideró de mayor gravedad e intensidad en casi todo el país, y cuando algunos diarios madrileños afirmaban que en Madrid existía la epidemia y criticaban que se estuviera ocultando la verdad. Así en *El Heraldo de Madrid* se podía leer que,

"en contra de los informes oficiales, que aseguran que la epidemia gripal no se ha presentado en Madrid, se afirmaba hoy que se han registrado bastantes casos (...). Creemos que es perjudicial la ocultación de la verdad"<sup>41</sup>.

Por su parte, *El Liberal* manifestó lo siguiente:

"Ocultar la verdad (...) sería faltar a nuestros deberes, abandonar la defensa del interés público, engañar al vecindario y dar motivo a que dejaran de adoptarse precauciones por parte de las familias"<sup>42</sup>.

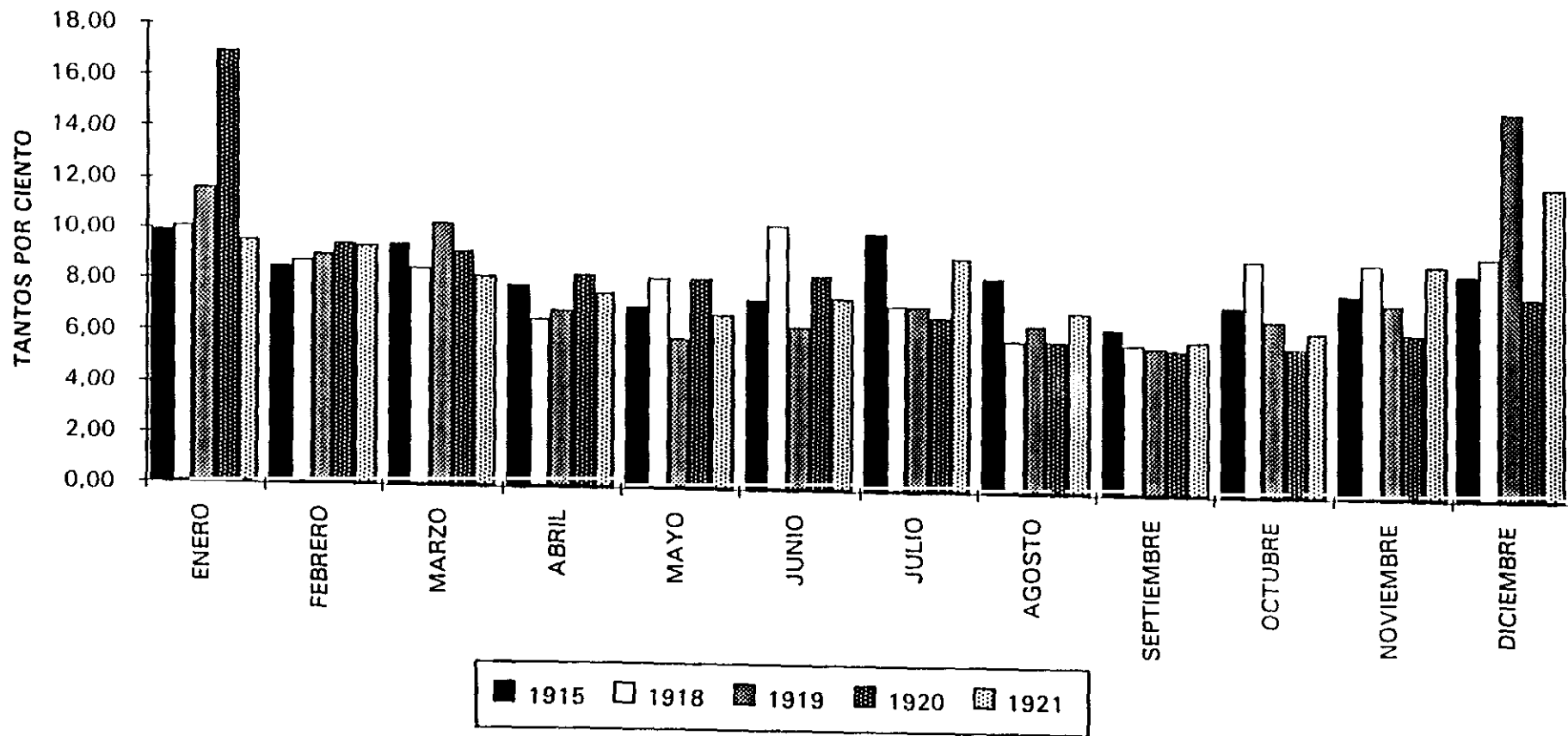
Es interesante destacar el esfuerzo que, desde las instancias oficiales y con el apoyo de otros estamentos - ciertos médicos, algunos diarios, etc.-, se hizo por tranquilizar a la sociedad madrileña y convencerla de la escasa o nula importancia de este segundo brote, negándose incluso la presencia de la gripe en momentos en los que toda la población sabía que ésta había adquirido nuevamente carácter epidémico.

Algunos testimonios sobre la intensidad del segundo brote en Madrid

Como complemento a la información ofrecida hasta el momento, comentaré algunas cuestiones relativas a algunos aspectos de la mortalidad durante este segundo brote de la epidemia de gripe de 1918-19. Con ello pretendo establecer de modo totalmente aproximado -otra cosa es imposible- cuáles fueron los momentos de mayor intensidad de esta ola epidémica, y valorar hasta qué punto fue diferente el desarrollo de este brote en la ciudad de Madrid.

La gráfica 2.III.2 muestra que el porcentaje mensual de muertes fue superior a los años no epidémicos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1918; aunque no se alcanzó el valor registrado en junio de 1918, las cifras en los tres meses fueron casi iguales. La misma gráfica también permite apreciar cómo el aumento porcentual, respecto a los

## MORTALIDAD GENERAL DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR AÑOS



GRAFICA 2.III.2.

Fuente: Ayuntamiento de Madrid. Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

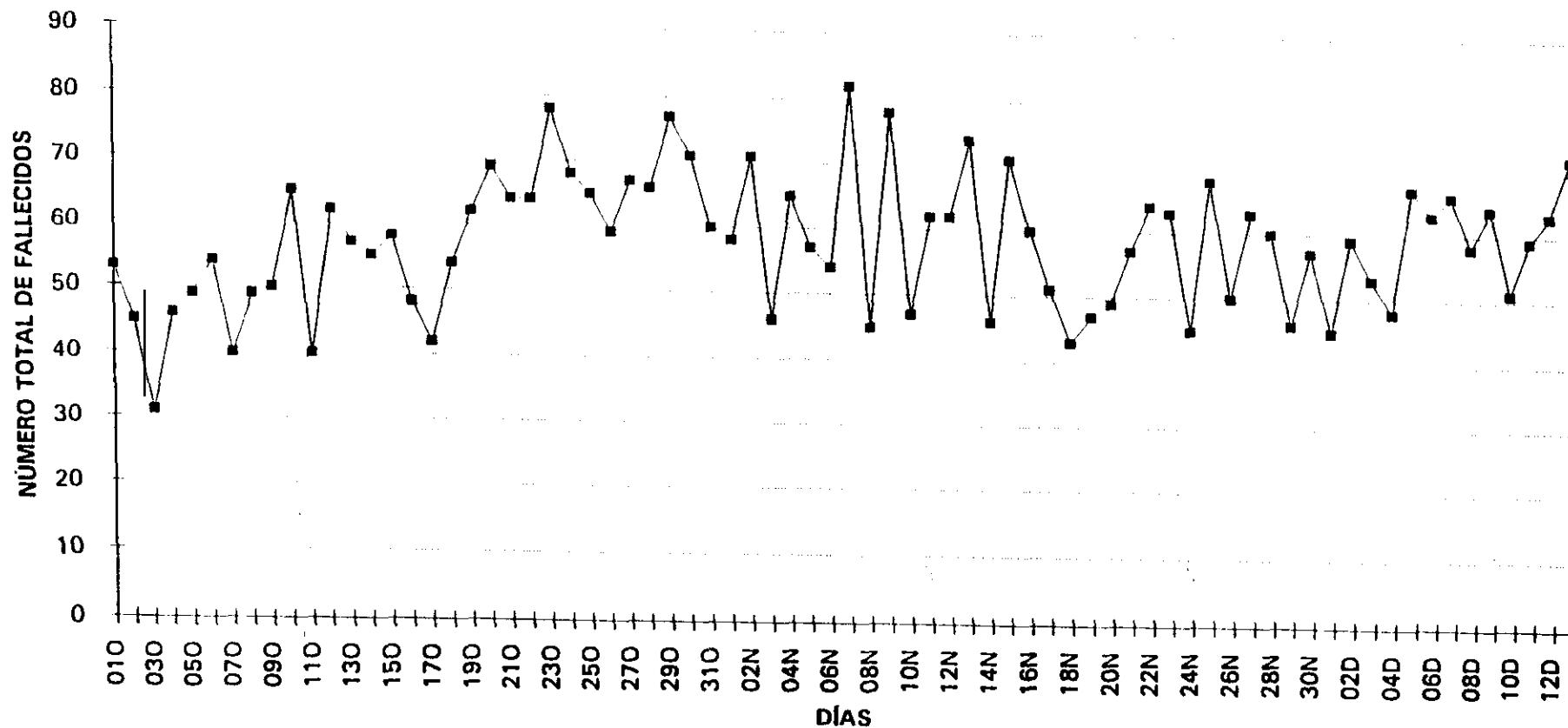
valores de 1915, no fue igual en los tres meses citados, siendo superior el de octubre, algo menor el de noviembre y el menor de todos el de diciembre de 1918. Esto coincide con los datos que proporcionó ABC comparando con las cifras de 1917. Según este diario en octubre de 1918 habrían fallecido 585 personas más que en el mismo mes de 1917, mientras que en noviembre sólo habrían sido 340 más<sup>43</sup>. Por lo tanto, en principio esto parece indicar que correspondería a octubre, y quizás en parte a noviembre, el período de mayor intensidad de este segundo brote de gripe. También en los *Libros de Defunción* de los Registros Civiles de los diez distritos madrileños se observa que fue durante este período cuando se registraron mayor número de muertes bajo alguno de los calificativos utilizados para referirse a la gripe<sup>44</sup>.

Con el fin de aclarar algo más esta cuestión creo que puede ser útil tener en cuenta cuál fue el ritmo diario de fallecimientos durante los meses de octubre y noviembre de 1918. Esto figura en la gráfica 3.III.2<sup>45</sup>, en la que se advierte que el período de mayor intensidad, al menos en lo que respecta a la mortalidad, se produjo en la segunda quincena de octubre y en la primera de noviembre, entre los días 20 de octubre y 16 de noviembre.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, se puede decir a modo de resumen que la gripe estuvo presente en la ciudad de Madrid con carácter epidémico desde primeros de septiembre hasta mediados de diciembre de 1918, correspondiendo los momentos de mayor intensidad a la segunda quincena de octubre y primera de noviembre de 1918<sup>46</sup>. Este



## MORTALIDAD DIARIA EN MADRID



GRAFICA 3. III.2. MORTALIDAD DIARIA OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE 1918  
 Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Estadística Demográfica...  
 Elaboración propia.

segundo brote parece que no tuvo un carácter tan explosivo como el primero, y la mayoría de las fuentes consultadas reconocieron su menor morbilidad y su mayor mortalidad<sup>47</sup> respecto al primero, así como la menor extensión y gravedad que alcanzó este segundo episodio de gripe en Madrid capital, en comparación con lo ocurrido en el resto de España<sup>48</sup>.

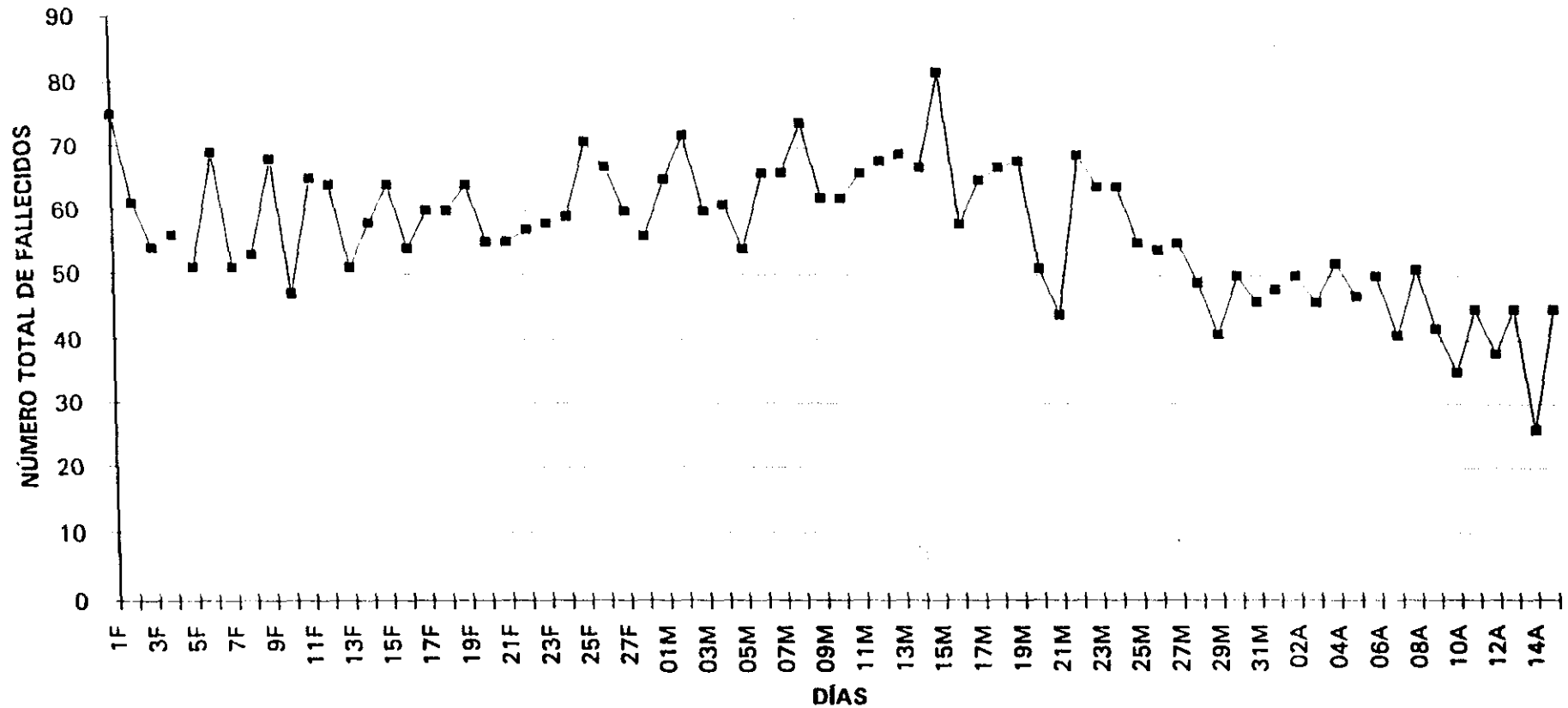
#### III.2.4. Tercera visita de la "grippe"

Una tercera visita efectuó la gripe a la ciudad de Madrid duante la pandemia de 1918-19, al igual que ocurrió en casi todo el mundo. Probablemente éste sea el brote que menos atención recibió por parte de la literatura contemporánea, y de la prensa médica y general. Por ello es muy poco lo que se puede decir sobre su desarrollo y sus principales características. A mediados de febrero los diarios madrileños comenzaron a informar sobre la reaparición de la epidemia gripal en algunas localidades de nuestro país -Barcelona, Córdoba, etc.-, una vez más se estableció la relación con la incorporación y movimientos de los reclutas<sup>49</sup>. Coincidiendo con estas noticias sobre el recrudecimiento de la epidemia, el 19 de febrero, el Laboratorio Municipal de Madrid facilitó una nota a la prensa, en la que una vez más tras insistir que la mortalidad no sólo no había aumentado, sino que había descendido en la capital, se anunciaba la toma, por parte del Ayuntamiento, de distintas medidas para mejorar la asistencia sanitaria en general y específicamente contra la gripe, en base a la experiencia adquirida en el mundo durante la

epidemia del otoño anterior<sup>50</sup>. El contenido de esta nota municipal sugiere que, en esos momentos, comenzara a aumentar el número de casos de gripe, si bien no dispongo de datos de morbilidad que lo puedan apoyar. No obstante, la gráfica 4.III.2. muestra cómo la tendencia descendente del número de defunciones por día que se produjo durante la primera quincena de febrero de 1919, se invirtió a partir del día 16. También dicha gráfica permite observar cómo las cifras correspondientes a la segunda quincena de febrero fueron superiores a las de abril de 1919, teniendo un carácter ascendente más acusado a partir del 25 de febrero. Por su parte, el 4 de marzo de 1919, la *Gaceta de Madrid* publicó una Real orden del Ministerio de la Gobernación en la que se reconocía explícitamente que se había producido un nuevo recrudecimiento de la gripe, que "por tercera vez [invadía] casi todos los países de Europa"<sup>51</sup>.

A la vista de los datos anteriores, aunque no se pueda precisar cuándo comenzó el tercer brote de la epidemia de 1918-19 en la ciudad de Madrid, hay que admitir como posible una elevación del número de casos por gripe a lo largo de la segunda quincena de febrero. No obstante, fue, a mediados del mes de marzo, cuando se admitió que la gripe había adquirido nuevamente carácter epidémico. Así, el día 15, el Gobernador civil declaró a la prensa madrileña que "se había recrudecido la gripe en Madrid y su provincia"<sup>52</sup>. Igual afirmación figuró en la circular del 14 de marzo de la Inspección provincial de Sanidad, que fue publicada en el *Boletín Oficial de la provincia de Madrid* del 17 de marzo de 1919<sup>53</sup>. Por su parte,

## MORTALIDAD DIARIA EN MADRID



GRAFICA 4. III.2. MORTALIDAD DIARIA FEBRERO-MARZO-ABRIL 1919  
 Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Estadística Demográfica...  
 Elaboración propia.

en la sesión de la Real Academia de Medicina del 22 de marzo de 1919, Criado reconoció también la existencia de gripe en esos momentos dentro de la capital<sup>54</sup>.

Referente al final de este tercer brote de gripe, tampoco dispongo de una información muy precisa, únicamente puedo decir que, de modo oficial, en la *Gaceta de Madrid* del 14 de mayo de 1919 se autorizó el embarque de emigrantes porque según la Inspección General de Sanidad "la gripe [había] desaparecido o se [había] reducido a casos esporádicos en algunos sitios de España"<sup>55</sup>. No he encontrado ninguna mención especial al momento en el que cesó dicho brote en Madrid, si bien la gráfica 4.III.2. permite ver el descenso que se produjo en el número de defunciones diarias a partir del 22 de marzo, estabilizándose las cifras en los primeros días de abril de 1919. Por su parte, la gráfica 2.III.2. muestra cómo disminuyó el porcentaje mensual de muertes en abril y en mayo de 1919, momento en el que, como ya he dicho antes, oficialmente se consideró que había finalizado la pandemia de gripe de 1918-19 de España.

Así pues, por lo expuesto hasta ahora, parece probado que en el mes de marzo la gripe, por tercera vez, cobró carácter epidémico en la ciudad de Madrid, aunque no se puede precisar el momento exacto de su inicio ni de su final. Los datos de la gráfica 2.III.2.<sup>56</sup> corroboran lo señalado hasta ahora, ya que, si se exceptúa enero, el mayor porcentaje de muertes del primer semestre de 1919 se registró durante el mes de marzo: el porcentaje alcanzado fue superior al correspondiente al mismo mes de los años anteriores y posteriores, superó al de

mayo de 1918 y casi coincidió con el de junio de 1918<sup>57</sup>. Además, a la vista de todo lo anterior, y de los datos de la gráfica 4.III.2., se puede decir que, en la villa de Madrid, el momento más intenso del tercer brote, al menos en cuanto a mortalidad se refiere, parece haber sido entre el 25 de febrero y el 22 de marzo, alcanzándose el valor máximo el 15 de este último mes. En la mayoría de los distritos madrileños fue igualmente durante el mes de marzo de 1919 cuando se registraron mayor número de muertes bajo alguno de los términos utilizados para referirse a la gripe<sup>58</sup>.

#### III.2.5. Un nuevo incremento de la mortalidad

Antes de poner punto final a la cronología de la epidemia de gripe de 1918-19 en la ciudad de Madrid, creo necesario comentar algunas cuestiones relativas al nuevo incremento de la mortalidad que se produjo en esta capital en diciembre de 1919 y enero de 1920. Como muestra la gráfica 2.III.2. el porcentaje de defunciones habidas en esos dos meses fue muy superior al registrado en cualquiera de los meses de la pandemia, así como en iguales meses de los años no epidémicos<sup>59</sup>. Este nuevo incremento de la mortalidad, que incidió sobre todo en la población madrileña menor de 2 años y en los mayores de 60 años<sup>60</sup>, también se produjo en otros puntos de nuestro país<sup>61</sup>, e incluso fuera de nuestras fronteras<sup>62</sup>, si bien parece que no tuvo la misma magnitud que en esta capital.

Una vez más, los médicos contemporáneos consideraron que

la responsable de esta sobremortalidad era una nueva epidemia de gripe que, según Hergueta, se parecía

"a la que tuvo lugar en los años 1889 y 1890; ambas empezaron en los últimos días de Noviembre y principios de Diciembre con algunos casos sencillos que se dominaban con facilidad por los medios terapéuticos generalmente usados; de la segunda a la cuarta semana fueron acentuándose los casos, y ya eran de mediana intensidad, llegando a adquirir una gravedad extraordinaria desde la cuarta semana en adelante, y sobre todo la quinta y la sexta"<sup>63</sup>.

Este nuevo episodio de gripe, que, según Hergueta, se extendió desde los últimos días de noviembre hasta enero de 1920, debe ser considerado, según algunos autores -entre ellos, Campbell-, más que como un nuevo brote de la pandemia de 1918-19 como una de las epidemias que, bajo el influjo de las grandes pandemias de gripe, suelen suceder a éstas<sup>64</sup>.

Por lo tanto, en Madrid, al tercer brote de la pandemia de gripe de 1918-19 le siguió un nuevo incremento de la mortalidad en diciembre de 1919 y enero de 1920 de gran magnitud, superior incluso a cada uno de los tres brotes de la pandemia<sup>65</sup>, siendo, en esta ocasión, los menores de 2 años y los mayores de 60 años, los grupos de edades más afectados.

## NOTAS

1. Entre ellas, el *Movimiento natural de la población*, de 1915, 1916 y 1917, confeccionado por el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.), Madrid y el *Boletín Mensual de Estadística Demográfica Sanitaria* (1915, 1916, 1917, 1918), elaborado por el Ministerio de la Gobernación, Inspección General de Sanidad, Madrid.
  
2. ARREDONDO, M. (1918) "La epidemia reinante", *Med. Soc. Esp.*, 60, 321-326, pp. 321-322. También Gustavo Pittaluga situó el inicio de la epidemia en Madrid en torno al 15 de mayo de 1918, al afirmar en un artículo publicado el 1 de junio que "[iba] para dos semanas que la epidemia empezó a extenderse por Madrid y a invadir poco a poco las demás ciudades", PITTALUGA, G. (1918) "Algunas observaciones sobre la enfermedad actual", *El Sol*, 1 de junio de 1918, p. 2.
  
3. CARLÁN, D. (1918) "La epidemia de las ferias del Santo.- Siguen las gestiones", *El Siglo Médico*, 3363, 25 de mayo de 1918. Martín Salazar fue más explícito en el informe que dirigió a la Oficina Internacional de Higiene de Ginebra y relacionó el estallido de la epidemia en Madrid con la afluencia de personas a la capital durante las fiestas de San Isidro, MARTÍN SALAZAR, M. (1918) "La Grippe en Espagne" (Rapports dirigée à l'Office International d'Hygiène publique...), *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, X (8) (août 1918), 887-890, p. 887.
  
4. "Sesión del viernes 25 de mayo de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, (1918), 38, 310-319, p. 311.
  
5. *El Sol*, 20 de mayo de 1918, p. 3. En la mayor parte de las zonas urbanas de nuestro país, los tres brotes de la epidemia de gripe de 1918-19 comenzaron en el medio militar, difundiéndose posteriormente a la población civil. Esto ya ha sido comentado en el segundo capítulo de la primera parte de esta memoria al referirme al inicio del segundo brote en España, habiendo señalado algunos de los testimonios contemporáneos que informaron sobre dicha circunstancia.
  
6. "Epidemia benigna. La enfermería en Madrid", *ABC*, 22 de mayo de 1918, p. 7.
  
7. "La 'grippe' en el Congreso", *El Heraldo de Madrid*, 22 de mayo de 1918, p. 4.
  
8. HUERTAS, F. (1918) "La enfermedad del día. Nota clínica", *El Liberal*, 23 de mayo de 1918, p. 1. En la portada de *El Liberal* del 23 de mayo se incluyó un artículo de fondo titulado "Hablemos de la grippe. ¡Todo menos la dieta!", que proporcionaba abundante información sobre la epidemia.



9. "La Epidemia reinante", *ABC*, 23 de mayo de 1918, p. 18. En la sesión del Ayuntamiento madrileño del 18 de mayo de 1918 únicamente se habló de la aparición de una epidemia de tifus en Amanuel, pero no se comentó nada sobre la existencia de una epidemia de gripe o de tipo catarral. Esto no se constituyó en tema de discusión hasta el 31 de mayo, *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, 3 (sign. 572), folios 25 vº y 60-62, A.V.M..
10. "La epidemia reinante", *ABC*, 27 de mayo de 1918, p. 12.
11. En los *Libros de Defunción* del Registro Civil de los diez distritos que componían Madrid en 1918-19 se registraron las primeras muertes por gripe entre el 11 de mayo (Palacio) y el 29 de mayo de 1918 (Universidad). Según el estudio realizado por Luis Lasbennes, la primera muerte por gripe en Madrid se produjo el 17 de mayo de 1918, LASBENNES, L. (1918) "Contribución al estudio de la actual epidemia en Madrid", *El Siglo Médico*, 3366, 15 de junio de 1918, 466-468, p. 467. Piga y Lamas también situaron el inicio de la epidemia "al mediar el mes de mayo", PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) *Infecciones de Tipo Gripal*, Madrid, Talleres tipográficos de "Los Progresos de la Clínica" y "Plus Ultra", 2 vols., vol. 1, p. 62.
12. Al exponer el desarrollo general de la pandemia de gripe de 1918-19 en el epígrafe correspondiente de esta memoria he abordado con mayor profundidad tanto el inicio como el desarrollo de la pandemia de gripe de 1918-19 en España.
13. Esto ya ha sido desarrollado más ampliamente al exponer lo relativo al inicio de la pandemia gripal de 1918-19 en el mundo.
14. COLLIER, R. (1974) *The plague of the Spanish lady. The influenza Pandemic of 1918-1919*, London, Mac Millan, p. 7.
15. Todo esto se puede seguir muy bien en la prensa diaria madrileña, sobre todo en los números publicados entre el 20-22 de mayo y el 6-7 de junio de 1918, y muy especialmente en los siguientes artículos: "¿Cuál es la causa?. Una epidemia en Madrid", *El Sol*, 20 de mayo de 1918, p. 3; "La última epidemia. La enfermedad de 'El Soldado de Nápoles'", *El Sol*, 24 de mayo de 1918, p. 3; "La enfermedad del día. La epidemia se extiende por casi toda España", *El Sol*, 25 de mayo de 1918, p. 6; "La enfermedad de 'moda'. Se extiende más cada día", *El Sol*, 26 de mayo de 1918, p. 1; "Hablemos de la 'grippe'. ;Todo menos la dieta!", *El Liberal*, 23 de mayo de 1918, p. 1; "La canción del Olvido. Seguimos enfermando", *El Liberal*, 26 de mayo de 1918, p. 3; "La epidemia aumenta", *El Liberal*, 27 de mayo de 1918, p. 1; "La enfermedad de Madrid!", *El Heraldo de Madrid*, 23 de mayo de 1918, p. 1; "La epidemia reinante. Más de cien mil atacados", *El Heraldo de Madrid*, 28 de mayo de 1918, pp. 1-2; "La epidemia de Madrid. Aumenta el número de atacados", *El Heraldo de Madrid*, 29 de mayo de 1918, p. 1; "Epidemia benigna. La enfermería en Madrid", *ABC*, 22 de mayo de 1918, p. 7; "La epidemia reinante", *ABC*, 26 de mayo de

1918, p. 14; "La epidemia reinante", *ABC*, 28 de mayo de 1918, p. 12; "Sigue en aumento. La enfermedad reinante", *ABC*, 30 de mayo de 1918, p. 14; "Sigue en aumento. La enfermedad reinante", *ABC*, 31 de mayo de 1918, p. 13; "La epidemia reinante", *ABC*, 1 de junio de 1918, p. 16; ALBARSANZ, S. (1918) "Actualidad Sanitaria", *Med. Soc. Esp.*, 68, 20 de octubre de 1918, 577-583, p. 581.

16. PITTALUGA, G. (1918) "Algunas observaciones sobre la enfermedad actual", *El Sol*, 1 de junio de 1918, p. 2.

17. "La Fiebre de los tres días. En Madrid hay 80.000 atacados", *El Sol*, 28 de mayo de 1918, p. 1.

18. "La epidemia reinante. Más de cien mil atacados", *El Heraldo de Madrid*, 28 de mayo de 1918, pp. 1-2; "Sigue en aumento. La epidemia reinante", *ABC*, 29 de mayo de 1918, p. 16.

19. "La epidemia reinante. Aumenta la mortalidad en Madrid", *El Heraldo de Madrid*, 1 de junio de 1918, p. 1. En la sesión de la Academia de Medicina del 1 de junio, Huertas manifestó: "la epidemia ha ido extendiéndose de manera tal, que resulta casi imposible determinar el número de los atacados actualmente", "Sesión 1 de junio de 1918", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* (1918) 38, 321-333, p. 321.

20. Aunque el número de muertos habidos por día varía según las fuentes que se consulten, las diferencias son muy pequeñas, y en todos los casos las cifras más altas corresponden al período antes indicado. Así, según *El Sol*, fallecieron 86, 80, 104, 90 y 101, respectivamente los días 28, 29, 30, 31 de mayo y 1 de junio de 1918, "Fiebre de los tres días", *El Sol*, 5 de junio de 1918, p. 6. El número de fallecidos según *ABC* y *El Heraldo de Madrid* fue 54, 39, 51, 52, 48, 94, 75, 94 y 107, respectivamente los días 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 de mayo de 1918, "La epidemia reinante. Aumenta la mortalidad en Madrid", *El Heraldo de Madrid*, 1 de junio de 1918, p. 1; "La epidemia reinante", *ABC*, 1 de junio de 1918, p. 16. *ABC* también reseñó el número de muertos que habían fallecido del 31 de mayo al 7 de junio de 1918, que fueron >100, 97, 99, 106, 115, 104, 96 y 101 respectivamente, "La epidemia reinante", *ABC*, 2 de junio de 1918, p. 18; "La epidemia reinante. En Madrid. Las defunciones", *ABC*, 9 de junio de 1918, p. 14. Pero ninguna de estas cifras coinciden con las proporcionadas por las estadísticas del Ayuntamiento de Madrid, ni con las que facilitó Luis Lasbennes, *AYUNTAMIENTO DE MADRID* (1918) "Mortalidad general. Clasificación de los fallecidos, por meses, según el día en que tuvieron lugar", en *Estadística Demográfica. Resumen General*, Madrid, p. 29; LASBENNES, L. (1918) "Contribución Demográfica al estudio de la actual epidemia en Madrid", *El Siglo Médico*, 3366, 15 de junio de 1918, 466-468, p. 467; LASBENNES, L. (1918) "Contribución Demográfica al estudio de la epidemia ocurrida en Madrid en mayo y junio de 1918", *El Siglo Médico*, 3372, 592-593, p. 592.

Sin ninguna duda los datos más completos son los de la *Estadística Demográfica* del Ayuntamiento de Madrid y los Lasbennes, habiendo elegido estos últimos para hacer la gráfica 1.II.2..

21. "La vida municipal. Salubridad Pública", *El Heraldo de Madrid*, 24 de junio de 1918, p. 3; "Un bando del Alcalde. La Salud Pública", *ABC*, 25 de junio de 1918, p. 15; *Boletín del Ayuntamiento de Madrid*, 1121, 24 de junio de 1918, p. 775.

22. "Gaceta de la salud pública", *El Siglo Médico*, 3368, 29 de junio de 1918, p. 518; "Gaceta de la salud pública", *El Siglo Médico*, 3369, 6 de julio de 1918.

23. Sobre la reaparición de la gripe informó prácticamente toda la prensa diaria madrileña, incluso el periódico obrero *El Socialista*, que casi no había prestado atención al primer brote, fue de los primeros en informar sobre el inicio del segundo, *ABC*, *El Sol*, *El Socialista*, *El Liberal*, *El Heraldo de Madrid* a partir del 9 de septiembre de 1918 y especialmente los días 12 y 13 de dicho mes.

24. PALANCA, J.A. (1918)<sup>a</sup> "A propósito de la epidemia actual", *Revista de Sanidad Militar*, 19 (1-X-1918), 573-577, p. 573.

25. PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. 2, p. 33.

26. PALANCA, J.A. (1918)<sup>a</sup> p. 577.

27. PALANCA, J.A. (1918)<sup>a</sup> p. 577; ALBARSANZ, S. (1918) "Actualidad Sanitaria", *Med. Soc. Esp.*, 68, 20 de octubre de 1918, 577-583, p. 581. De igual modo ocurrió en otros puntos de España, así lo manifestó Garriga Ribero, para quien el origen del segundo brote estaba relacionado con "la incorporación a filas de los reclutas del cupo de instrucción, en la primera quincena de septiembre (...), [volviendo a aparecer] en los cuarteles de toda España un nuevo brote epidémico", cit. por PIGA, A. y LAMAS, L. (1919) vol. 2, p. 49. En el segundo capítulo de la primera parte de esta memoria se han señalado algunos de los contemporáneos que compartieron esta opinión, y en el epígrafe anterior he puesto de relieve cómo también el primer brote comenzó en la comunidad militar.

28. Esto ya ha sido señalado con mayor amplitud en el capítulo segundo de la primera parte de esta memoria.

29. "Epidemia recrudecida", *ABC*, 10 de septiembre de 1918, p. 15; "La epidemia de grippe. La enfermedad se extiende. Alarma. Medidas sanitarias", *El Liberal*, 12 de septiembre de 1918, p. 1; "El 'mal de moda'. La epidemia sigue su curso", *El Sol*, 13 de septiembre de 1918, p. 2. También desde las páginas de *El Siglo Médico* se alertó sobre el recrudecimiento de la epidemia gripal habida antes del verano, sin hacer ninguna referencia a la situación de Madrid, CARLÁN, D. (1918) "La salud pública", *El Siglo Médico*, 3379, 14 de septiembre de 1918.

30. "Vuelve la 'enfermedad de moda'", *El Socialista*, 3333, 12 de septiembre de 1918, p. 2.

31. "El problema de la salud pública. Desarrollo de la epidemia. En el Hospital de Carabanchel", *El Sol*, 21 de septiembre de 1918, p. 3, en este artículo se indicó que la epidemia era de bronconeumonía y no de gripe, como se había pensado en un primer momento; "La Salud Pública. En Madrid: Los militares. Habla el director del Hospital militar", *El Liberal*, 21 de septiembre de 1918, p. 2.

32. "La Salud Pública. En Madrid: La población civil. Habla el inspector de Sanidad", *El Liberal*, 21 de septiembre de 1918, p. 2; "La gripe y el tifus. La Salud Pública en España. Lo que dice el Inspector de Sanidad", *ABC*, 21 de septiembre de 1918, p. 13.

33. "La gripe en toda España", *El Socialista*, 3363, 12 de octubre de 1918, p. 1.

34. Acuerdo tomado por la Junta provincial de Sanidad en su reunión del 13 de diciembre de 1918, "La Junta Provincial de Sanidad", *ABC*, 16 de diciembre de 1918, p. 19. En la *Gaceta de Madrid* del 14 de diciembre de 1918 se publicó una Real Orden restableciendo el tráfico de trapos viejos, ..., "por haber desaparecido la gripe", *Gaceta de Madrid*, 347, p. 963.

35. "Inspección provincial de Sanidad. Circular", *Boletín Oficial de la provincia de Madrid*, 228, 24 de septiembre de 1918, pp. 1-2; "Inspección provincial de Sanidad. Circular", *Boletín Oficial de la provincia de Madrid*, 244, 12 de octubre de 1918, p. 1; "Inspección provincial de Sanidad. Circular", *Boletín Oficial de la provincia de Madrid*, 247, 16 de octubre de 1918, p. 1; "Inspección provincial de Sanidad. Circular", *Boletín Oficial de la provincia de Madrid*, 279, 22 de octubre de 1918, p. 1.

36. "Sesión del 27 de septiembre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* (1918), 5 (sign. 574), folio 15; "Sesión del 11 de octubre", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* (1918), 5 (sign. 574), folios 52vº, 53 y 60, A.V.M..

37. "Sesión del 11 de octubre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid* (1918), 5 (sign. 574), folios 52vº y 53, A.V.M..

38. "La salud pública en España. En Madrid no se propaga la epidemia", *El Sol*, 6 de octubre de 1918, p. 2, la fuente que se citaba era *El Siglo Médico*; "La salud pública. En Madrid se presentan algunos casos", *ABC*, 12 de octubre de 1918, p. 13.

39. La Junta provincial de Sanidad en su reunión del 16 de octubre de 1918, en la que se dijo que "la situación de Madrid [justificaba] la atención, 'pero no el pesimismo'", "La gripe.

Los estragos aumentan", *El Heraldo de Madrid*, 17 de octubre de 1918, pp. 3-4.

40. Algunas de las cuales fueron: el bando dictado por el alcalde de Madrid el 14 de octubre de 1918; el refuerzo de los servicios sanitarios municipales, pese a que se decía que la mortalidad era menor de lo normal, pero admitiéndose a la vez que se tomaban "con motivo de la actual epidemia"; y algunas otras medidas que recogió la prensa madrileña sobre todo durante la segunda mitad del mes de octubre de 1918, "La Salud Pública. El Bando del Alcalde", *ABC*, 15 de octubre de 1918, p. 13; "La Salud Pública en España. Un bando del Alcalde", *El Liberal*, 15 de octubre de 1918, pp. 1-2; *El Socialista*, 3366, 15 de octubre de 1918, p. 2; "La mortalidad en Madrid es menor que la normal, según el Alcalde. Aviso a los médicos supernumerarios de la Beneficencia", *El Sol*, 20 de octubre de 1918, p. 3; *El Sol*, 21 de octubre de 1918, p. 6; *El Sol*, 22 de octubre de 1918, p. 3. Sobre la reunión de la Junta provincial de Sanidad informaron, entre otros, *El Heraldo de Madrid*, *ABC*, "La gripe. Los estragos aumentan", *El Heraldo de Madrid*, 17 de octubre de 1918, pp. 3-4; "La salud pública. La Junta provincial de Sanidad", *ABC*, 17 de octubre de 1918, pp. 13-15.

41. "El Estado sanitario", *El Heraldo de Madrid*, 14 de octubre de 1918, p. 3.

42. "La salud pública en España. Pasividad censurable", *El Liberal*, 15 de octubre de 1918, p. 1.

43. "La Salud en España. La mortalidad en Madrid", *ABC*, 15 de noviembre de 1918, p. 19; "La Salud en España. La mortalidad en Madrid", *ABC*, 16 de diciembre de 1918, p. 19.

44. *Libros de Defunción* (1918) de los diez distritos madrileños que entonces había, Registro Civil Único de Madrid.

45. La gráfica es de elaboración propia, utilizando los datos proporcionados por el servicio de estadística del Ayuntamiento de Madrid, "Mortalidad general. Distribución diaria por meses de los fallecidos", AYUNTAMIENTO DE MADRID (1919), *Estadística Demográfica. Resumen general*, Madrid.

46. Este período parece haber sido el de mayor morbilidad y mortalidad en buena parte de España, tal y como revela la consulta de la prensa diaria de ese período. De la misma opinión fue Echeverri Dávila. Esta autora incluso señaló cómo en Copenhague la mayor morbilidad del segundo brote se había alcanzado entre el 5 de octubre y el 23 de noviembre, ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 103-107.

47. En el apartado de esta memoria dedicado a evaluar la repercusión que tuvo sobre la mortalidad madrileña esta epidemia, se expondrá de modo más detallado cuál fue la mortalidad que hubo durante este segundo brote de la epidemia de gripe de 1918-19.

48. Esto se comprueba al revisar la prensa diaria madrileña del último trimestre de 1918, e incluso fue señalado por la prensa obrera, cfr. *El Socialista*, 3354, 3 de octubre de 1918, p. 2.
49. "Barcelona. La epidemia gripal", *El Heraldo de Madrid*, 16 de febrero de 1919, p. 3; "La salud en España. Más casos gripales", *ABC*, 14 de febrero de 1919, p. 17; "La gripe. Reparación en Córdoba", *El Heraldo de Madrid*, 2 de marzo de 1919, p. 2; "Renace la gripe. Médicos para la epidemia", *El Sol*, 5 de marzo de 1919, p. 2; "Los reclutas y la gripe", *El Socialista*, 3481, 18 de febrero de 1919, p. 1.
50. "La Salud en España. La mortalidad en Madrid. Precauciones de las autoridades", *ABC*, 19 de febrero de 1919, p. 16.
51. "Ministerio de la Gobernación. Real Orden Circular", *Gaceta de Madrid*, 63, p. 800. Esta Real Orden fue reproducida en algunas revistas médicas, entre ellas en *Med. Soc. Esp.*, 78, 20 de marzo de 1919, p. 149.
52. "La salud en Madrid. Lo que dice el Gobernador", *ABC*, 16 de marzo de 1919, p. 8.
53. *Boletín Oficial de la provincia de Madrid*, 65, 17 de marzo de 1919, p. 1.
54. "Sesión del 22 de marzo de 1919", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina* (1919) 39, 152-170, p. 164.
55. *Gaceta de Madrid*, 14 de mayo de 1919, pp. 565-566.
56. Como ya indiqué anteriormente, la gráfica es de elaboración propia. Se ha utilizado como fuente: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1915, 1918, 1919, 1920, 1921) *Estadística Demográfica. Resumen general*, Madrid.
57. Según *ABC* en marzo de 1919 se registraron 201 muertes más que en el mismo mes de 1918, "La mortalidad en Madrid", *ABC*, 16 de abril de 1919, p. 21.
58. *Libros de Defunción* (1919) de los diez distritos madrileños, Registro Civil Único de Madrid. Tanto referente a este brote epidémico como respecto al primero y al segundo, en el apartado correspondiente de esta memoria se ofrecerá una información completa sobre la repercusión de cada uno de los tres brotes sobre la mortalidad de los diferentes distritos.
59. Según los datos del Registro Civil que yo he recogido y he elaborado, en Madrid capital, en diciembre de 1919, hubo un 52,96% más de defunciones que en diciembre de 1918.
60. Así los menores de 2 años y los mayores de 60 años constituyeron el 50,30% de todas las defunciones habidas en Madrid durante diciembre de 1919, y hubo 183 muertos entre 1 y 2 años en vez de los 94 que había habido en diciembre de

1918. Datos de elaboración propia utilizando como fuente los *Libros de Defunción* (1918) y (1919) del Registro Civil de los diez distritos madrileños.

61. Palazón también ha señalado la existencia de este brote en la provincia de Alicante, PALAZÓN FERRANDO, S. (1991) "La pandemia de gripe de 1918-1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante", en: BERNABEU MESTRE, J. (coord.) *El papel de la mortalidad en la evolución en la población valenciana*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, 89-98, p. 92.

62. *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* (1920), XII, (1), enero, p. 111; *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* (1920), XII, (2) febrero, pp. 208-210; *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* (1920), XII, (3) marzo, pp. 314-315.

63. "Sesión del 31 de enero de 1920", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 40, 1920, 21-34, p. 21. Las sesiones del 7 y del 14 de febrero de 1920 también se dedicaron a la gripe. Según Chicote, el período álgido de esta nueva epidemia se produjo entre el 16 de diciembre de 1919 y el 20 de enero de 1920, CHICOTE, C. (1923) *Resumen de los trabajos realizados en el Laboratorio. Años 1918 a 1922*, Madrid, Impr. Municipal, p. 204.

64. CAMPBELL, E.P. (1943) "The epidemiology of Influenza", *Bull. Hist. Med.*, 13 (3), 389-403, p. 396. Según este autor se producirían una o dos epidemias "satélites" inmediatamente antes y después de la gran pandemia.

65. Durante los meses de diciembre de 1919 y enero de 1920 hubo 5862 defunciones, mientras que fueron: 3531 el total de fallecidos durante los meses de mayo y junio de 1918; 5325 durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1918; y 5681 durante el primer trimestre de 1919. Datos de elaboración propia utilizando como fuentes: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1918) (1919) (1920) *Estadística Demográfica. Resúmenes Generales*, Madrid.

III.3. EL COSTE DEMOGRÁFICO DE LA EPIDEMIA EN MADRID



El coste humano que produjo la pandemia de gripe de 1918-19 en el mundo fue evaluado en 21 millones y medio por Jordan en 1927, aunque los estudios realizados en los últimos años han puesto de relieve que esa cifra parece ser muy inferior a la realidad. Se estima en unos 30 millones el número de muertos que causó la pandemia, pese a que los datos relativos a Europa del Este, China, Oriente Medio y Sudeste asiático son todavía muy escasos<sup>1</sup>. Nuestro país contribuyó oficialmente con 147114 muertes por gripe en 1918 y 21235 en 1919; no obstante el número total de fallecidos de 1918 (695758) fue casi un 50% superior al de 1917 (465722)<sup>2</sup>. Por lo que es lógico pensar que la repercusión de la pandemia de gripe de 1918-19 sobre la mortalidad de nuestro país fue superior a la valoración oficial.

La pandemia también fue responsable de un importante número de defunciones en la ciudad de Madrid: se contabilizaron 959 muertes por gripe en 1918 y 1006 en 1919, según las estadísticas del Ayuntamiento de Madrid, y 939 muertes en 1918 y 995 en 1919, según los datos del Registro Civil, cifras todas ellas muy superiores a las 198 defunciones de 1915<sup>3</sup>. La mortalidad de la actual Comunidad de Madrid fue igualmente elevada, aunque inferior a la registrada en otras provincias -entre ellas, Burgos, Toledo y Gerona-, sobre todo durante el segundo brote<sup>4</sup>. No obstante, el impacto de la epidemia sobre la mortalidad de Madrid fue superior a lo que reflejan las cifras relativas al número de fallecidos por gripe, ya que como se ha indicado en su momento la

inespecificidad de su cuadro clínico dificulta su diagnóstico y favorece el subregistro por esta causa de muerte; además esta enfermedad ejerce un poderoso influjo sobre el curso de diferentes procesos crónicos. Para tener una idea de lo que todo esto representó puede ser útil recordar que, oficialmente, el número total de fallecidos fue 18974 en 1918 y 18330 en 1919, según las estadísticas municipales, y 18931 en 1918 y 18272 en 1919 según los datos del Registro Civil, mientras que en 1915 hubo sólo 15451 defunciones.

En este apartado de la memoria intentaré mostrar el impacto demográfico que tuvo la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad general y específica de la ciudad de Madrid y de cada uno de sus diez distritos. También pondré de relieve las modificaciones que provocó la epidemia sobre la distribución por sexos y por grupos de edades de la mortalidad general y específica. Aunque la gripe afectó a toda la población, se intentará comprobar también si, como indicaron algunos testimonios contemporáneos, hubo una mortalidad diferencial entre los distritos madrileños relacionada con sus diferentes condiciones socioeconómicas e higienicourbanísticas<sup>5</sup>.

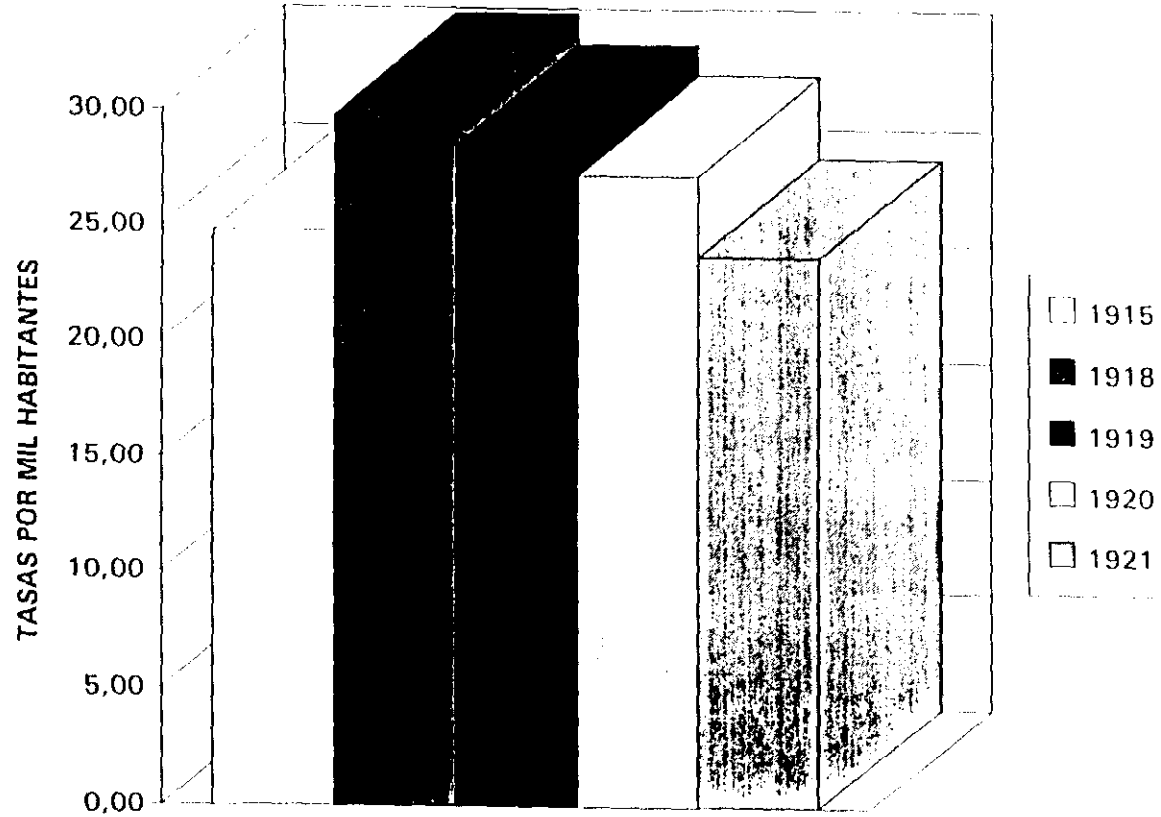
### III.3.1. Mortalidad general

Uno de los efectos de la pandemia de gripe de 1918-19 fue la sobremortalidad general que produjo en la ciudad de Madrid durante los años epidémicos, siendo 29,80‰ y 28,54‰ las tasas brutas de mortalidad de 1918 y 1919 respectivamente. Estas

cifras fueron superiores a la de 1915 (24,78‰) y a la de 1921 (23,76‰) (Gráfica 1.III.3.). Como se puede ver el aumento que se produjo en la mortalidad general durante los años de la pandemia fue muy importante, y corrobora lo señalado por algunos autores sobre la importancia que tiene la valoración de la mortalidad general para conocer el verdadero impacto de las epidemias gripales, dado el importante subregistro de las muertes por gripe que se produce en cualquier epidemia<sup>6</sup>. Esto fue reconocido incluso por el ministro de la Gobernación, Manuel García Prieto, en una de las sesiones del Congreso de los Diputados durante el segundo brote de la epidemia<sup>7</sup>. No obstante y pese al importante aumento habido en las tasas brutas de mortalidad general de la ciudad de Madrid, la tasa de 1918 fue inferior a la registrada en España en ese mismo año que, según Marcelino Pascua, alcanzó una cifra cercana a 33‰<sup>8</sup>. Por lo tanto, aunque la pandemia de 1918-19 tuvo una gran repercusión sobre la mortalidad general de la ciudad de Madrid, ésta fue menor que en el conjunto de nuestro país. Esta elevación que se registró en las tasas brutas de mortalidad de Madrid se mantuvo en 1920, aunque en menor grado, retomando los valores no epidémicos en 1921 (Gráfica 1.III.3.). Como se verá más adelante, de esta situación fue responsable una nueva epidemia de gripe que afectó Madrid desde los últimos días de noviembre de 1919 hasta finales de enero de 1920, y que provocó una importante sobremortalidad en diciembre de 1919 y en enero de 1920.

La mortalidad general de los diez distritos madrileños también aumentó durante 1918 y 1919, superando las cifras de

### MORTALIDAD GENERAL DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS

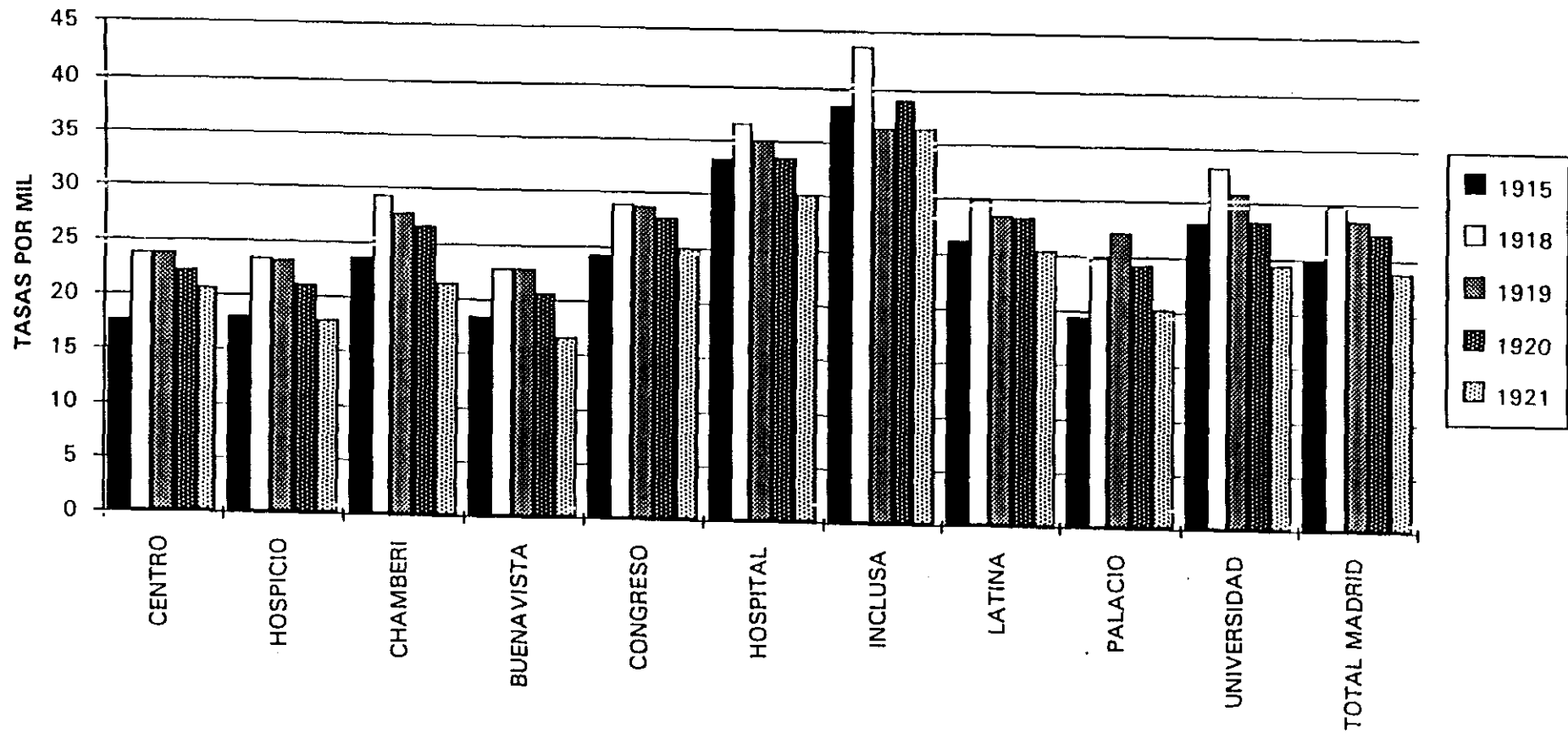


GRAFICA 1. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia

los años anteriores y posteriores. Una excepción a esta tendencia general la presentó el distrito de Inclusa cuya tasa bruta de mortalidad en 1919 fue inferior a la de 1915, 1918, 1920 e igualó la de 1921 (Gráfica 2.III.3.). Las tasas brutas de mortalidad de mayor cuantía correspondieron a Inclusa (43,65‰ en 1918 y 36,36‰ en 1919), Hospital (36,60‰ en 1918 y 34,95‰ en 1919), Universidad (33,19‰ en 1918 y 30,84‰ en 1919) y Latina (29,93‰ en 1918 y 28,55‰ en 1919). Por su parte, las menores se registraron en Buenavista (22,76‰ en 1918 y 22,73‰ en 1919), Hospicio (23,45‰ en 1918 y 23,18‰ en 1919), Centro (23,74‰ en 1918 y 23,84‰ en 1919) y Congreso (28,94‰ en 1918 y 28,61‰ en 1919). La distribución cuantitativa de las distintas tasas brutas de mortalidad fue igual que en los años no epidémicos, con la única excepción de que, en esta ocasión, correspondieron al distrito de Buenavista y no al de Centro, las tasas de mortalidad más bajas (Gráficas 2.III.3., 3.III.3., 4.III.3. y 5.III.3.)<sup>9</sup>. Por lo tanto, durante los años de la epidemia se mantuvo prácticamente invariable esa mortalidad diferencial ante la enfermedad de los distritos madrileños, que había sido señalada por Hauser y Chicote para el siglo XIX y principios del XX, y recientemente por Antonio Fernández para 1916<sup>10</sup>.

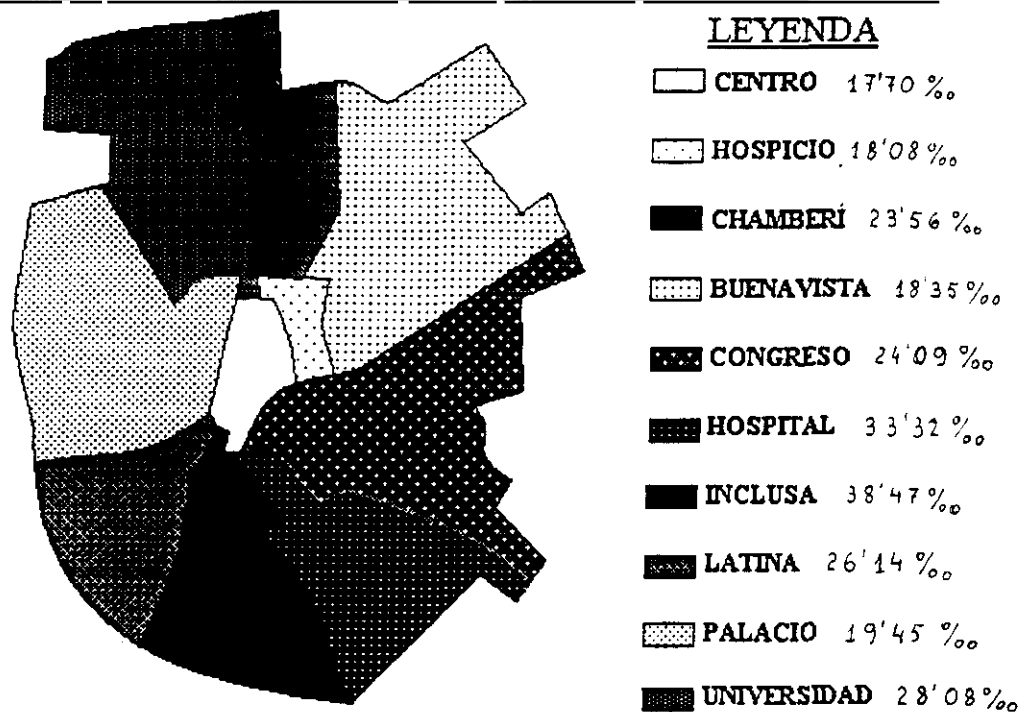
Resulta de interés ver que si en vez de, como hasta ahora, utilizar como fuentes las estadísticas elaboradas por el Ayuntamiento de Madrid, se recurre a los datos del Registro Civil, varían las tasas de algunos distritos durante 1918 y 1919 y la distribución por distritos de las tasas brutas de mortalidad general cambia, no ajustándose a lo señalado por

### MORTALIDAD GENERAL. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



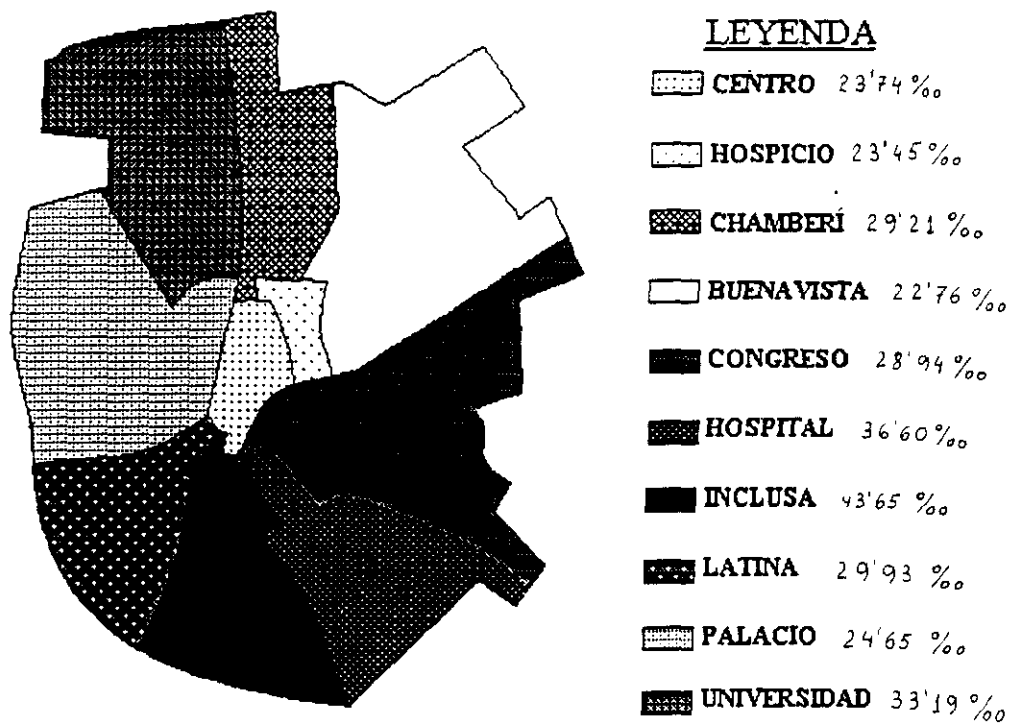
GRAFICA 2. III. 3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia.

**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL DE LOS DISTRITOS MADRILEÑOS. AÑO 1915**



GRAFICA 3. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915) Estadística Demografica...  
Elaboración propia.

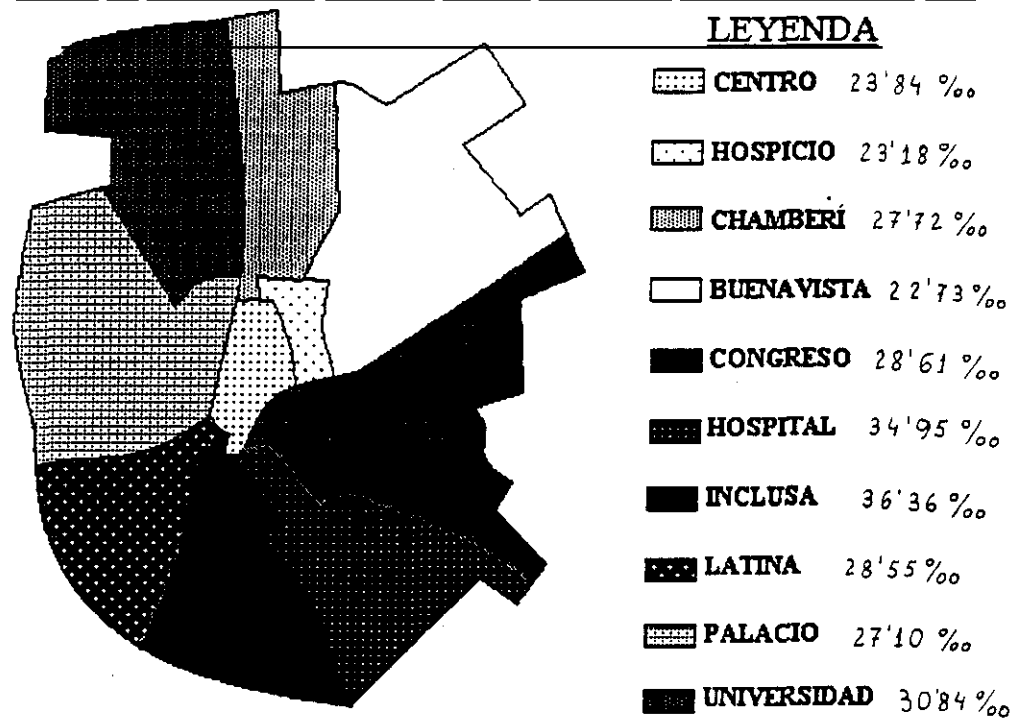
**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL DE LOS DISTRITOS MADRILEÑOS. AÑO 1918**



GRAFICA 4. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918) Estadística Demográfica. Resumen General Anual ...  
Elaboración propia.



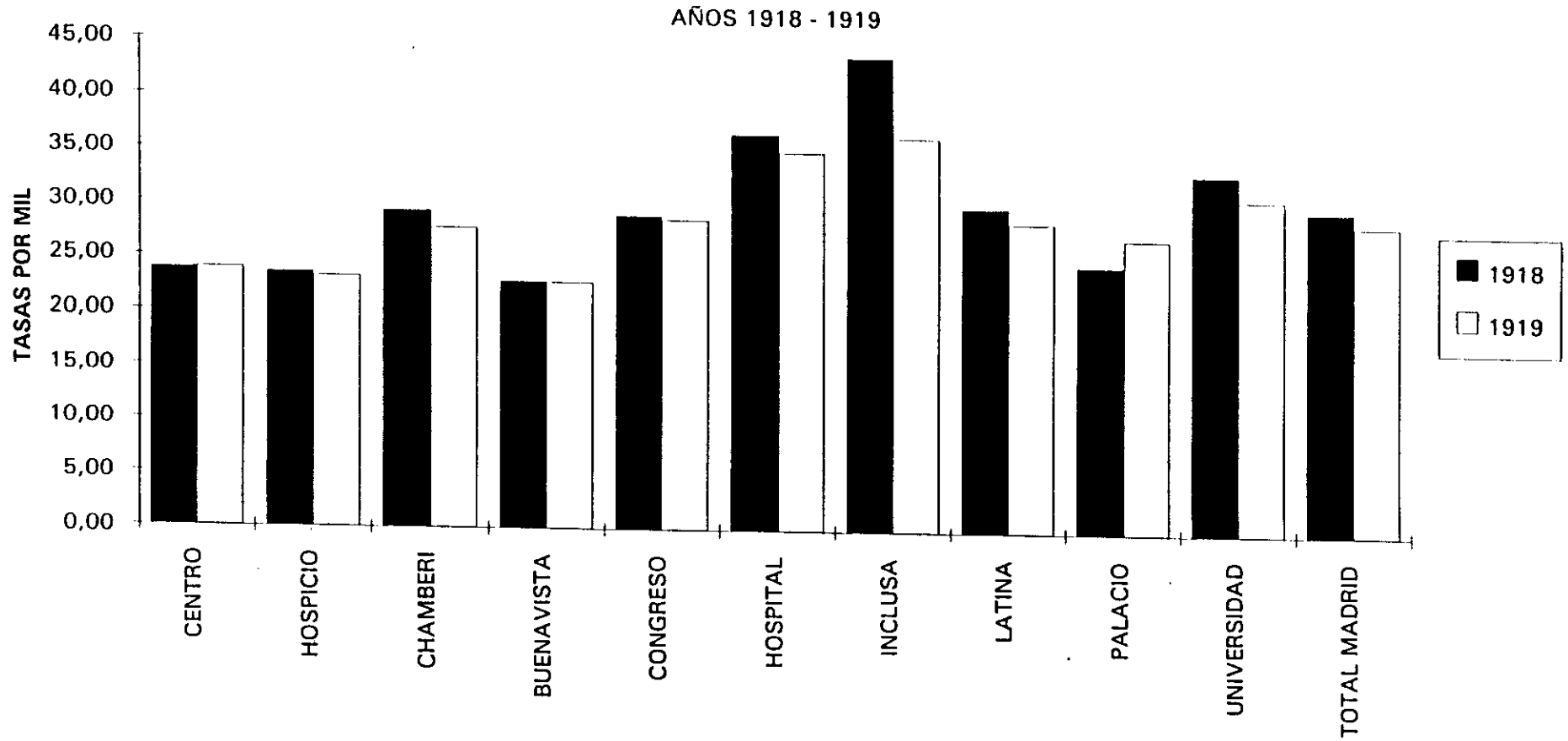
**TASAS DE MORTALIDAD GENERAL DE LOS DISTRITOS MADRILEÑOS. AÑO 1919**



GRAFICA 5. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1919) Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

Hauser, Chicote y Antonio Fernández (Gráficas 6.III.3. y 7.III.3.). Examinando estas fuentes dos hechos son dignos de reseñar: por un lado se observa que las mayores tasas de mortalidad general corresponden a Hospital y no a Inclusa; por otro lado, los valores obtenidos son superiores a los del Ayuntamiento, siendo 52,87‰ y 51,61‰ las tasas brutas de mortalidad general del distrito Hospital correspondientes a 1918 y 1919 respectivamente (Gráfica 7.III.3.). Por el contrario, las tasas de Centro (20,61‰ en 1918 y 20,60‰ en 1919), Hospicio (20,53‰ en 1918 y 20,52‰ en 1919), Buenavista (21,15‰ en 1918 y 20,56‰ en 1919), Inclusa (38,69‰ en 1918 y 31,84‰ en 1919), Latina (26,08‰ en 1918 y 25,04‰ en 1919) y Palacio (22,02‰ en 1918 y 23,32‰ en 1919) son menores que las que se obtenían a partir de los datos del Ayuntamiento. La elevada tasa de mortalidad general del distrito Hospital, coincidiendo con los años de la pandemia, puede ser justificada por el gran número de individuos que fallecieron durante la epidemia en el Hospital provincial, ya que en este centro se prestó la mayor parte de la asistencia hospitalaria a los epidemiados. Todos estos individuos no vivían en el distrito de Hospital, pero civilmente las muertes se registraban en el distrito correspondiente a su lugar de fallecimiento y no en el que vivían, por lo que las tasas de mortalidad más altas correspondieron generalmente a los distritos que proporcionaron mayor asistencia hospitalaria, principalmente Hospital y en menor medida Universidad, Congreso y Chamberí, en los que se ubicaban el 64,2% de los hospitales madrileños<sup>11</sup>. Sin embargo, el Ayuntamiento elaboró

### MORTALIDAD GENERAL DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS

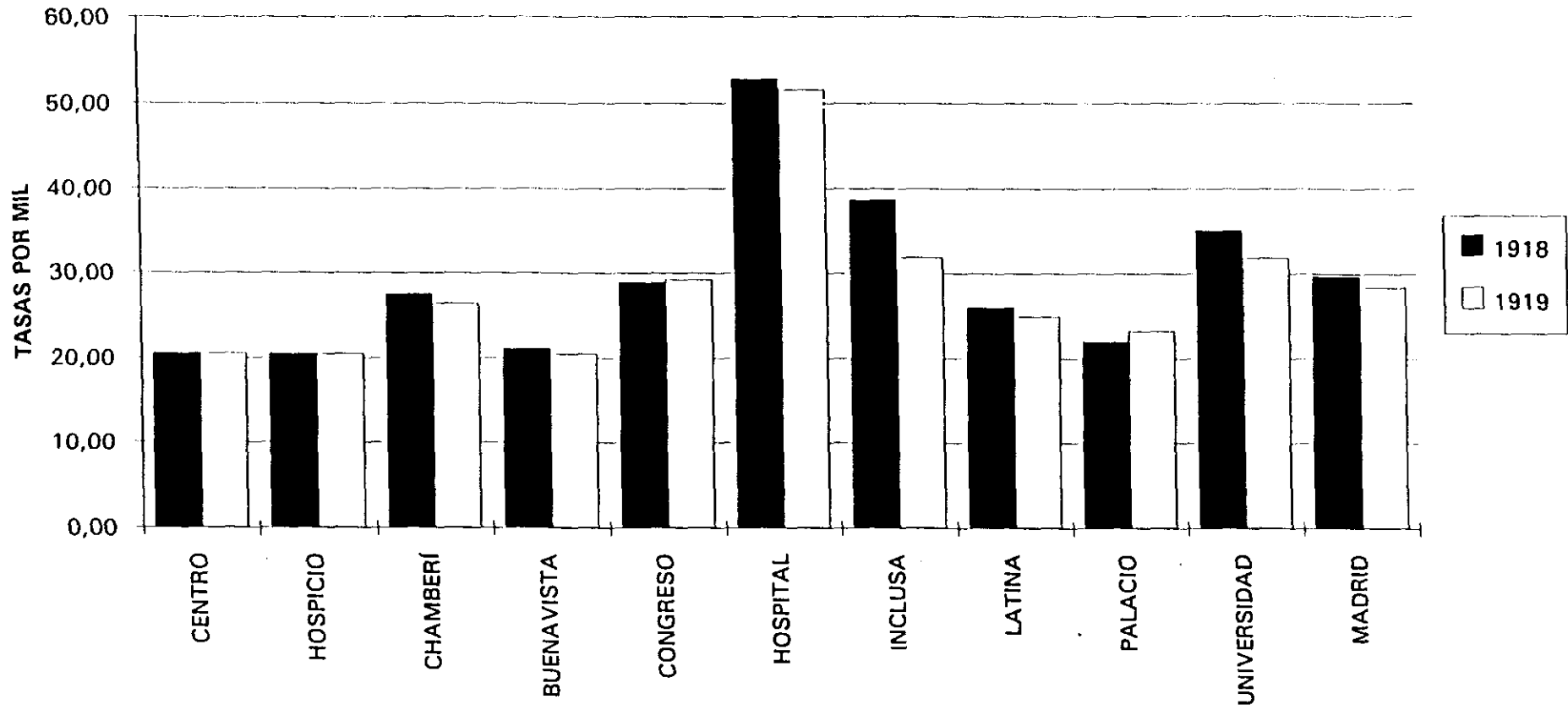


GRAFICA 6. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918, 1919), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...

Elaboración propia.

### MORTALIDAD GENERAL DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS

AÑOS 1918 - 1919



GRAFICA 7. III.3. Fuente: Registro Civil de Madrid.  
Elaboración propia.

sus estadísticas a partir de los datos de los cementerios, donde las muertes se consignaban en el distrito correspondiente al lugar de residencia y no al de su fallecimiento.

Por lo tanto, el diferente modo de registrar las defunciones ha conducido a que cada una de las fuentes citadas -Ayuntamiento y Registro Civil- proporcione diferentes cifras tanto totales como por distritos. Esto último tiene gran importancia para el estudio de la posible mortalidad diferencial general y específica entre los distritos madrileños, y supone que los resultados y las conclusiones que se obtendrían a partir de los datos de cada una de las fuentes serían totalmente diferentes. En el caso de que se utilizaran únicamente los datos del Registro Civil se llegaría a unas conclusiones erróneas, salvo que al hacer el vaciado de los datos se consignara el domicilio del finado -en los casos en que conste ese dato- y además, al realizar los cálculos se computaran en el distrito al que pertenecían<sup>12</sup>. Por lo tanto, para estudiar la mortalidad diferencial en Madrid sería más adecuado emplear como fuente las estadísticas elaboradas por el Ayuntamiento, pero para el caso concreto de la epidemia de gripe de 1918-19 ofrecen otro inconveniente: no se conservan los volúmenes completos de la *Estadística Demográfica* correspondientes a los años posteriores a 1915, existiendo tan sólo los *Resúmenes generales anuales*, que no incluyen los datos desglosados por meses y causas de muerte<sup>13</sup>.

Una vez que ha quedado claro que hubo un exceso de mortalidad general en la ciudad de Madrid y en todos sus

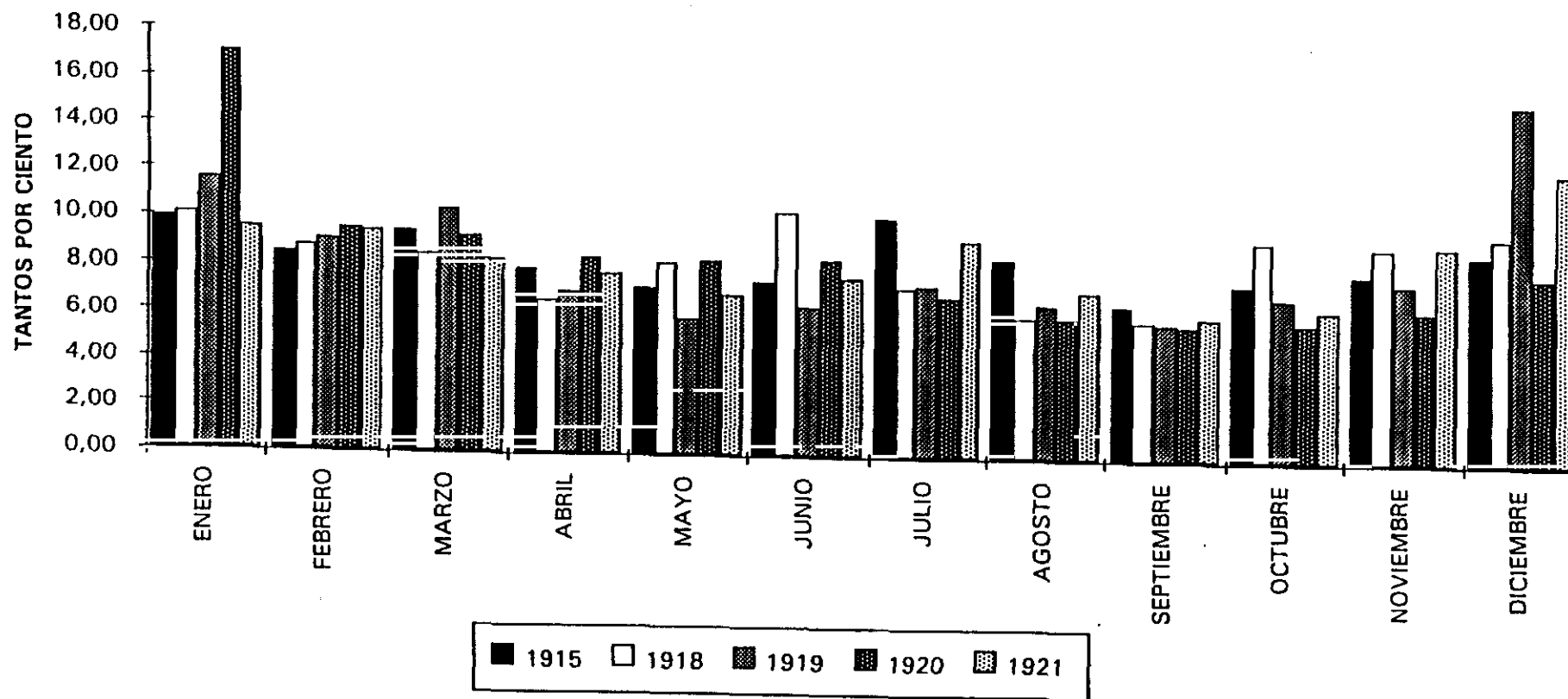
distritos coincidiendo con los años de la pandemia de gripe, es preciso establecer si realmente esta sobremortalidad fue consecuencia de la epidemia. Para estudiar esto resulta necesario, entre otras cosas, examinar la distribución mensual de la mortalidad general tanto en la ciudad de Madrid como en sus diez distritos.

#### III.3.1.1. Distribución por meses de la mortalidad general

La pandemia gripal modificó la distribución mensual de la mortalidad general de la ciudad Madrid, elevándose el porcentaje de fallecidos en mayo y en junio de 1918. Se registraron en estos dos meses el 8,23% y el 10,38% de las muertes habidas en ese año. Un nuevo aumento, aunque menor, se produjo a partir de octubre de 1918 (9,32%), manteniéndose porcentajes superiores a los no epidémicos desde entonces hasta el final del primer semestre de 1919. En este período correspondieron a enero (11,59%) y a marzo (10,33%) de 1919 los valores porcentuales más elevados (Gráfica 8.III.3.).

Estas elevaciones porcentuales coincidieron con el desarrollo de los tres brotes epidémicos en la ciudad de Madrid y se ajustaron básicamente a lo que ha señalado Echeverri para su provincia. El importante incremento que hubo en la mortalidad durante el primer brote indica que la benignidad del mismo fue menor de lo que señalaron los profesionales sanitarios, las autoridades y la prensa diaria<sup>14</sup>. No obstante, dichas elevaciones no fueron tan bruscas como en otras ciudades, por ejemplo Alicante, dónde

## MORTALIDAD GENERAL DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR AÑOS



GRAFICA 8. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid, Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia.

más del 30% de las defunciones de 1918 ocurrieron en octubre, o Bilbao, que en dicho mes concentró el 25% de todas las muertes habidas en 1918<sup>15</sup>. Los aumentos registrados coincidiendo con los tres brotes gripales de 1918-19, pese a ser importantes, no fueron los mayores habidos durante los años 1915, 1918, 1919, 1920 y 1921; éstos se produjeron en diciembre de 1919 y en enero de 1920, meses en los que hubo un 15,29% y un 16,94% de fallecidos respectivamente (Gráfica 8.III.3.). Responsable de este incremento de la mortalidad fue un nuevo episodio gripal que correspondería a una de las epidemias satélites que, según Campbell, rodean a las grandes pandemias de gripe<sup>16</sup>. Esta epidemia estuvo presente en Madrid desde los últimos días de noviembre de 1919 hasta enero de 1920, siendo la última semana de diciembre de 1919 y la primera de enero de 1920 las de mayor mortalidad<sup>17</sup>.

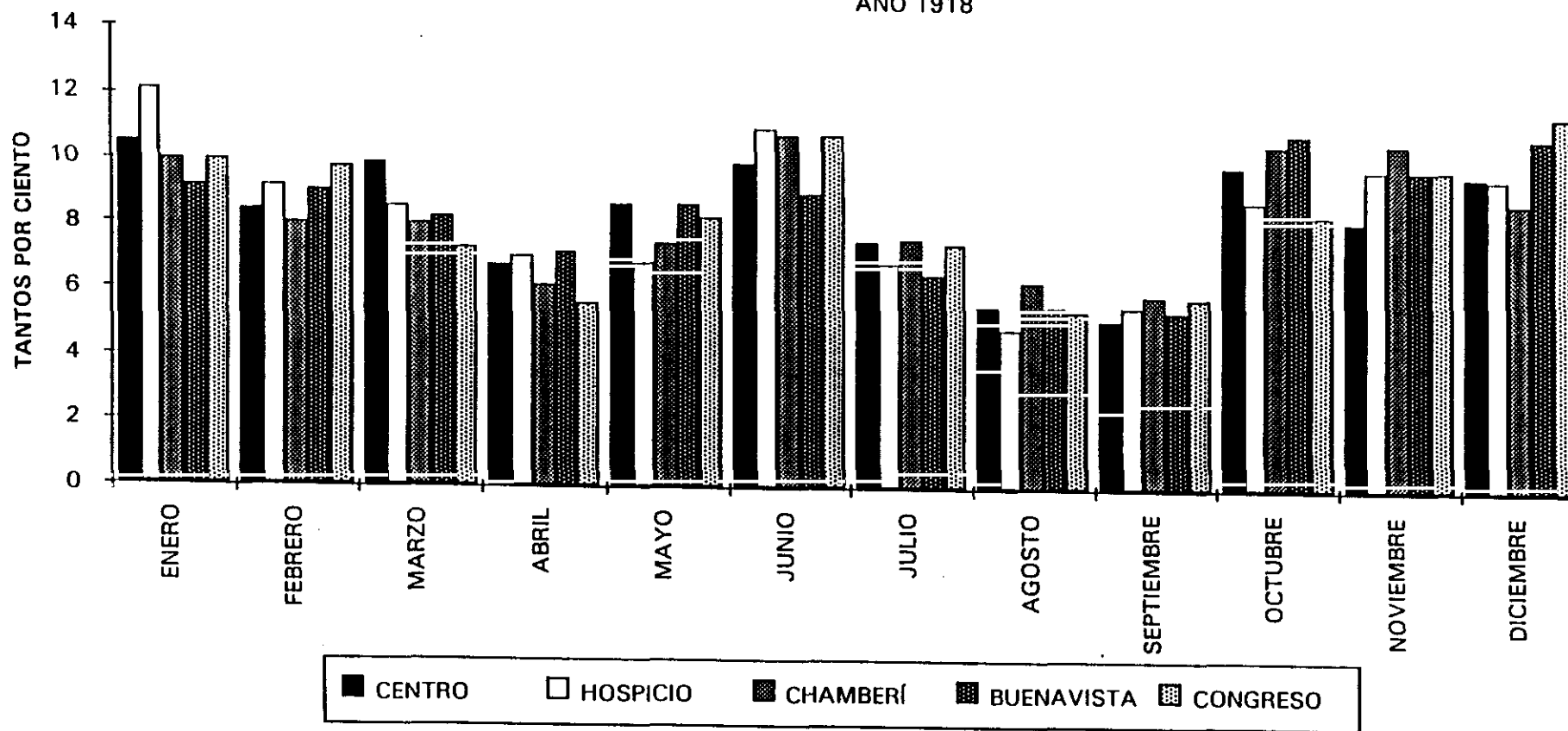
#### III.3.1.2. Distribución de la mortalidad general por meses y por distritos

El porcentaje mensual de defunciones aumentó en casi todos los distritos madrileños coincidiendo con el desarrollo de los tres brotes gripales, siguiendo un patrón similar a lo señalado para el conjunto de Madrid. No obstante se observan ciertas peculiaridades que voy a ir comentando a continuación (Gráficas 9.III.3., 10.III.3., 11.III.3. y 12.III.3.). Durante el primer brote el porcentaje de defunciones se elevó en mayo y, sobre todo, en junio de 1918. En este último mes se concentró el 10%  $\pm$ 1% de los fallecidos de dicho año en todos



## MORTALIDAD GENERAL. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR DISTRITOS

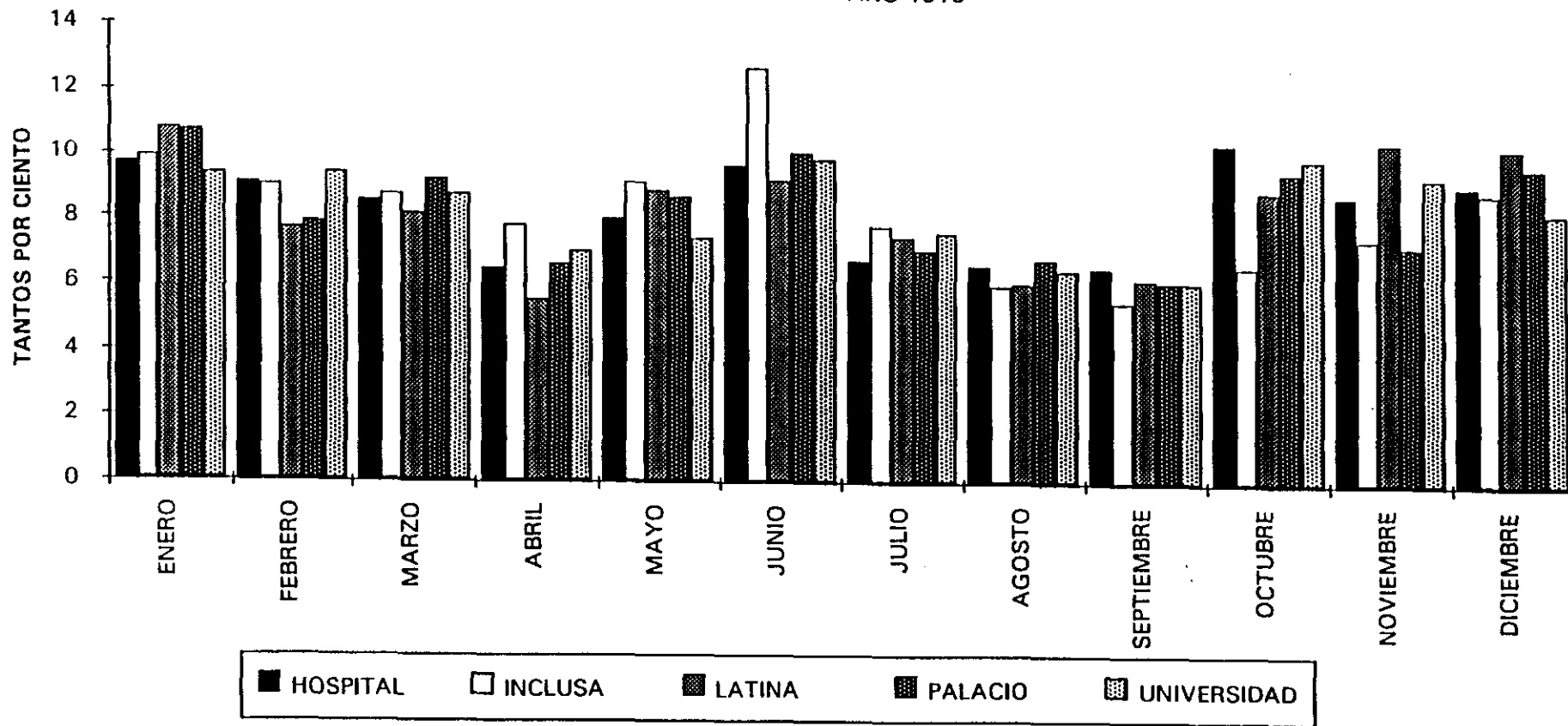
AÑO 1918



GRAFICA 9. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918), Estadística Demográfica. Resumen General Anual ...  
Elaboración propia.

# MORTALIDAD GENERAL. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR DISTRITOS

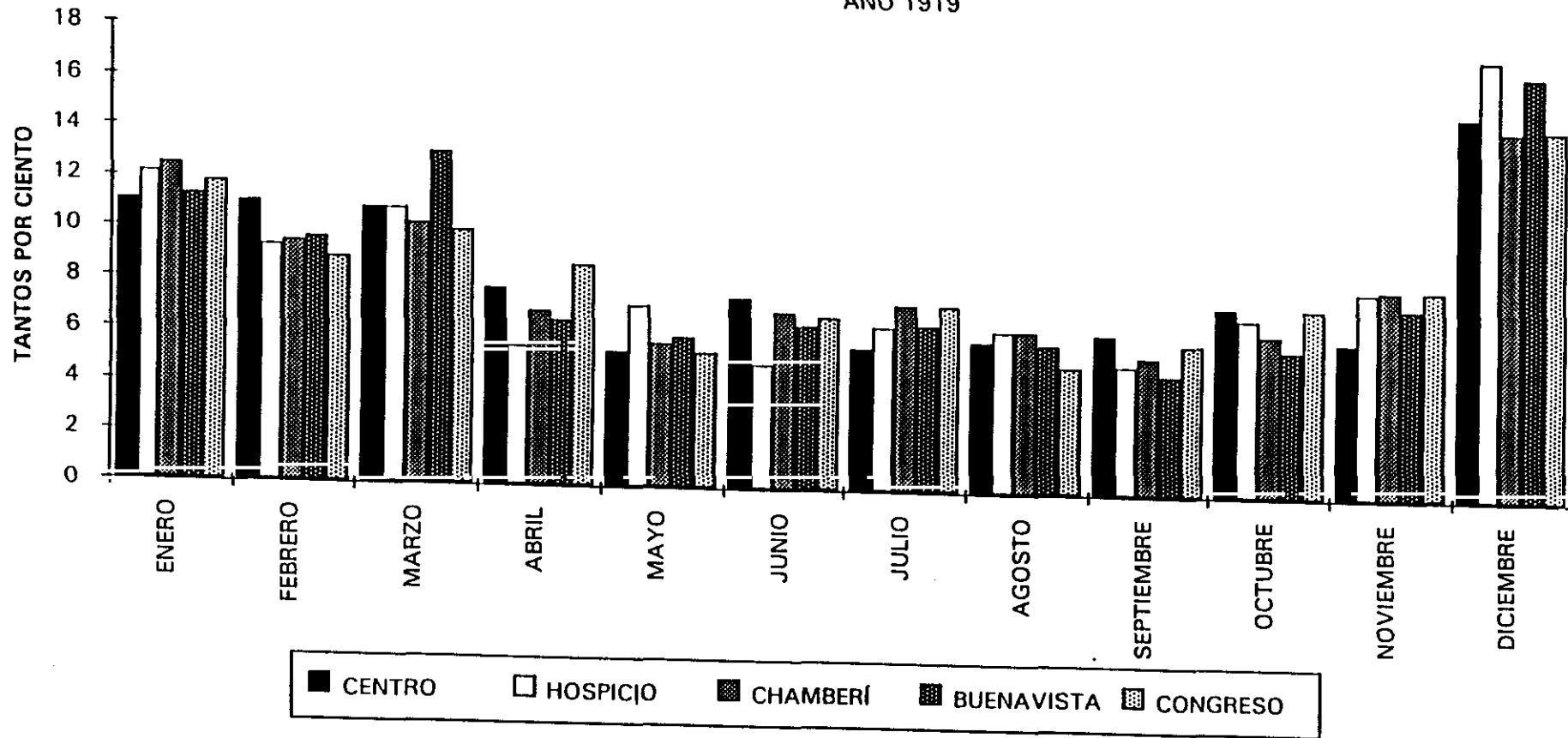
AÑO 1918



GRAFICA 10. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918), Estadística Demográfica. Resumen General Anual ...  
Elaboración propia.

## MORTALIDAD GENERAL. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR DISTRITOS

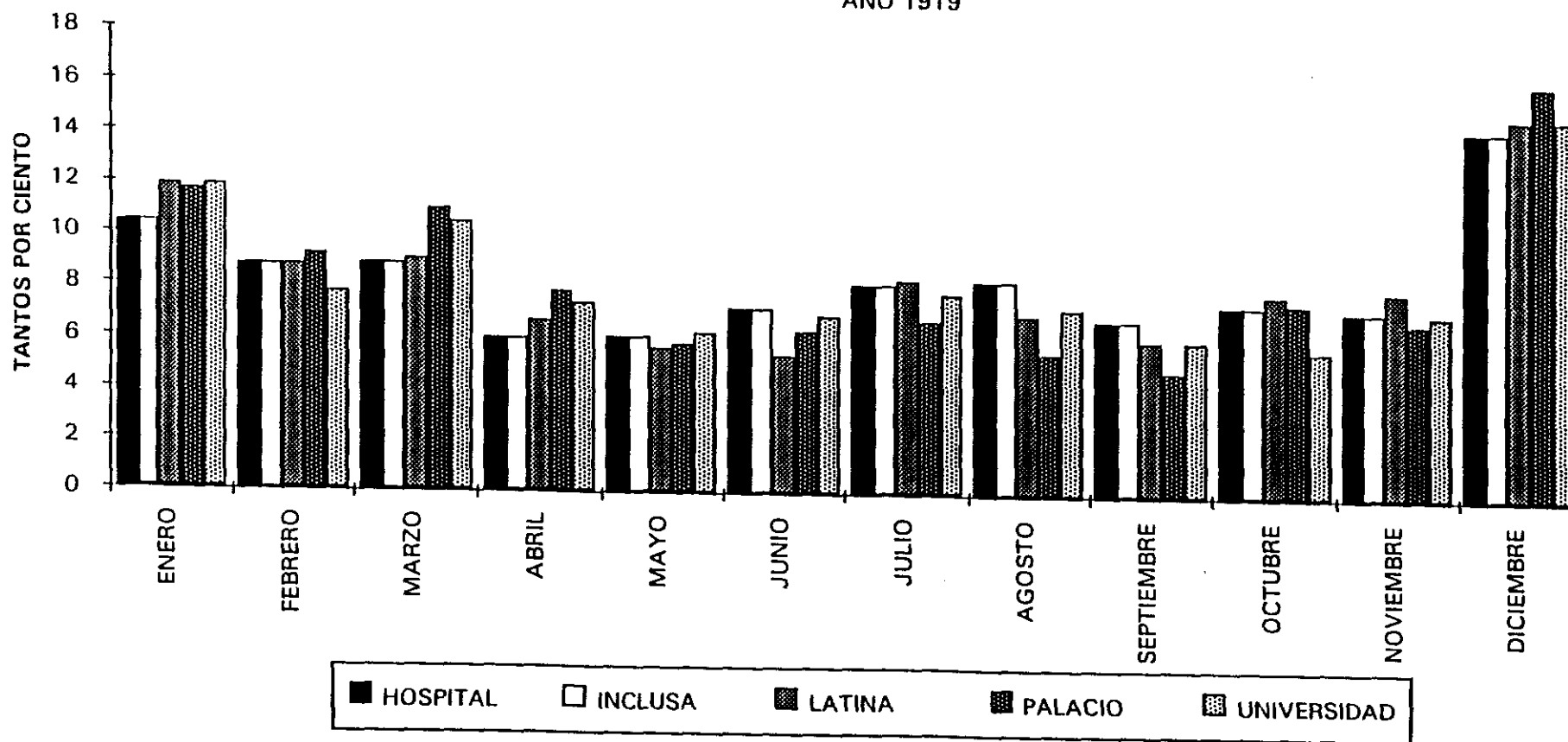
AÑO 1919



GRAFICA 11. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1919), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

## MORTALIDAD GENERAL. DISTRIBUCIÓN POR MESES Y POR DISTRITOS

AÑO 1919



GRAFICA 12. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1919), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

los distritos, excepto en el de Inclusa donde representó el 12,72% (Gráficas 9.III.3. y 10.III.3.).

En los otros dos brotes los porcentajes fueron también bastante similares, salvo en el caso de Inclusa que, tanto en octubre como en noviembre de 1918, registró entre un 2% y un 4% menos de fallecidos que los demás distritos (Gráficas 9.III.3. y 10.III.3.). Esto sumado al mayor porcentaje habido durante el primer brote, sugiere que en el distrito de Inclusa el primer episodio tuvo, probablemente, mayor impacto que el segundo. En 1919 tampoco fueron muchas las diferencias. En casi todos los distritos el porcentaje de fallecidos habido en el mes de marzo de 1919, coincidiendo con el tercer brote epidémico, giró en torno al 10%  $\pm 0,5\%$ . Una excepción fue Buenavista, en donde se registró un 13,11% de las defunciones en dicho mes (Gráficas 11.III.3. y 12.III.3.). Por lo tanto, en Buenavista, a diferencia de lo que ocurrió en Inclusa, el segundo y el tercer brote de la epidemia tuvieron mayor importancia que el primero. Probablemente las mejores condiciones del distrito de Buenavista fueron responsables de la menor importancia que tuvo la primera invasión epidémica, pero la falta de inmunidad de sus habitantes los hizo más susceptibles durante el segundo y el tercer brote. Por el contrario, los habitantes del distrito de Inclusa estuvieron expuestos a la enfermedad desde el primer momento y, si bien el primer brote adquirió mayor gravedad, la inmunidad que les proporcionó impidió que también lo fueran el segundo y el tercero.

No obstante, el mayor porcentaje de muertes, tanto de

1918 como de 1919, ocurrió en diciembre de este último año, concentrándose en él el 15% de las defunciones de todos los distritos, que en el caso de Hospicio fue el 17,27% (Gráficas 11.III.3. y 12.III.3.). Todo esto contrasta con lo señalado por Rodríguez Ocaña para la ciudad de Barcelona, en donde el mayor número de muertes se registró en octubre de 1918 en todos los distritos<sup>18</sup>. Por su parte, March Bisbal y Salas Vives han indicado que en Pollença la mayor mortalidad se produjo en Noviembre de 1918<sup>19</sup>.

A lo largo de este epígrafe se han mostrado las variaciones que se produjeron en la mortalidad general de la ciudad de Madrid y de sus diez distritos durante 1918 y 1919 respecto a los años no epidémicos, y se ha puesto de relieve la coincidencia entre las elevaciones de la mortalidad general y el desarrollo de los tres brotes epidémicos. No obstante, es necesario conocer las variaciones que hubo en las tasas de mortalidad por gripe y por las otras enfermedades antes señaladas con el fin de valorar el verdadero impacto de la pandemia de gripe de 1918-19 en Madrid.

### III.3.2. Mortalidad específica

La pandemia de gripe de 1918-19 no sólo tuvo efectos sobre la mortalidad general, sino también sobre la mortalidad específica, elevándose la mortalidad por "gripe" y por otras causas, entre ellas las siguientes: "neumonía", "bronquitis crónica", "bronquitis aguda" (sólo en 1919), "tuberculosis pulmonar", "otras enfermedades respiratorias", "enfermedades

orgánicas del corazón", "nefritis aguda-enfermedad de Bright", "senectud" y en menor medida "diarrea y enteritis en menores de 2 años" (Ver cuadro 1.III.3.)<sup>20</sup>. La importancia que cobró la mortalidad por los diferentes procesos respiratorios durante 1918 y 1919<sup>21</sup> y las diferentes opiniones que se mantuvieron respecto al posible efecto negativo de la epidemia sobre los enfermos de tuberculosis pulmonar<sup>22</sup>, así como su condición de indicador social, son algunas de las razones que justifican que centre mi estudio únicamente en la mortalidad por "gripe", "bronquitis crónica", "neumonía", "bronquitis aguda", "tuberculosis pulmonar", "otras enfermedades respiratorias", "diarrea y enteritis en los menores de 2 años"<sup>23</sup>. Con ello pretendo valorar mejor el impacto que tuvo la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad específica. Primero mostraré las modificaciones que se produjeron en las tasas anuales de mortalidad y a continuación analizaré la distribución mensual de las diferentes tasas durante 1918 y 1919<sup>24</sup>.

#### III.3.2.1. Distribución anual de las tasas de mortalidad por gripe

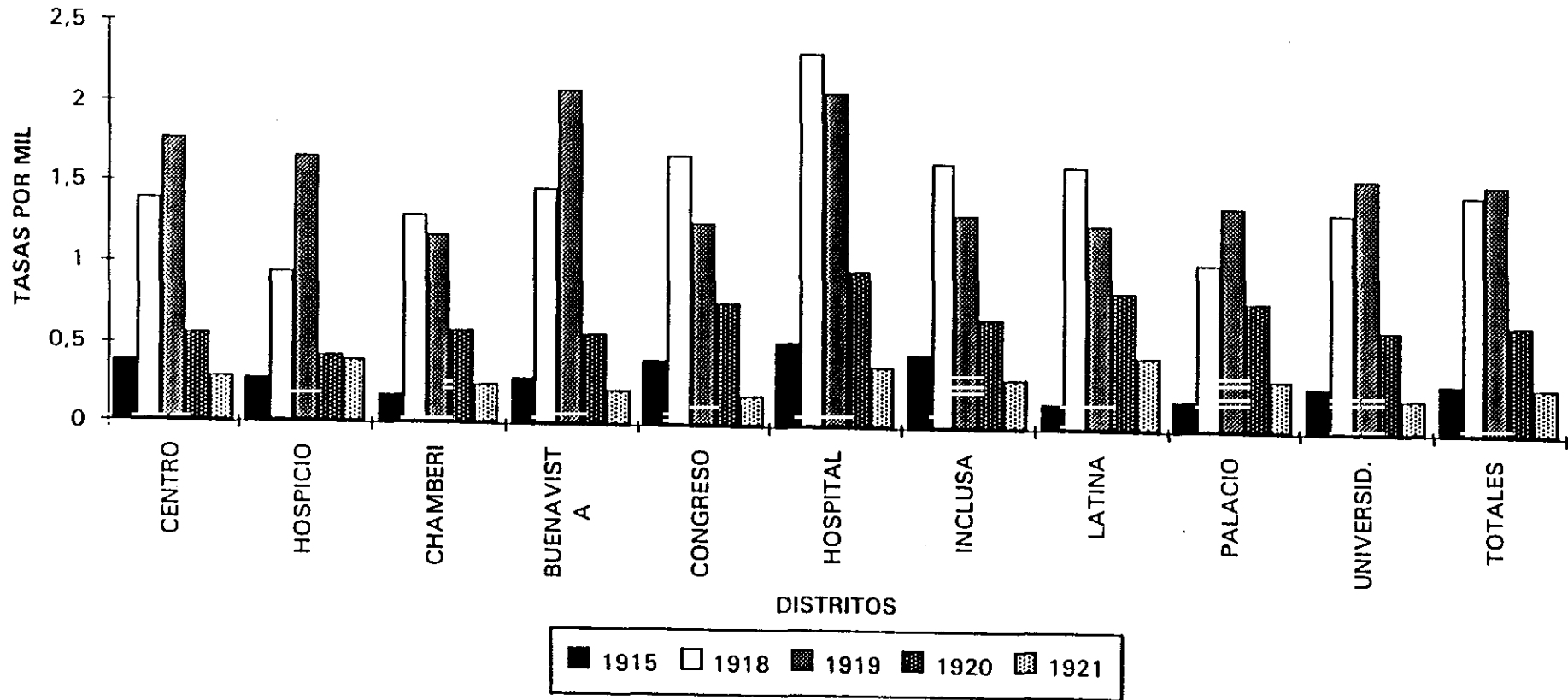
Durante 1918 y 1919 se produjo un importante aumento en las tasas de mortalidad por gripe de la ciudad de Madrid y de todos sus distritos (Gráfica 13.III.3.). Los valores alcanzados en esos años fueron tres y cuatro veces superiores a los de 1915, aunque inferiores a la tasa de mortalidad por gripe de España que según Marcelino Pascua fue 6,973‰ en 1918<sup>25</sup>.

	TOTAL	1915 %	TASAS	TOTAL	1918 %	TASAS	TOTAL	1919 %	TASAS
GRIPES	198	1,28	0,32	959	5,05	1,51	1006	5,49	1,57
OTRAS ENFERM.	1234	7,99	1,98	1991	10,49	3,14	2048	11,17	3,20
PNEUMONÍA	372	2,41	0,60	547	2,88	0,86	421	2,30	0,66
BRONQ. CRÓNICA	375	2,43	0,60	550	2,90	0,87	548	2,99	0,86
BRONQ. AGUDA	922	5,97	1,48	912	4,81	1,44	1141	6,22	1,78
TB. PULMONAR	1630	10,55	2,61	1989	10,48	3,13	1908	10,41	2,98
ENF. ORG. CORAZÓN	1051	6,80	1,68	1234	6,50	1,94	1283	7,00	2,01
NEFR. AGUDA ENF. BRIGHT	418	2,70	0,67	591	3,11	0,93	569	3,10	0,89
SENECTUD	361	2,34	0,58	540	2,84	0,85	547	2,98	0,85
DIARREA ENTER. < 2 AÑOS	1126	7,29	1,80	1174	6,19	1,85	981	5,35	1,53
	TOTAL	1920 %	TASAS	TOTAL	1921 %	TASAS			
GRIPES	467	2,59	0,72	209	1,29	0,31			
OTRAS ENFERM.	1885	10,44	2,92	1513	9,33	2,23			
PNEUMONÍA	333	1,84	0,51	345	2,13	0,51			
BRONQ. CRÓNICA	495	2,74	0,77	473	2,92	0,70			
BRONQ. AGUDA	1155	6,40	1,79	942	5,81	1,39			
TB. PULMONAR	1915	10,61	2,97	1535	9,47	2,26			
ENF. ORG. CORAZÓN	1144	6,34	1,77	1301	8,02	1,92			
NEFR. AGUDA ENF. BRIGHT	471	2,61	0,73	563	3,47	0,83			
SENECTUD	464	2,57	0,72	396	2,44	0,58			
DIARREA ENTER. < 2 AÑOS	1075	5,95	1,66	1386	8,55	2,04			

CUADRO 1. III.3. MORTALIDAD ESPECIFICA DE LA CIUDAD DE MADRID  
Fuente: Ayuntamiento de Madrid.  
Elaboración propia.



**MORTALIDAD POR GRIPE  
DISTRIBUCION POR DISTRITOS Y POR AÑOS**



GRAFICA 13. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921) Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia.

Tampoco se llegó a tasas entre el 3‰ y el 5‰, como en la mayoría de los países europeo-occidentales<sup>26</sup>, o como en los distritos de Barcelona en 1918<sup>27</sup> y en las Baleares<sup>28</sup>. Una vez más se pone de manifiesto que pese a la importante repercusión que tuvo la epidemia de gripe de 1918-19 sobre la mortalidad por gripe de la ciudad de Madrid, ésta no fue tan grave como en otros sitios.

Durante 1918 las tasas de la mayoría de los distritos madrileños giraron en torno al 1,51‰, siendo 2,34‰ y 0,94‰, la máxima y la mínima de dicho año, que correspondieron al distrito de Hospital y al de Hospicio, respectivamente. Por su parte en 1919, las tasas oscilaron en torno al 1,57‰, existiendo mayor igualdad entre los valores, siendo la tasa menor la de Chamberí (1,18‰) y la mayor la de Buenavista (2,1‰). En general, las tasas de mortalidad por gripe fueron superiores en 1918 que en 1919 en la mayoría de los distritos, excepto en Centro, Hospicio, Buenavista y Universidad, en donde ocurrió lo contrario (Gráfica 13.III.3.). No hubo grandes diferencias entre las tasas de los diez distritos madrileños, y éstas son aún menores si se consideran en conjunto las tasas de 1918 y 1919. Por todo ello, resulta difícil hablar de una mortalidad diferencial por distritos.

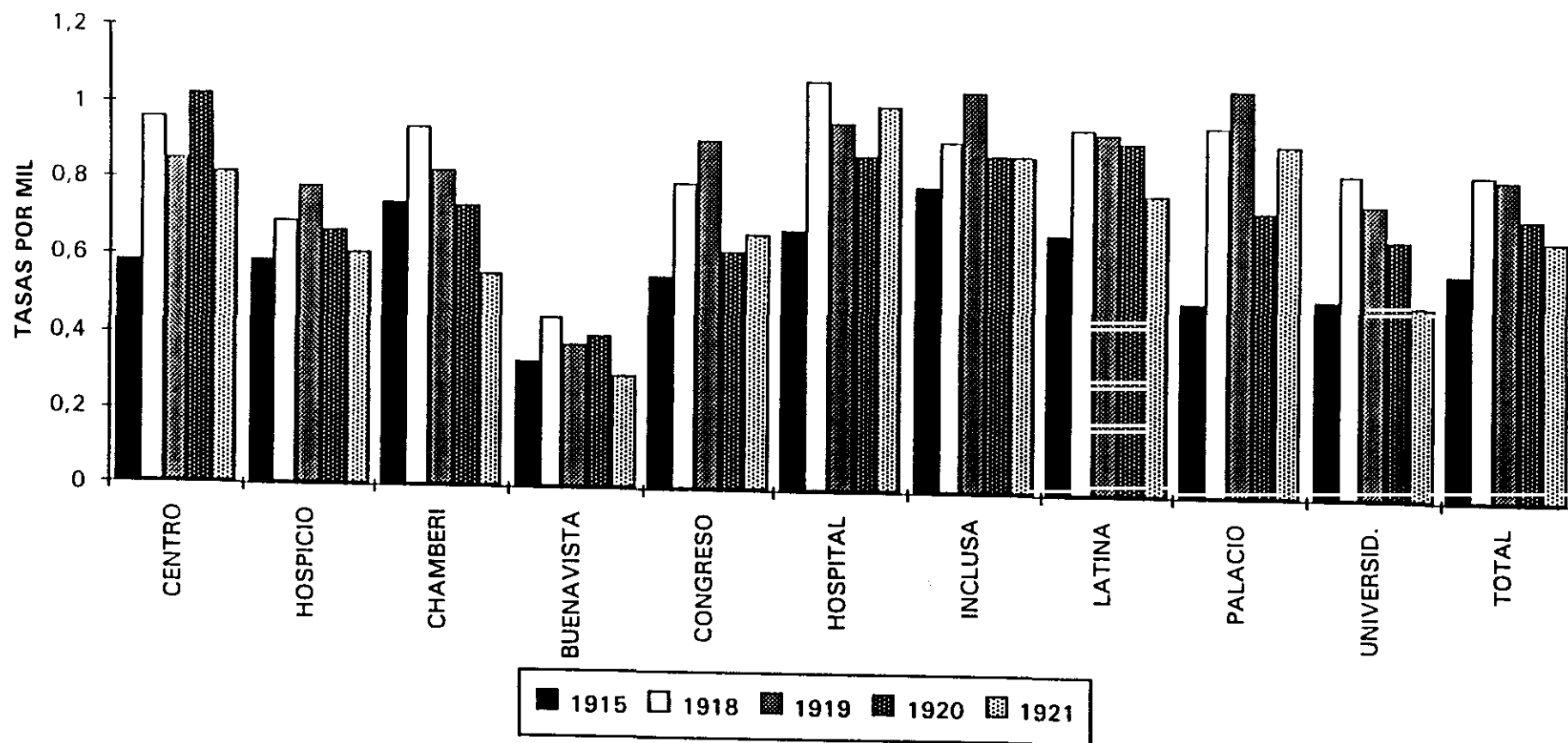
#### III.3.2.2. Distribución anual de las tasas de mortalidad por bronquitis crónica y bronquitis aguda

La mortalidad por bronquitis crónica también se vio modificada durante 1918 y 1919, produciéndose una elevación

de las tasas de la ciudad de Madrid y de todos sus distritos (Gráfica 14.III.3.). No hubo grandes diferencias entre los distintos valores, y quizás lo más llamativo fue la menor cuantía de las tasas de Buenavista y las pequeñas elevaciones habidas en 1918 y 1919. En el distrito de Hospicio, al igual que en el de Buenavista, la tasa de mortalidad por bronquitis crónica aumentó poco durante 1918 y 1919 (Gráfica 14.III.3.). Para explicar esto se podría aludir a las mejores condiciones de ambos distritos, pero los restantes, pese a sus diferentes condiciones, tuvieron tasas bastante similares. Probablemente, como he sugerido, en algún caso la sobremortalidad por bronquitis crónica esté enmascarando la producida por gripe<sup>29</sup>.

Por lo que se refiere a las tasas de mortalidad por bronquitis aguda, cabe decir que durante 1918 no sólo no aumentaron sino que incluso fueron inferiores a las registradas en 1915 tanto en la ciudad de Madrid como en la mayoría de los distritos, con la única excepción del distrito de Chamberí. Sin embargo, en el conjunto de nuestro país la mortalidad por bronquitis aguda aumentó durante 1918 un 40% respecto a la media de los años anteriores<sup>30</sup>. Las elevaciones se produjeron en 1919 y 1920 en Madrid y en todos sus distritos (Gráfica 15.III.3.). Estos aumentos creo que hay que relacionarlos con la epidemia de gripe que se registró en Madrid desde los últimos días del mes de noviembre de 1919 hasta finales de enero de 1920; y además habrían sido a expensas sobre todo de los menores de 1 año. Esto fue indicado por Luis Lasbennes en 1920 y yo he podido confirmarlo al revisar los *Libros de Defunción* del Registro Civil de los diez

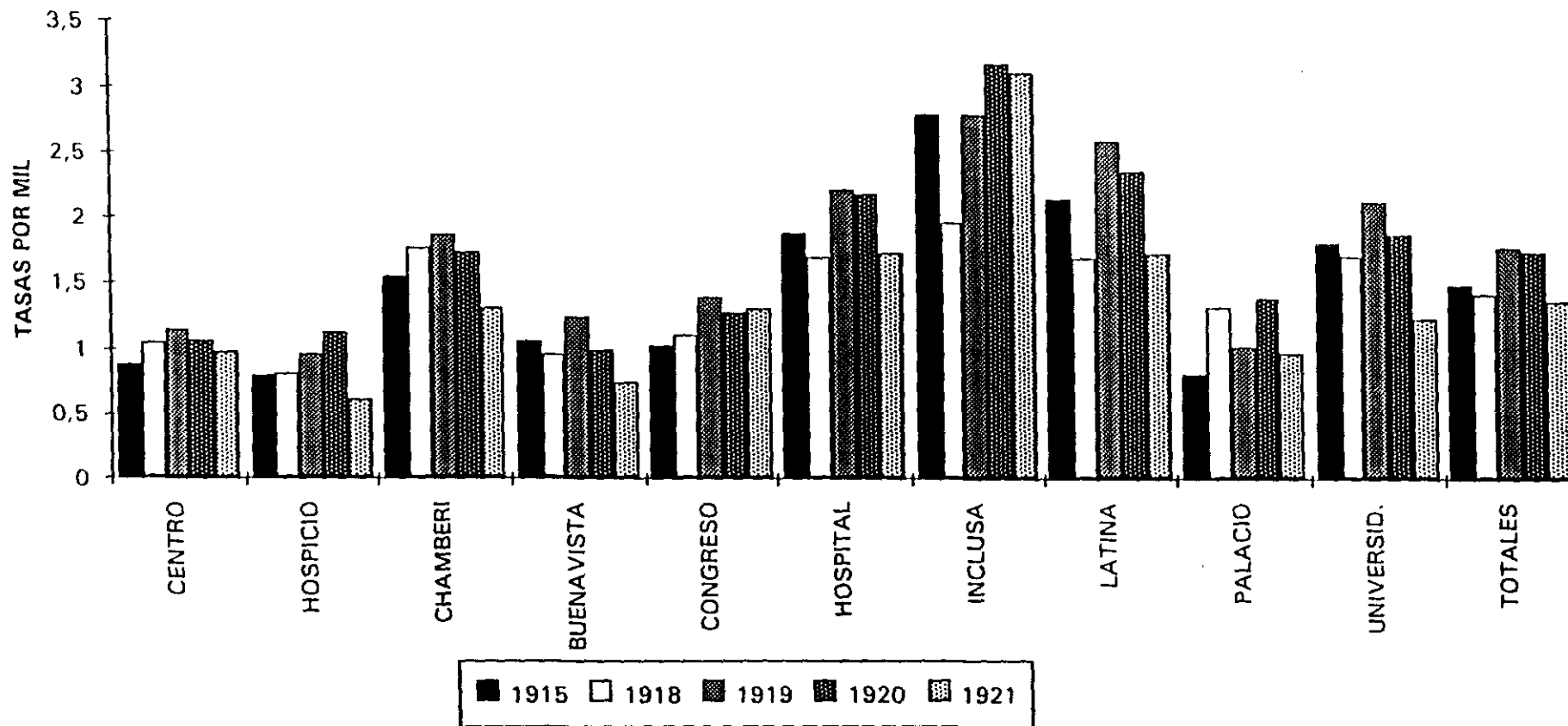
### MORTALIDAD POR BRONQUITIS CRÓNICA. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 14. III.3.

Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915,1918,1919,1920,1921), Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia.

MORTALIDAD POR BRONQUITIS AGUDA. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 15. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

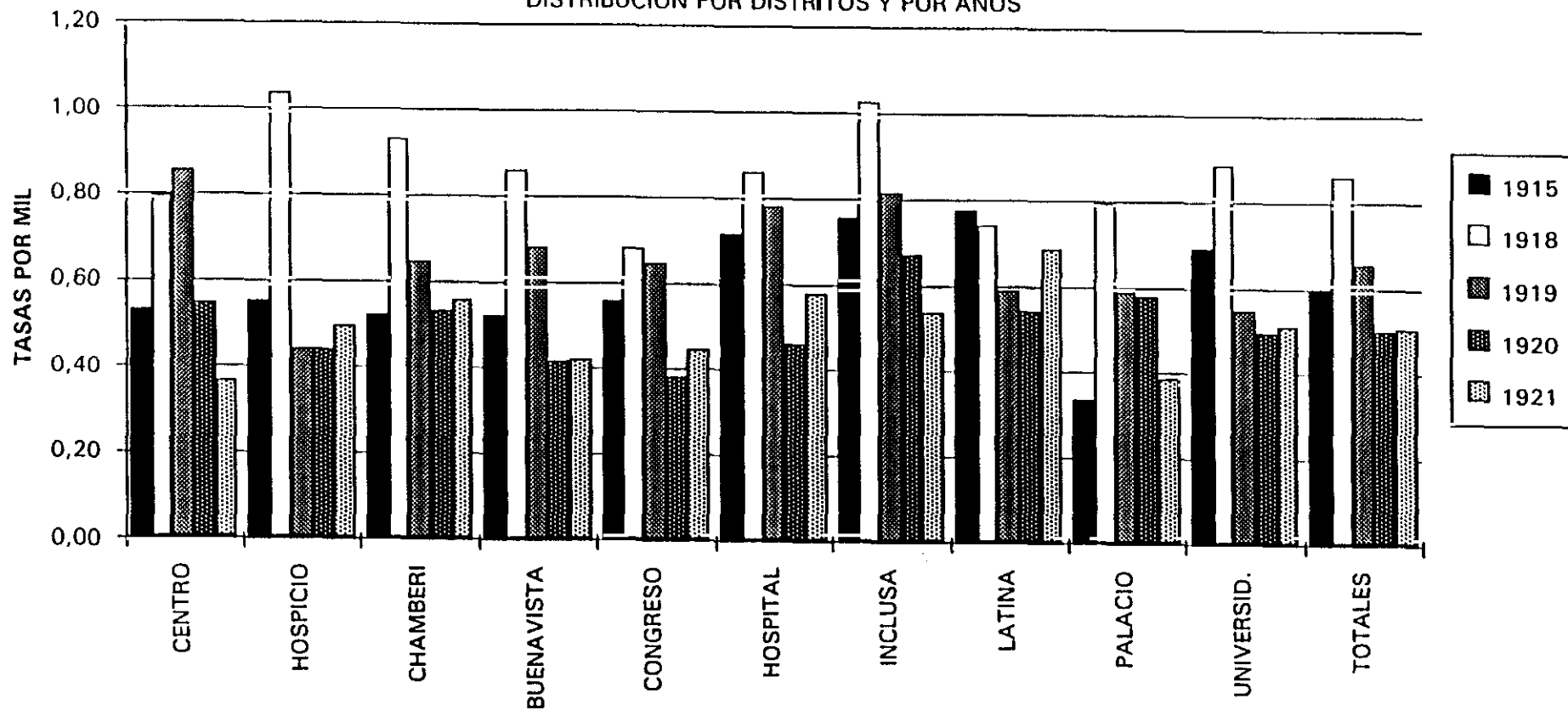
distritos madrileños correspondientes a diciembre de 1919 y a enero de 1920, observando cómo a medida que apareció la "gripe" como causa de muerte entre los adultos, aumentó la mortalidad infantil y los diagnósticos de "bronquitis aguda" entre los niños -sobre todo menores de 1 año-<sup>31</sup>.

### III.3.2.3. Distribución anual de las tasas de mortalidad por neumonía

Otro de los efectos de la pandemia de gripe fue la elevación de las tasas de mortalidad por neumonía de la ciudad de Madrid y de todos sus distritos -salvo Latina- en 1918 y 1919, especialmente durante 1918. Una excepción a esto último fue el distrito de Centro cuyas mayores tasas de mortalidad correspondieron a 1919 y no a 1918. El aumento no fue de la misma cuantía, registrándose las tasas más elevadas en los distritos considerados de mejor nivel socioeconómico (Gráfica 16.III.3.). La sobremortalidad por neumonía que se registró en 1918 podría haberse debido a dos causas: o bien por el segundo brote de la epidemia, ya que fue a dicho brote al que los contemporáneos atribuyeron mayor número de complicaciones sobre todo neumónicas; o bien, enmascararía parte de la mortalidad debida a cualquiera de las formas de gripe, y en ese caso podría corresponder tanto al primero como al segundo brote. Más adelante, cuando se muestre la evolución mensual de la tasa de mortalidad por neumonía de la ciudad de Madrid durante 1918 y 1919, se podrá precisar más sobre la estacionalidad de dicha sobremortalidad.

## MORTALIDAD POR PNEUMONÍA

DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 16. III.3.

Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

#### III.3.2.4. Distribución anual de las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar

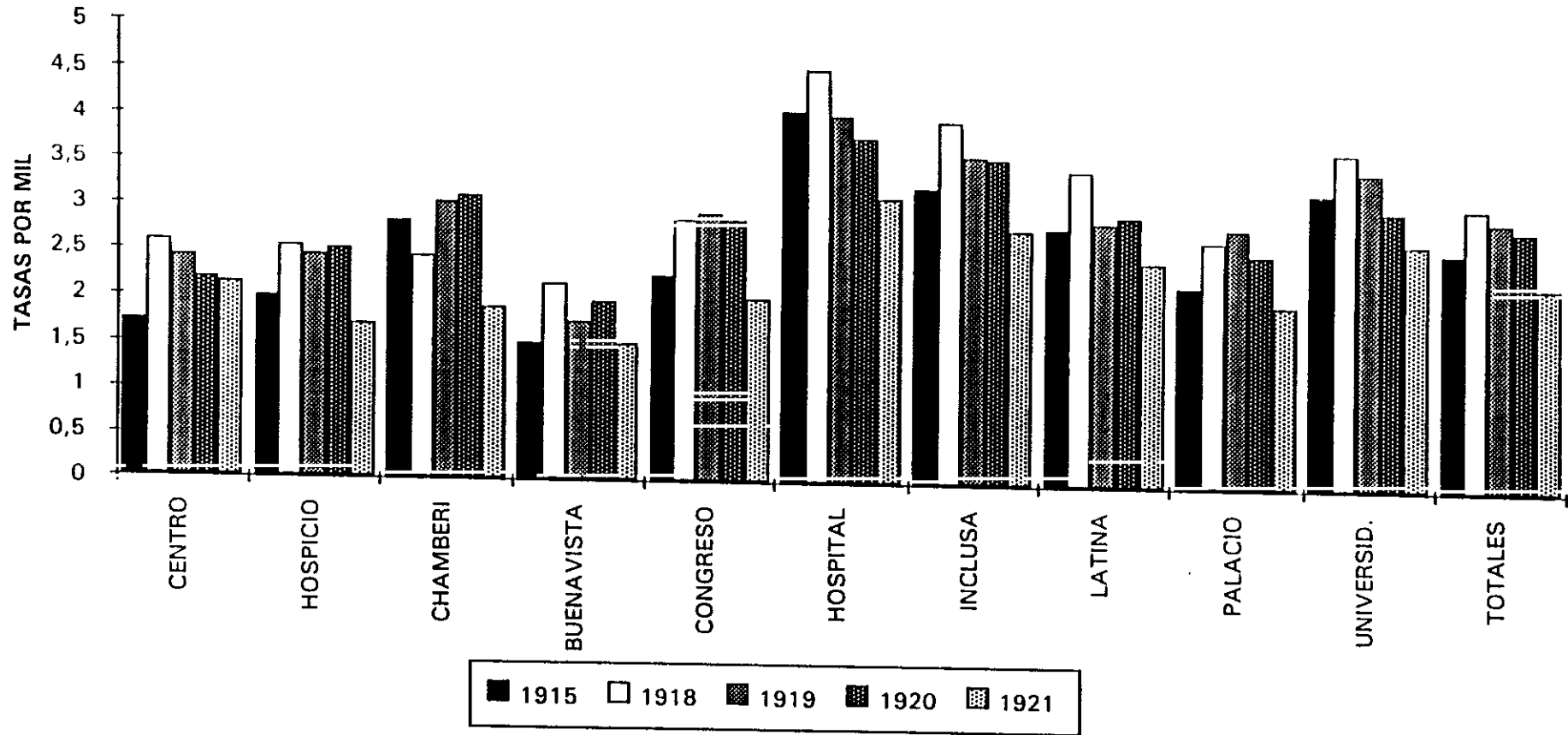
La mortalidad por tuberculosis pulmonar de la ciudad de Madrid y de sus distritos se elevó durante 1918 y 1919. El aumento no fue muy espectacular, e incluso en Chamberí durante 1918 no sólo no aumentó la mortalidad por tuberculosis, sino que ésta fue inferior a la de 1915 (Gráfica 17.III.3.). Las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar en los años no epidémicos presentan una estructuración horizontal en relación con las condiciones de los distintos distritos, correspondiendo las más elevadas a los distritos menos favorecidos, las menores a los más favorecidos y las medianas a los de condiciones intermedias. Pues bien, durante los años de la epidemia se conservó esta estructuración.

#### III.3.2.5. Distribución anual de las tasas de mortalidad por otras enfermedades respiratorias

La importancia que cobraron las distintas enfermedades del aparato respiratorio en la sobremortalidad que se registró durante 1918 y 1919 hace imprescindible el estudio de las variaciones habidas en las tasas de mortalidad de todos los procesos respiratorios, incluidos los que figuraron bajo el epígrafe "otras enfermedades respiratorias"<sup>32</sup>. En la ciudad de Madrid y en sus diez distritos también aumentó la mortalidad producida por otras enfermedades respiratorias. Las tasas más elevadas de 1918 correspondieron a Chamberí (4,11‰),



MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS PULMONAR. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 17. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica... Elaboración propia.

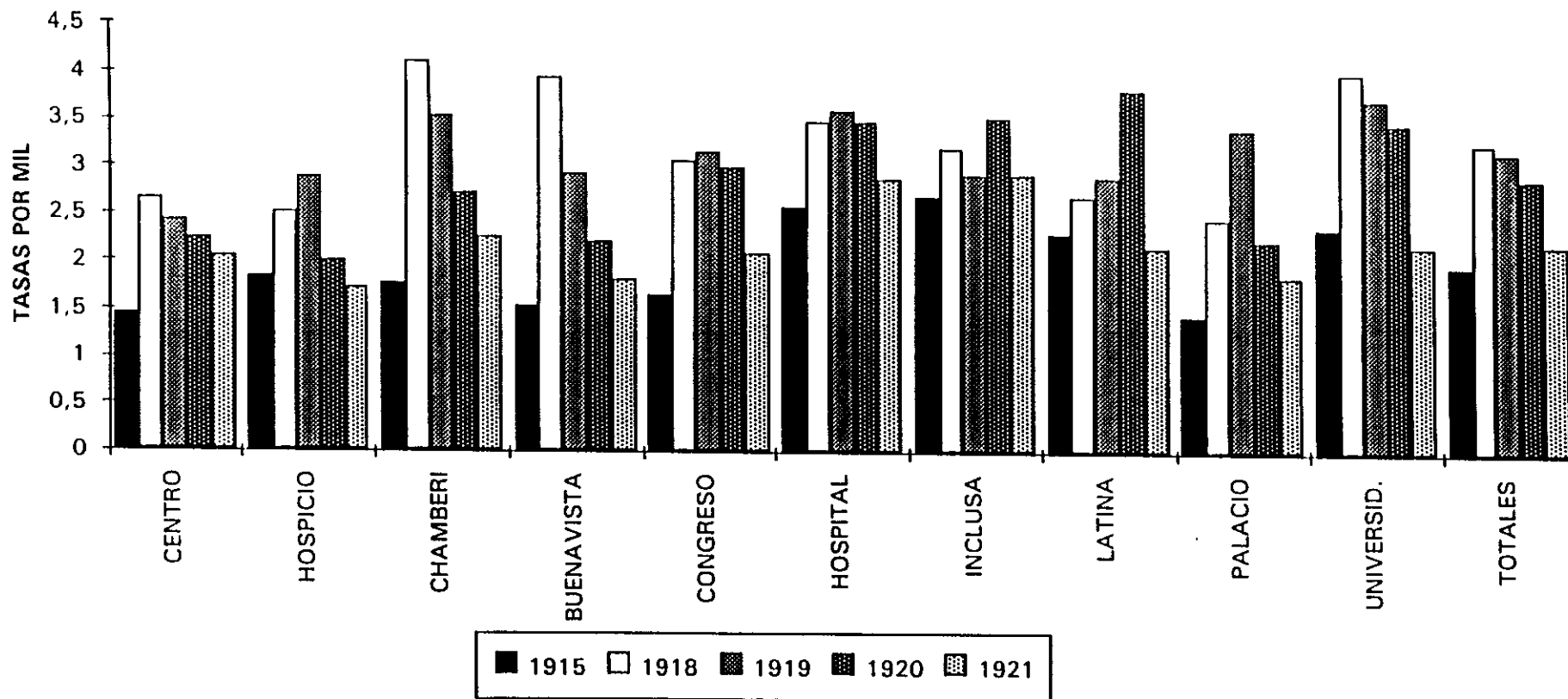
Universidad (4,03‰) y Buenavista (3,95‰) (Gráfica 18.III.3.). Estos distritos eran de un nivel socioeconómico medio, inferior y superior respectivamente, por lo tanto parece poco apropiado hablar de la existencia de una mortalidad diferencial de los distritos.

#### III.3.2.6. Distribución anual de las tasas de mortalidad por diarrea y enteritis (< de 2 años)

La mortalidad por diarrea y enteritis en menores de 2 años prácticamente no se modificó durante 1918 y 1919 en los distritos madrileños; tan sólo Inclusa y Chamberí registraron cifras superiores que se mantuvieron incluso en 1920 y 1921 (Gráfica 19.III.3.). La distribución de la cuantía de las tasas de mortalidad concordó con la estructuración socioeconómica e higienicourbanística de los distritos, por lo que las tasas menores correspondieron a los distritos más favorecidos y las mayores a los de peores condiciones.

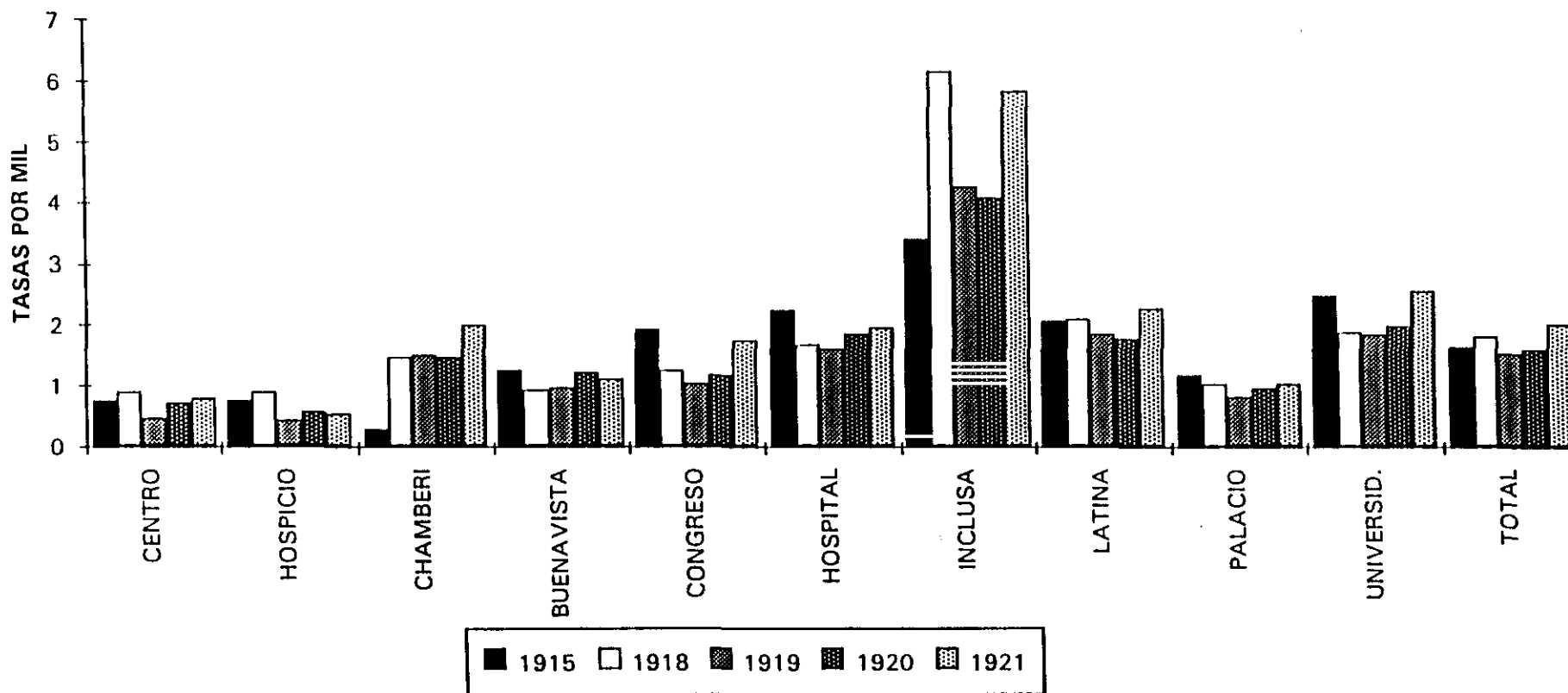
En las páginas precedentes se ha señalado cómo los aumentos habidos en la mortalidad general habían coincidido con el desarrollo de los tres brotes gripales de la pandemia de 1918-19: mayo-junio de 1918; otoño de 1918; y marzo de 1919. También se ha mostrado cómo la mayoría de las tasas de mortalidad específica estudiadas se elevaron durante 1918 y 1919, registrándose generalmente los valores más altos en 1918. Aunque estos aumentos estén relacionados con los tres brotes pandémicos, es preciso conocer la distribución mensual de las diferentes tasas para poder afirmarlo. Por ello,

MORTALIDAD POR OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 18. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915,1918,1919,1920,1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

MORTALIDAD POR DIARREA Y ENTERITIS EN NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS.  
DISTRIBUCIÓN POR DISTRITOS Y POR AÑOS



GRAFICA 19. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915,1918,1919,1920,1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

seguidamente voy a presentar los valores que alcanzaron a lo largo de los meses de 1918 y 1919 las tasas de mortalidad específica que experimentaron algún aumento durante los años de la pandemia.

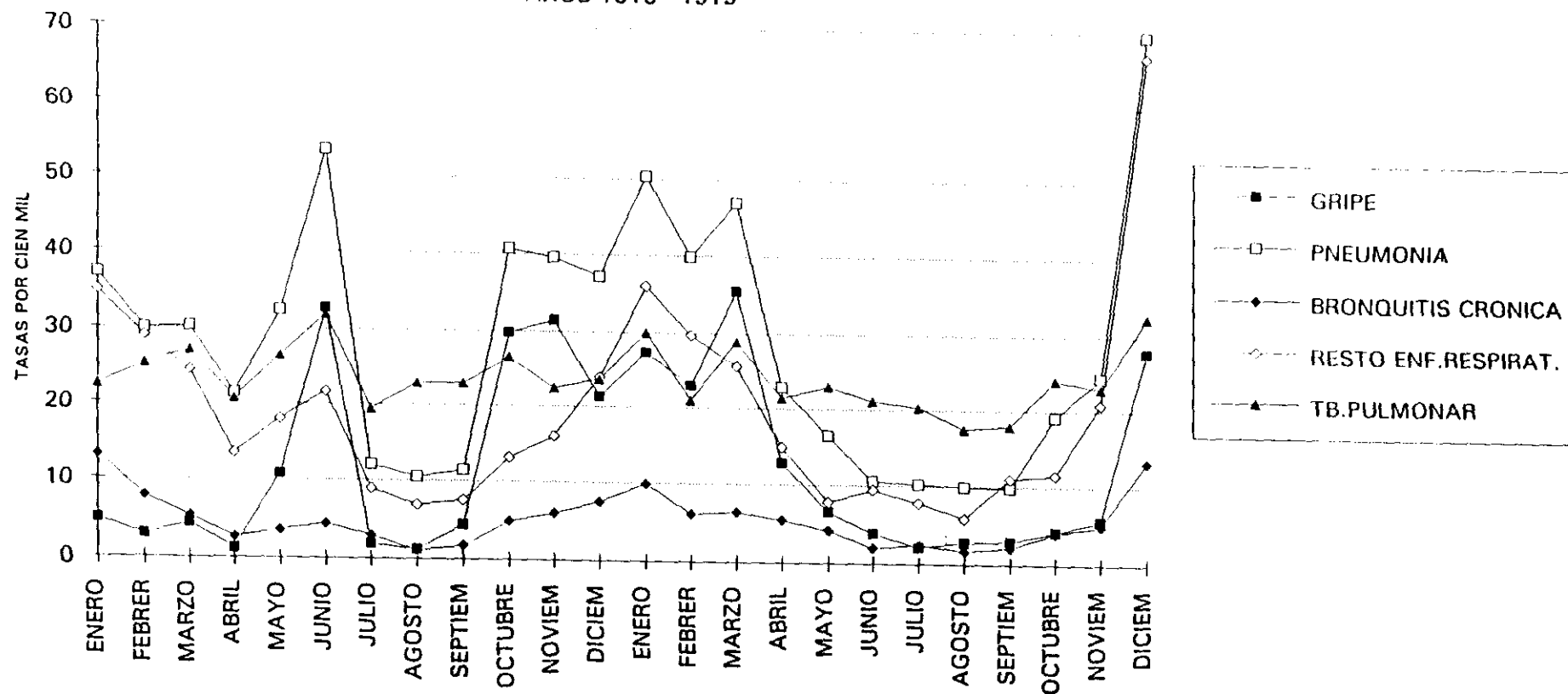
#### III.3.2.7. Distribución mensual de las tasas de mortalidad específica de 1918 y 1919 de Madrid

En este epígrafe se analizan las variaciones mensuales que se produjeron en las tasas de mortalidad por "gripe", "neumonía", "bronquitis crónica", "tuberculosis pulmonar" y "resto de las enfermedades respiratorias"<sup>33</sup> de Madrid durante los meses de 1918 y 1919 (Gráfica 20.III.3.). Lo primero que llama la atención es el paralelismo que existe entre la curva que representa la tasa de mortalidad por "gripe" y las correspondientes a la "neumonía" y al "resto de las enfermedades respiratorias", coincidiendo las elevaciones de las tasas prácticamente con el desarrollo de los tres brotes epidémicos (Gráfica 20.III.3.)<sup>34</sup>.

La tasa de mortalidad por "gripe" pasó desde 1,26 por cien mil hasta más 10,84 en el mes de mayo y 32,83 por cien mil en junio de 1918. Algo similar ocurrió con la tasa de mortalidad por gripe de la provincia de Madrid<sup>35</sup>. En julio y agosto se registraron valores no epidémicos, en septiembre aumentó discretamente, y en octubre se elevó bruscamente hasta 29,84 por cien mil, cifra que fue superada durante el mes de noviembre (31,57 por cien mil). Todas estas cifras fueron muy inferiores a las registradas en la provincia de Madrid, en

# TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR MESES

AÑOS 1918 - 1919



GRAFICA 20. III. 3. Fuente: Registro Civil de Madrid. Elaboración propia.

donde además la tasa más alta correspondió al mes de octubre (67,80 por cien mil) y la siguiente a noviembre (59,90 por cien mil)<sup>36</sup>. Un ligero descenso se produjo en diciembre (21,36 por cien mil), elevándose nuevamente en enero de 1919 (27,40 por cien mil) pero sin alcanzar los valores correspondientes a junio y noviembre de 1918. Tras el pequeño descenso que se produjo en febrero, aumentó nuevamente en marzo de 1919 hasta 35,50 por cien mil, que fue el valor más alto que alcanzó la tasa de mortalidad por gripe durante 1918 y 1919 (Gráfica 20.III.3.).

La curva de la tasa de mortalidad por "neumonía" es prácticamente paralela a la de la gripe, si bien las tasas no epidémicas y epidémicas son superiores a las de la gripe, y los aumentos subsiguientes a los brotes fueron más acusados que los de la gripe y los descensos algo menores. En este caso las tasas más altas se alcanzaron en diciembre de 1919 (69,80 por cien mil), en junio de 1918 (53,56 por cien mil) y en enero de 1919 (50,45 por cien mil), siendo el siguiente pico de la curva el que corresponde al mes de marzo de 1919 (47,02 por cien mil) (Gráfica 20.III.3.). Todas estas cifras plantean una vez más la misma cuestión que cuando analicé las variaciones habidas en la tasa anual de mortalidad por neumonía: o bien el primer brote se acompañó de mayor número de complicaciones pulmonares de lo que reconocieron los contemporáneos; o bien las tasas altas durante el primer brote estarían enmascarando también parte de la mortalidad producida por la gripe durante dicho brote. Aunque esto no se pueda precisar totalmente, es evidente que los datos permiten

cuestionar la supuesta benignidad del primer brote en la ciudad de Madrid.

El paralelismo de la curva de mortalidad por el "resto de las enfermedades respiratorias" respecto a la de la gripe es algo menor que el de la de neumonía, y se limita prácticamente al primer brote. La mortalidad se elevó en mayo y junio de 1918, siendo 18,06 y 21,67 por cien mil sus tasas respectivas de mortalidad. Durante el segundo y el tercer brote epidémico la curva de mortalidad por el "resto de las enfermedades respiratorias" no guarda un paralelismo total con la de la gripe, siendo la tasa de enero de 1919 (36,12 por cien mil) superior a la de marzo (25,69 por cien mil). Todas estas cifras fueron superadas por la tasa de diciembre de 1919 (66,79 por cien mil) que fue la mayor de las registradas en el bienio 1918, y que guardaría relación con la epidemia de gripe de 1919-1920 (Gráfica 20.III.3.). Por lo tanto, los aumentos que se aprecian en las tasas anuales probablemente son, en el caso de 1918, a expensas del primer brote y de una pequeña sobremortalidad distribuida durante todo el segundo brote. Por lo que se refiere a 1919, fue sobre todo a causa del aumento habido en diciembre de 1919.

La curva correspondiente a la tasa de mortalidad por "tuberculosis pulmonar" se modificó con los tres brotes de gripe, registrándose un pico coincidiendo con cada uno de ellos -junio de 1918 (32,04 por cien mil), octubre de 1918 (26,54 por cien mil) y marzo de 1919 (28,96 por cien mil)- (Gráfica 20.III.3.). No obstante, éstos no fueron los únicos momentos en los que se elevó la mortalidad por tuberculosis,



aumentando también en enero (30,05 por cien mil) y diciembre (32,54 por cien mil) de 1919. Parece evidente por lo expuesto hasta ahora que la pandemia sí tuvo un efecto negativo sobre los tuberculosos, a diferencia de lo que creía Chabas<sup>37</sup>. Pero otros autores, entre ellos García Triviño, fueron conscientes del efecto negativo que la epidemia de gripe había tenido sobre los enfermos tuberculosos, especialmente sobre algunos<sup>38</sup>.

Sin embargo, la distribución mensual de la mortalidad por "bronquitis crónica" no reprodujo el patrón de la mortalidad por gripe y parece que fue independiente de la cronología de los tres brotes. Únicamente se elevó un poco durante el primer brote (Gráfica 20.III.3.). Todo esto hace que para poder explicar los aumentos habidos en las tasas anuales de mortalidad por esta enfermedad durante 1918 y 1919, haya que pensar que esa sobremortalidad se debió no sólo a los aumentos habidos durante el primer brote, sino sobre todo a elevaciones pequeñas pero mantenidas durante todos los meses.

### III.3.3. Distribución por sexos de la mortalidad

En relación con la distribución por sexos de la mortalidad existen diferentes opiniones según los autores. Aunque generalmente coinciden en señalar la mayor gravedad que tuvo el proceso para las embarazadas y las puérperas<sup>39</sup>, difieren a la hora de establecer la proporción según sexos, mientras que para unos la mortalidad masculina superó a la femenina para otros habría sucedido lo contrario. Algunos han

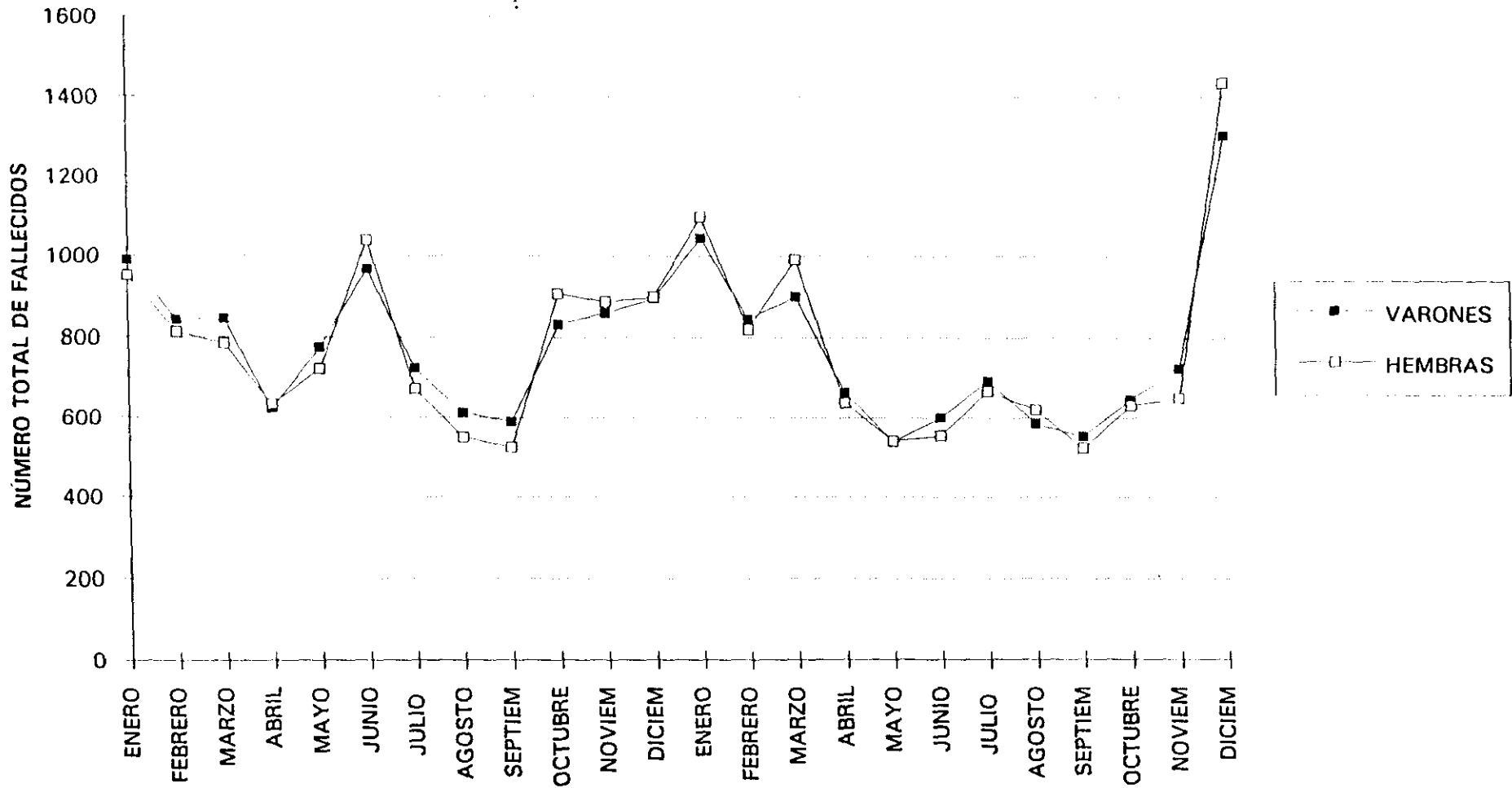
admitido una mortalidad global superior en el sexo masculino y un predominio femenino en algunos grupos de edades<sup>40</sup>.

En el caso de Madrid capital la distribución de la mortalidad por sexos se modificó algo durante la pandemia de gripe. Si la valoración se hace a través de las cifras absolutas de defunciones se observa cómo durante los períodos no epidémicos morían más hombres que mujeres, invirtiéndose esta tendencia al producirse cada uno de los tres brotes gripales -junio, octubre y noviembre de 1918 y marzo de 1919- y también en enero y diciembre de 1919 (Gráficas 21.III.3.). Sin embargo, las tasas de mortalidad general masculinas fueron siempre superiores a las femeninas, si bien coincidiendo con los brotes de la pandemia de gripe de 1918-19 -junio, octubre de 1918 y marzo de 1919-, y sobre todo en diciembre de 1919 se redujeron las diferencias entre las tasas de ambos sexos, pero no se llegó a invertir la tendencia como ocurrió en el conjunto de España<sup>41</sup> (Gráfica 22.III.3.).

Por su parte, la distribución por sexos de la mortalidad por gripe siguió el siguiente patrón: durante el primer brote -mayo y junio de 1918- fueron superiores las tasas de mortalidad masculina por gripe, mientras que en el segundo y en el tercer brote se igualaron e incluso fueron algo superiores las tasas femeninas en octubre y sobre todo en noviembre de 1918. También fue superior la mortalidad femenina por gripe en diciembre de 1919 (Gráficas 23.III.3.).

# MORTALIDAD GENERAL DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y MESES

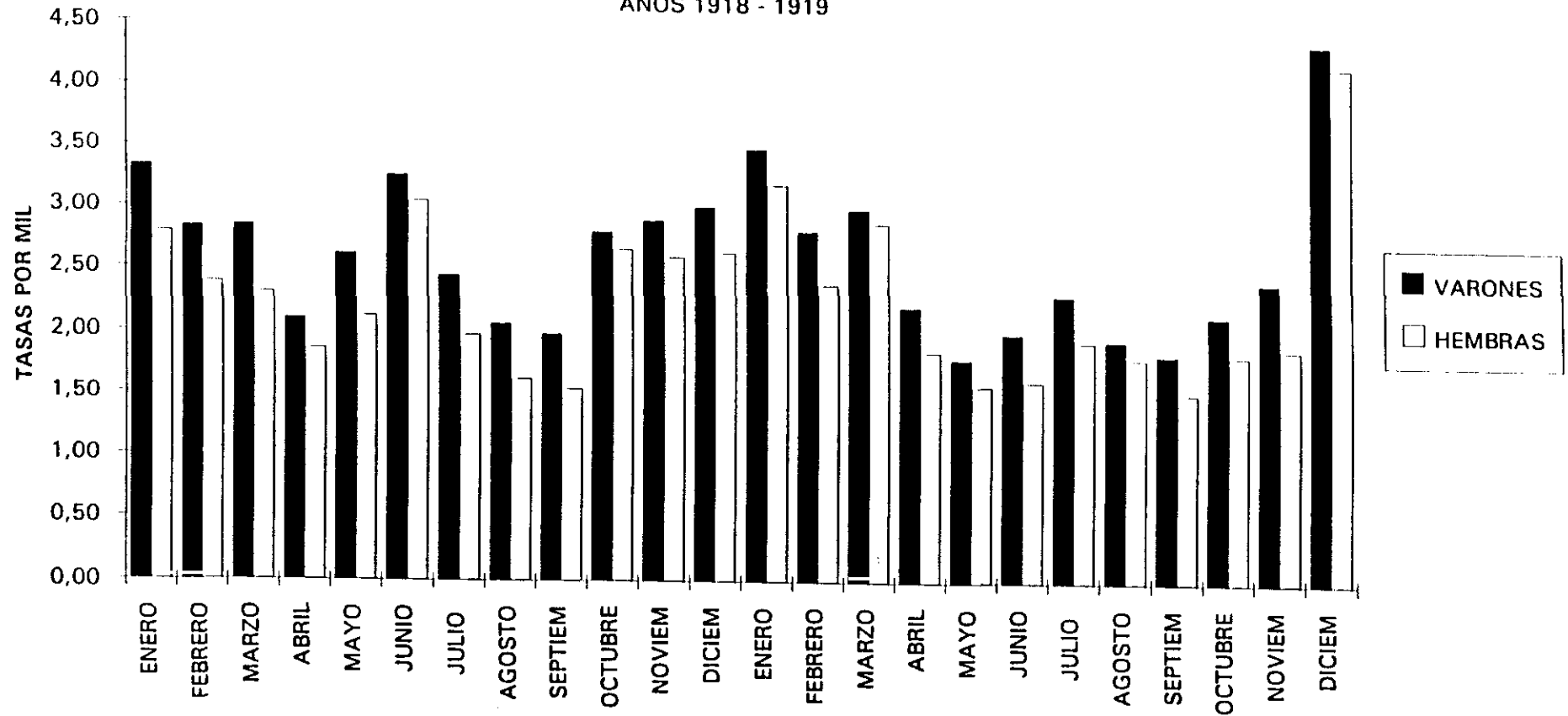
AÑOS 1918 - 1919



GRAFICA 21. III.3. Fuente: Registro Civil de Madrid. Elaboración propia.

## MORTALIDAD GENERAL DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y POR MESES

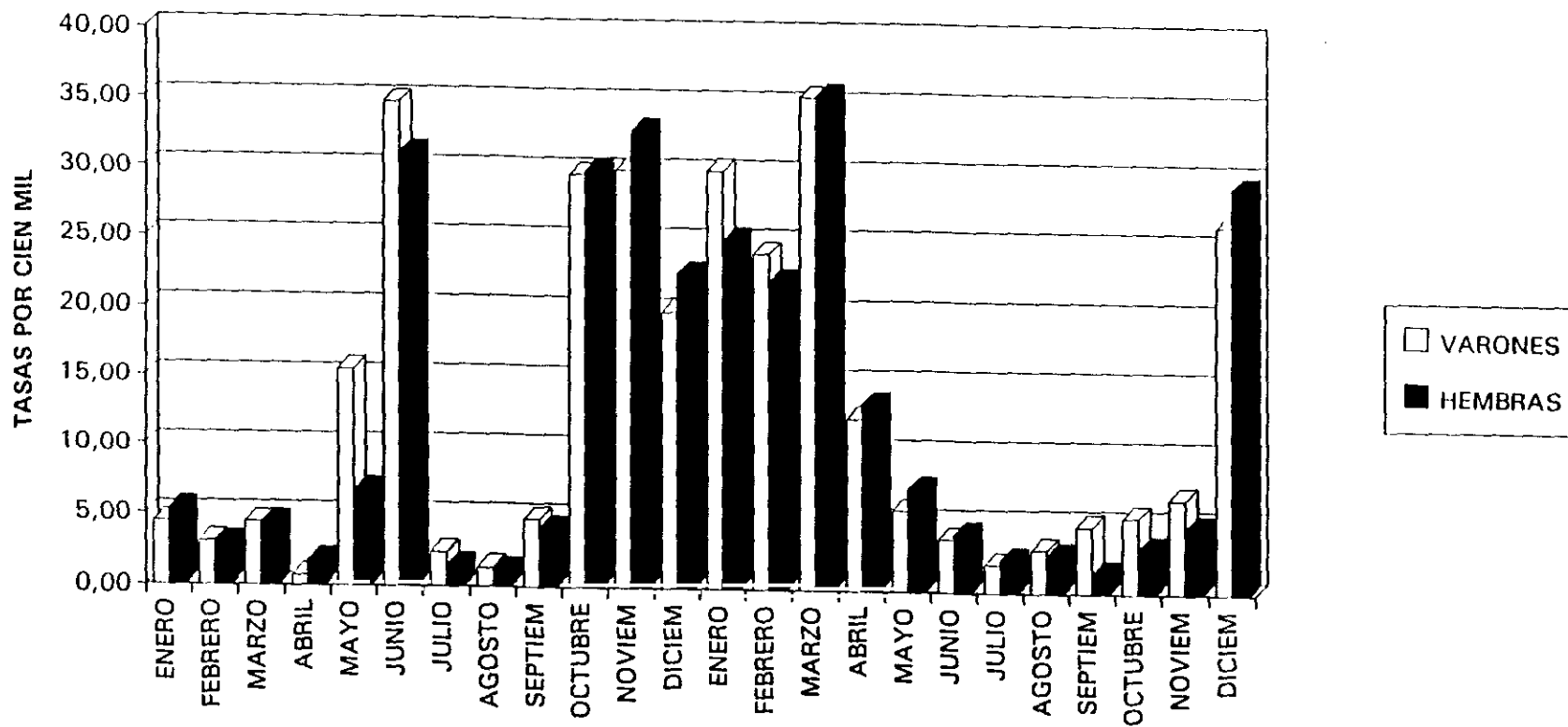
AÑOS 1918 - 1919



GRAFICA 22. III.3.

Fuente: Registro Civil de Madrid.  
Elaboración propia.

MORTALIDAD POR GRIPE DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y POR MESES  
AÑOS 1918 - 1919



GRAFICA 23. III.3. Fuente: Registro Civil de Madrid. Elaboración propia.

### III.3.4. Distribución de la mortalidad por grupos de edades

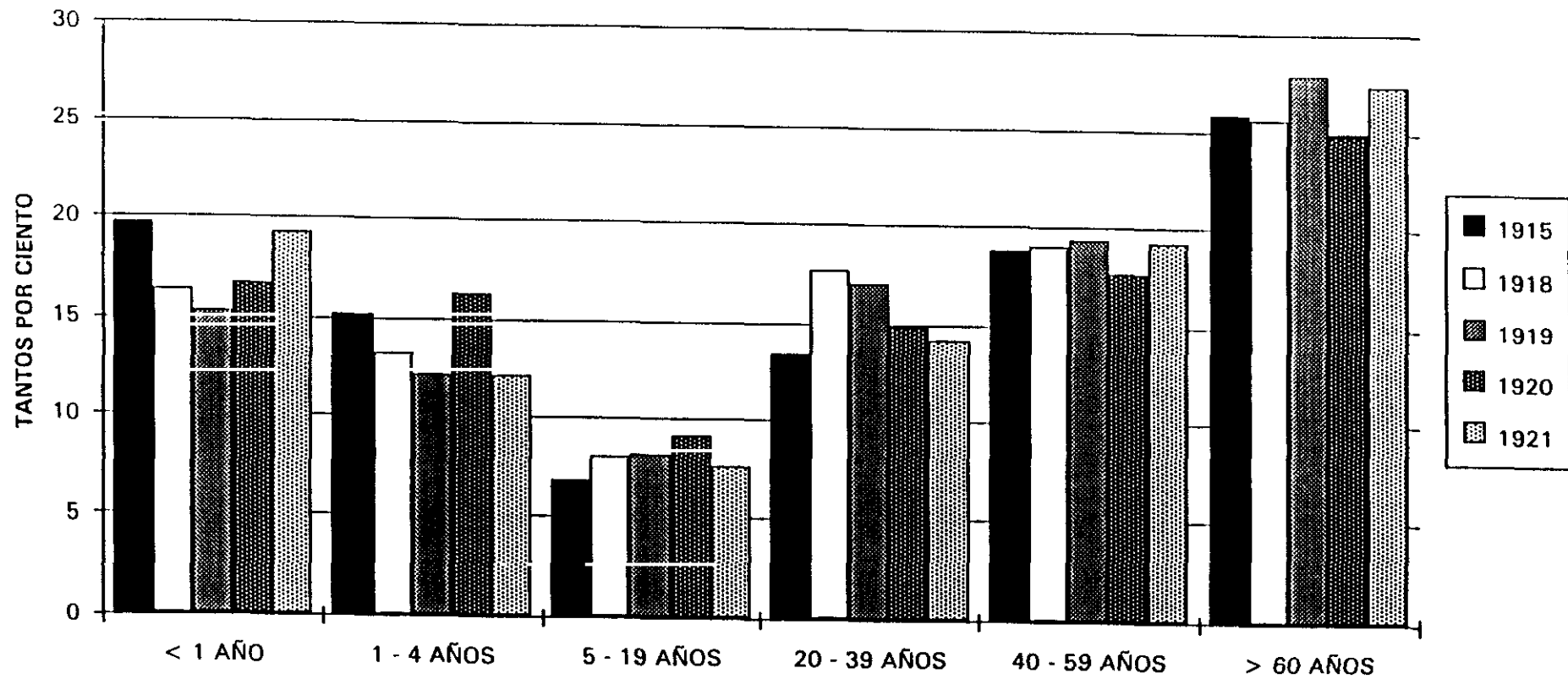
La distribución por grupos de edades que adoptó la mortalidad durante la pandemia de gripe de 1918-1919 fue muy peculiar, ya que el mayor número de muertes se registró entre los individuos de 20 a 40 años, en vez de entre los niños y los mayores de 60 años como solía y suele ser más habitual<sup>42</sup>. Una distribución similar a ésta se produjo en la pandemia de 1782<sup>43</sup>.

El análisis de los datos correspondientes a la ciudad de Madrid ha corroborado lo señalado por Luis Lasbennes en relación con dicha villa<sup>44</sup> y lo que indicó Marcelino Pascua para el conjunto de nuestro país<sup>45</sup>. La epidemia de gripe provocó, en ambos casos, una mayor mortalidad entre los adultos jóvenes, tal y como se verá a continuación.

Las curvas relativas a la distribución porcentual por edades del total de fallecidos de Madrid durante los años 1915, 1918, 1919, 1920 y 1921 permiten ver los cambios que se produjeron en dicha distribución durante la pandemia de gripe de 1918-19 en dicha villa (Gráfica 24.III.3.). Como se puede ver las curvas correspondientes a 1918 y 1919 son diferentes a las de los otros años. Lo más llamativo de ellas es el aumento que se produjo en el grupo de 20 a 39 años, y en menor medida en los grupos de 40 a 59 años y de 5 a 19 años. Esto contrasta con las gráficas de los años no epidémicos, en los que el mayor número de muertes correspondían a mayores de 60 años y menores de 1 año (Gráfica 24.III.3.).

En 1915 el mayor porcentaje de muertes correspondió a los

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y AÑOS



GRAFICA 24. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915,1918,1919,1920,1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

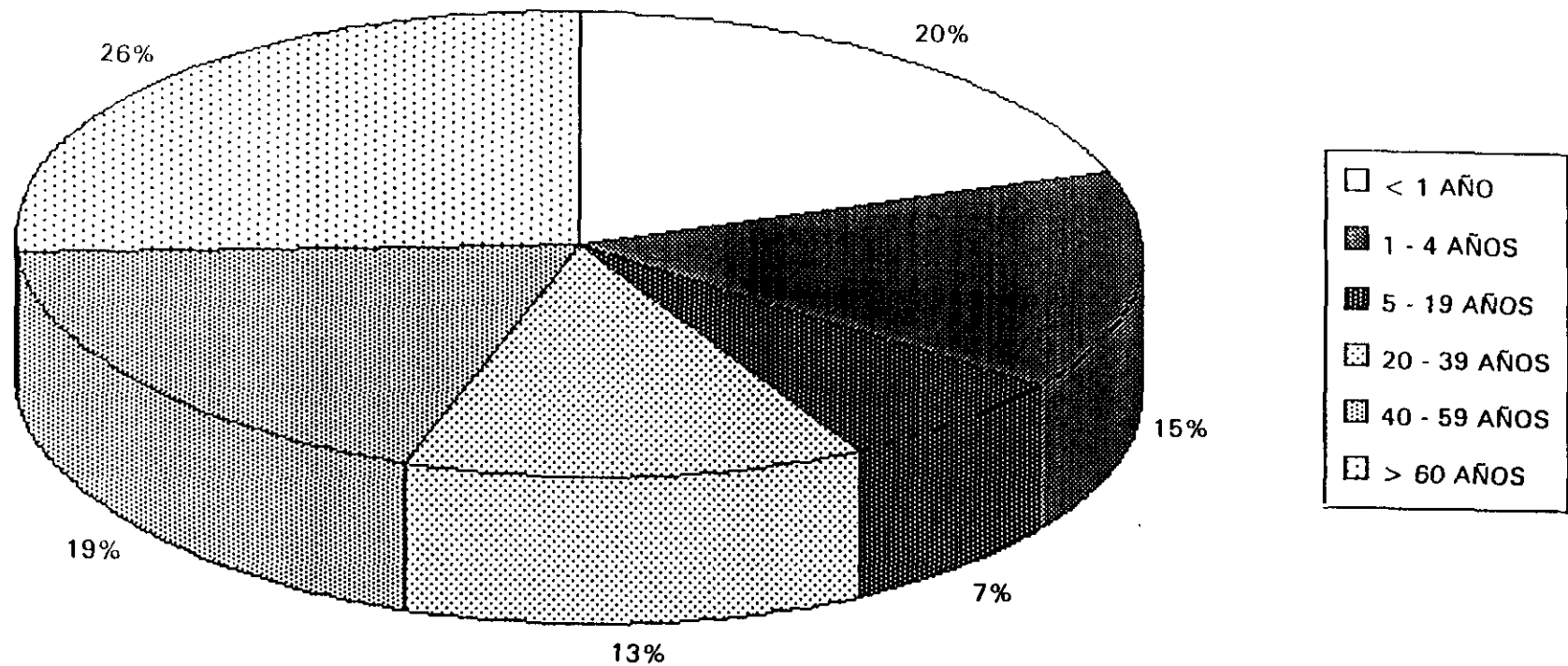
mayores de 60 años que supusieron el 25,95% del total de defunciones de ese año, y a los menores de 1 año que constituyeron el 19,69% del total, mientras que el menor porcentaje de defunciones se registró en el grupo de 5 a 19 años (6,81%) y de 20 a 39 años (13,49%) (Gráfica 25.III.3.). Sin embargo, en 1918 los individuos entre 20 y 39 años constituyeron el 17,67% y en 1919 el 17,05%<sup>46</sup>; también aumentó el porcentaje de fallecidos de 40 a 59 años -19,06% en 1918 y 19,40% en 1919- y el de 5 a 19 años (Gráficas 26.III.3. y 27.III.3.). Por el contrario disminuyó el porcentaje de muertes entre 1 y 4 años y de menores de 1 año, aunque esta disminución fuera algo ficticia y se debiera en buena medida a la disminución de los nacimientos, ya que, como ha señalado Gómez Redondo, las tasas de mortalidad infantil aumentaron en España entre 1918 y 1920, correspondiendo el mayor aumento a 1918<sup>47</sup>. La distribución porcentual de las muertes por grupos de edades comenzó a recuperar los valores no epidémicos a partir de 1920, pero sobre todo desde 1921 (Gráficas 28.III.3. y 29.III.3.).

En la ciudad de Madrid, al igual que en el resto de España, la mortalidad infantil se elevó en 1918 (200,78‰), pero descendió en 1919 (186,18‰) y en 1920 (186,45‰) no sólo por debajo de los valores de 1918, sino también de los de 1915 (193,35‰). Menor aún fue la tasa de 1921 (174,27‰) (Gráfica 30.III.3.). Las tasas madrileñas de mortalidad infantil durante 1918, 1919 y 1920 fueron superiores a las del resto de España en ese mismo período, pero el aumento habido en 1920 fue menor que el que se registró en el conjunto de nuestro



# DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES

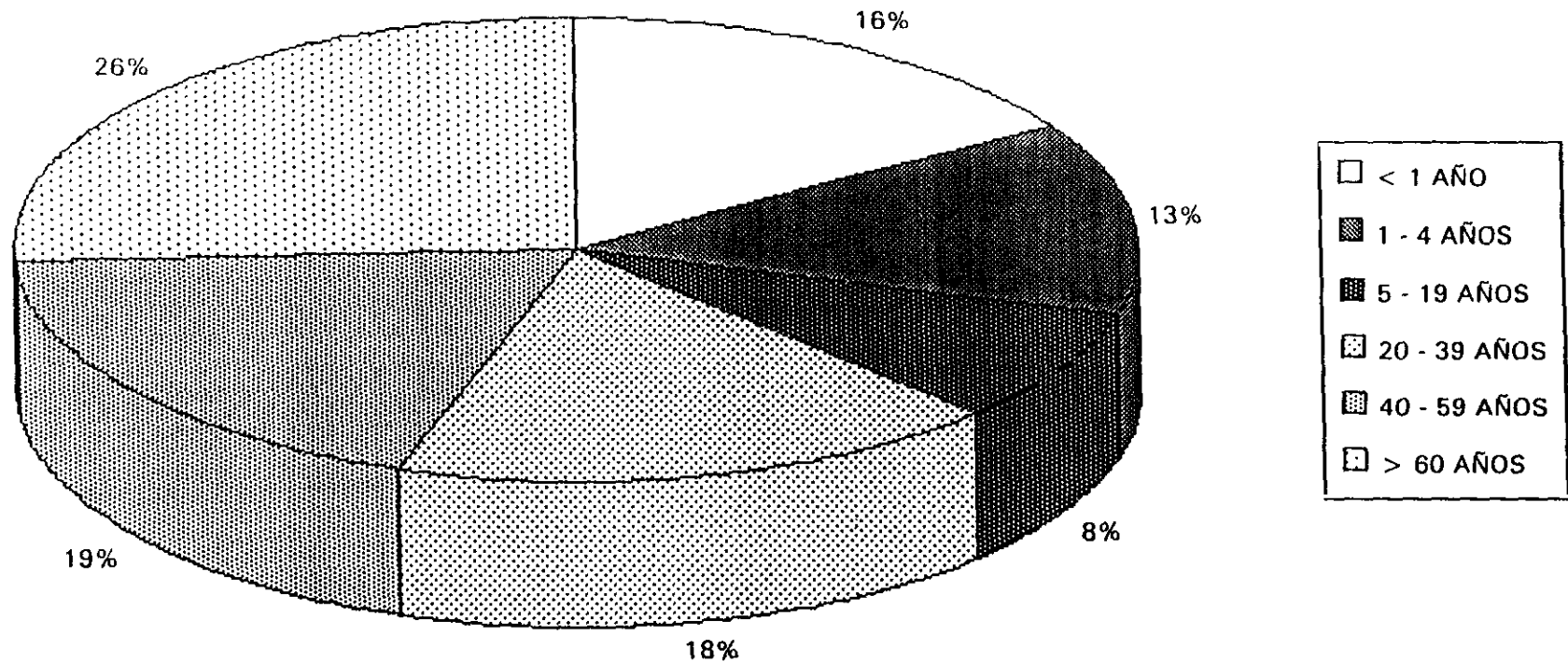
AÑO 1915



GRAFICA 25. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES

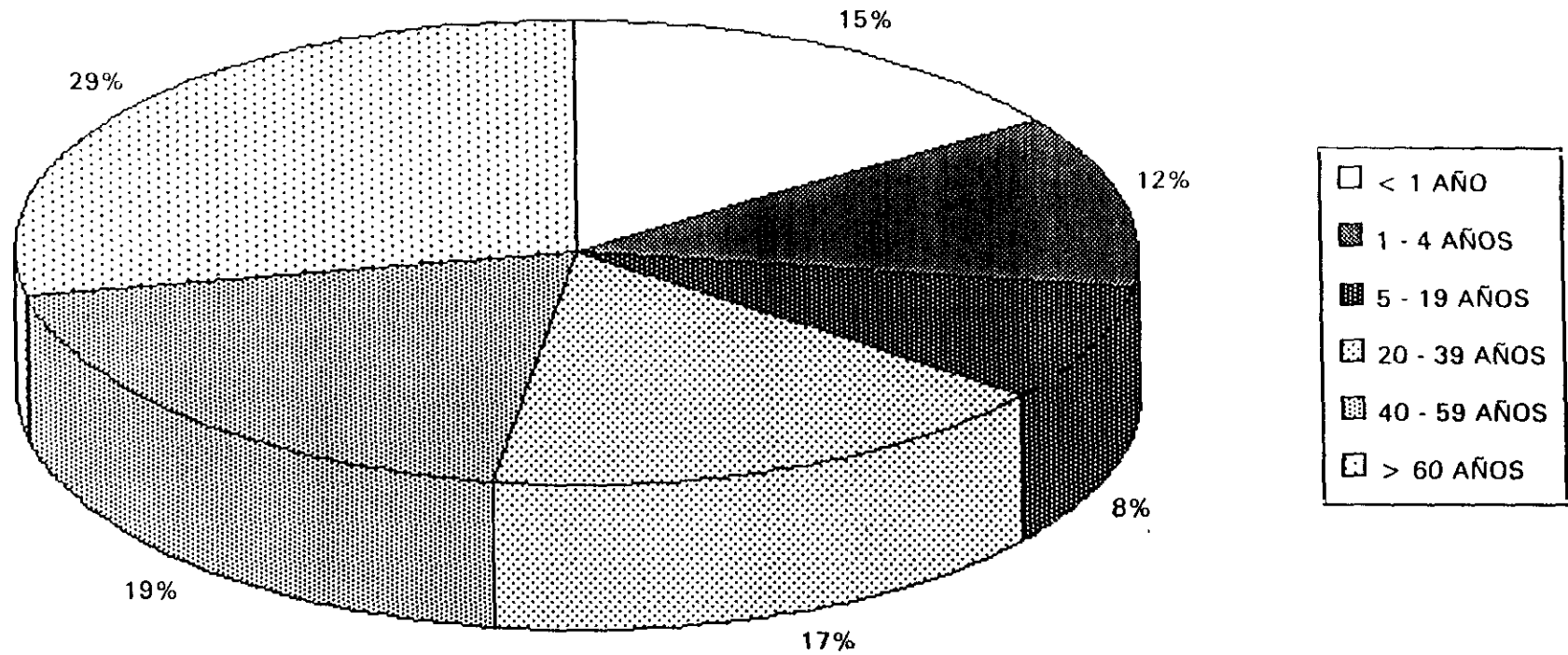
AÑO 1918



GRAFICA 26. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

# DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES

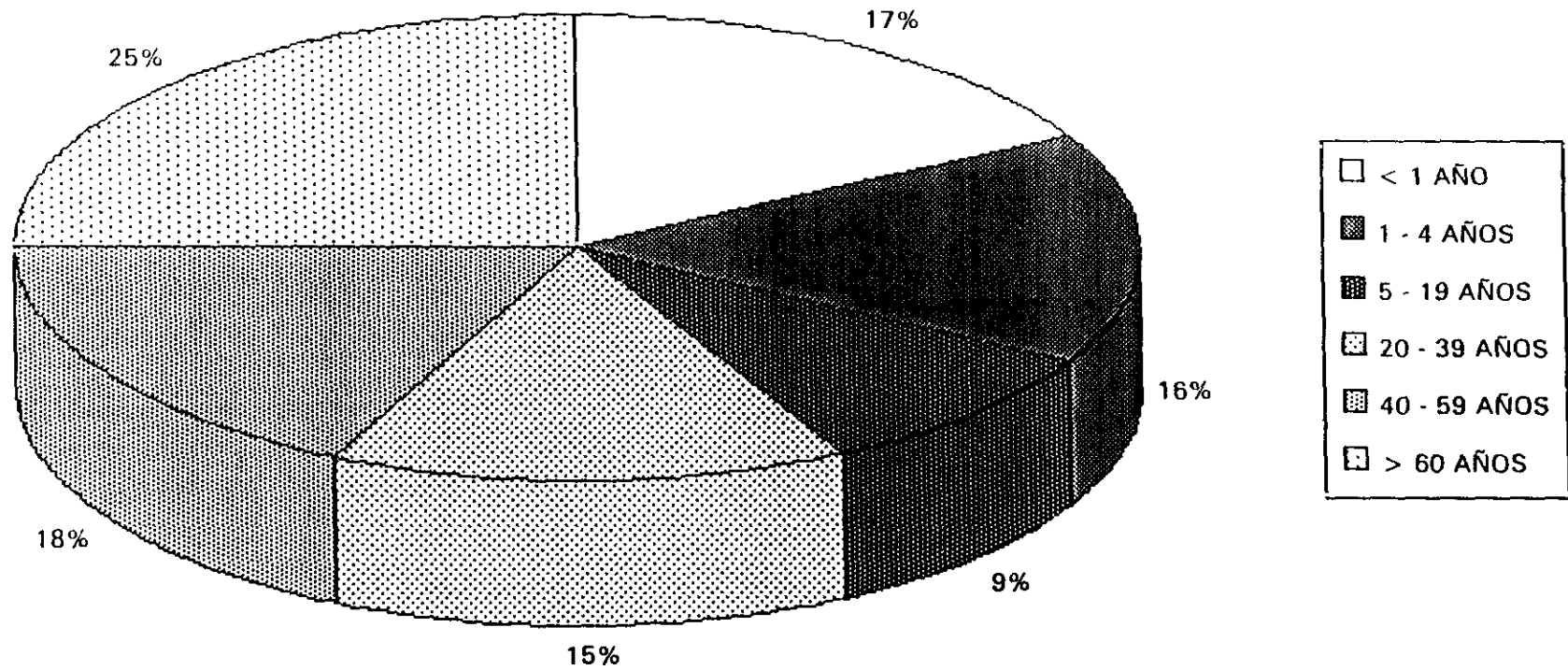
AÑO 1919



GRAFICA 27. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1919), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

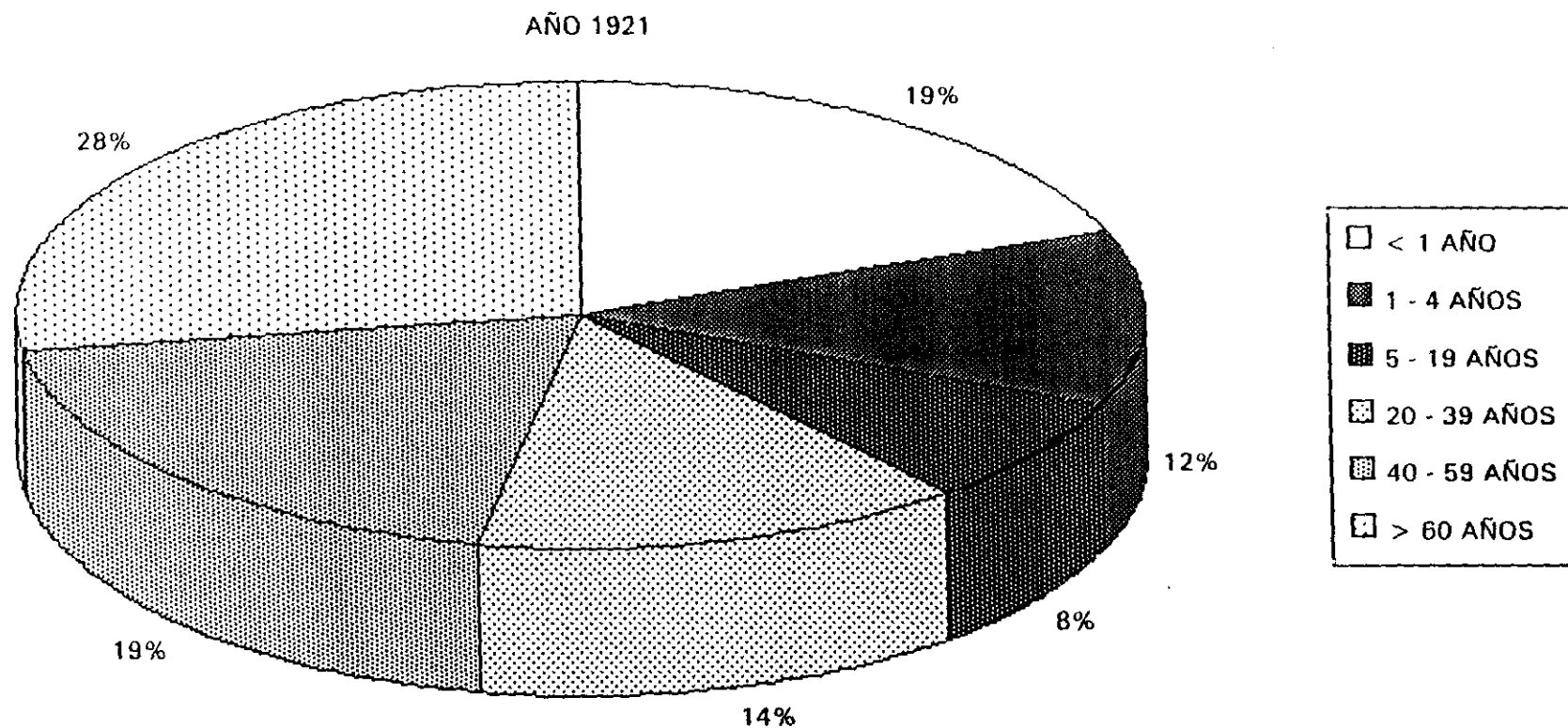
# DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES

AÑO 1920



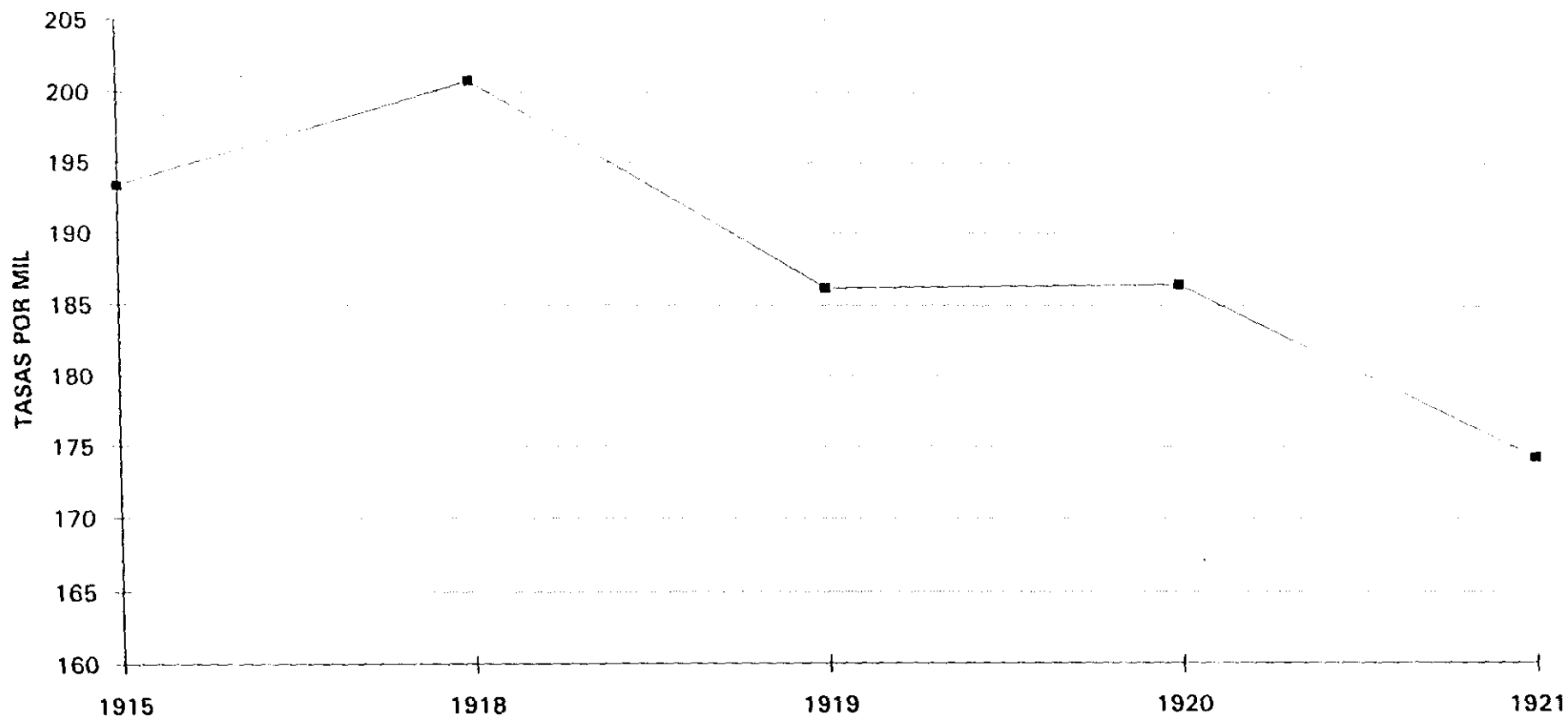
GRAFICA 28. III. 3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1920), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

# DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD GENERAL DE MADRID SEGÚN GRUPOS DE EDADES



GRAFICA 29.II.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1921), Estadística Demográfica. Resumen General Anual ...  
Elaboración propia.

### MORTALIDAD INFANTIL DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS



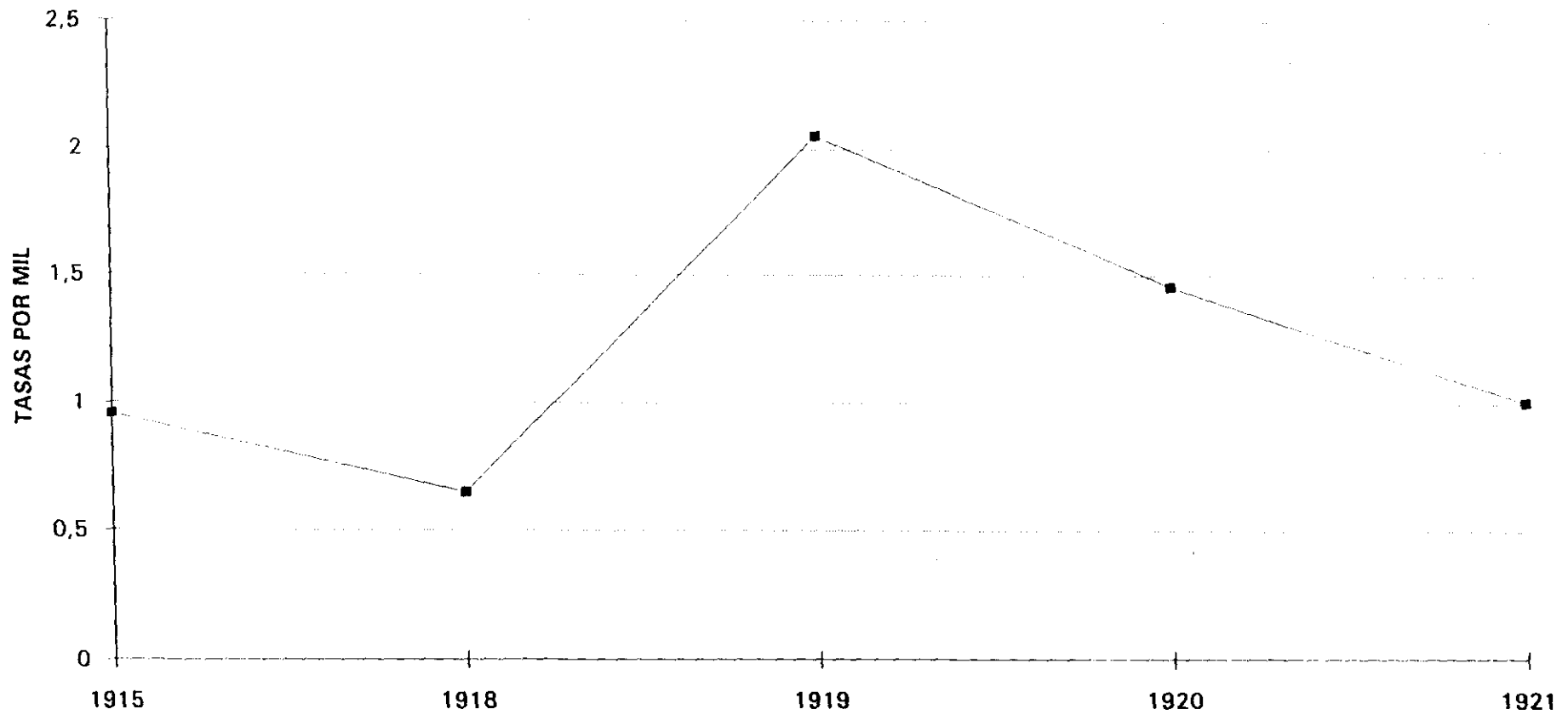
GRAFICA 30. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica ...  
Elaboración propia.

país en ese mismo año<sup>48</sup>. Sin embargo, el comportamiento de la mortalidad infantil por gripe fue diferente: la tasa de 1918 (0,65‰) fue inferior a la de 1915 (0,95‰), mientras que las de 1919 (2,05‰), 1920 (1,46‰) y 1921 (1,01‰) fueron más elevadas (Gráfica 31.III.3.). Todo esto es una prueba más de la importancia que tuvo en la ciudad de Madrid la epidemia de gripe de 1919-1920, especialmente entre los menores de 1 año.

Entre los fallecidos por gripe el mayor número de muertes durante 1918 y 1919 correspondió a los comprendidos entre los 20 a 39 años, seguidos por los de 40 a 59 años en números absolutos (Gráficas 32.III.3.). Pero al hacer la distribución porcentual se observa que el mayor porcentaje de muertes en 1918 y 1919 se registró entre los de 20 a 39 años, que constituyeron el 43,36% y el 38,72% respectivamente, mientras que los comprendidos entre 40 y 59 años representaron el 21,42% en 1918 y el 23,96% en 1919 (Gráficas 33.III.3.). Una distribución similar se produjo en la mayoría de las poblaciones españolas y en el conjunto de nuestro país<sup>49</sup>. Por otra parte, el porcentaje de defunciones de los mayores de 60 años pasó del 37,37% en 1915 al 17,14% en 1918 y 17,79% en 1919 (Gráficas 34.III.3., 35.III.3. y 36.III.3.). A partir de 1920 comenzó a recuperarse la tendencia normal de la distribución porcentual por grupos de edades de la mortalidad por gripe (Gráficas 37.III.3. y 38.III.3.).

En cuanto a la distribución porcentual de la mortalidad por gripe según grupos de edades y sexos que se produjo en la ciudad de Madrid durante los años de la pandemia, se puede decir que únicamente fue superior la mortalidad femenina a la

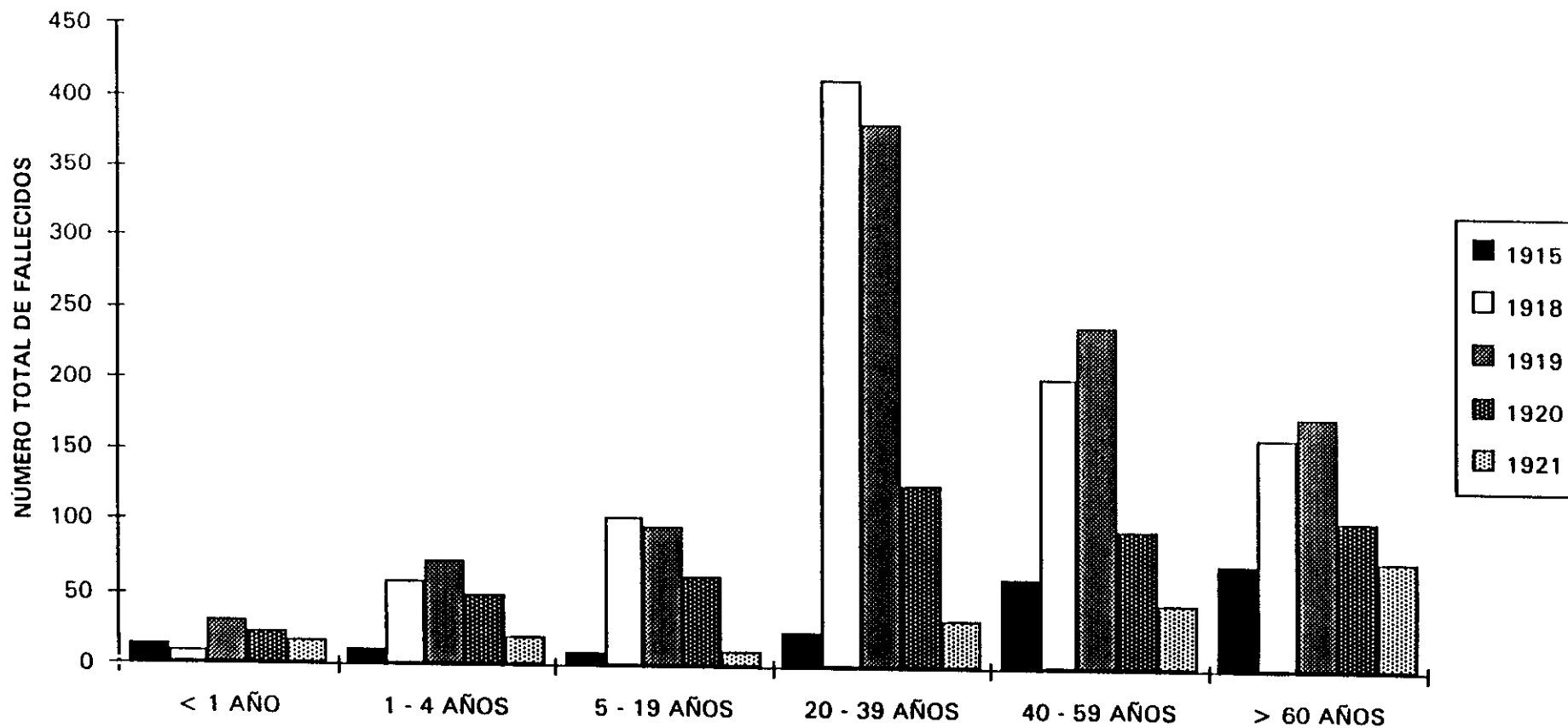
### MORTALIDAD INFANTIL POR GRIPE DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCIÓN POR AÑOS



GRAFICA 31. III. 3. . Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

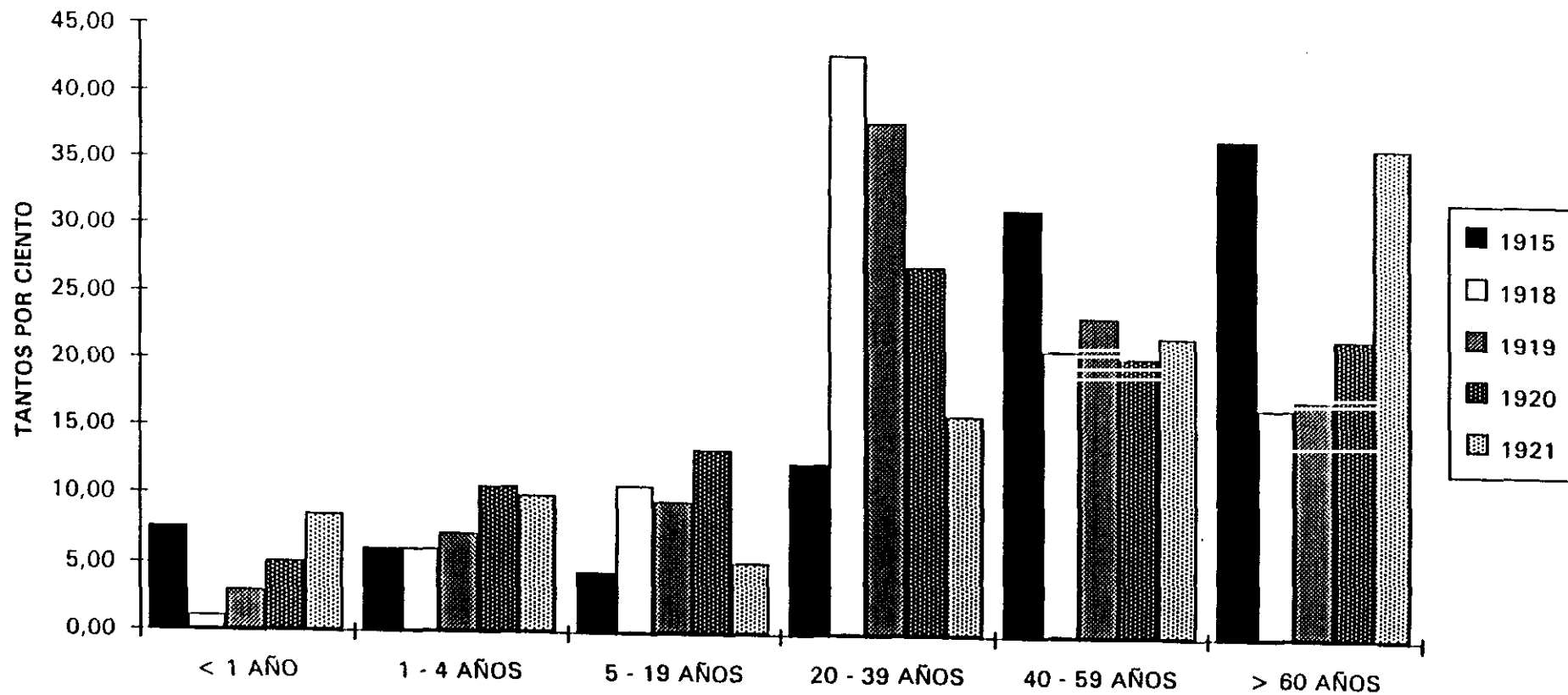


### MORTALIDAD ABSOLUTA POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y AÑOS



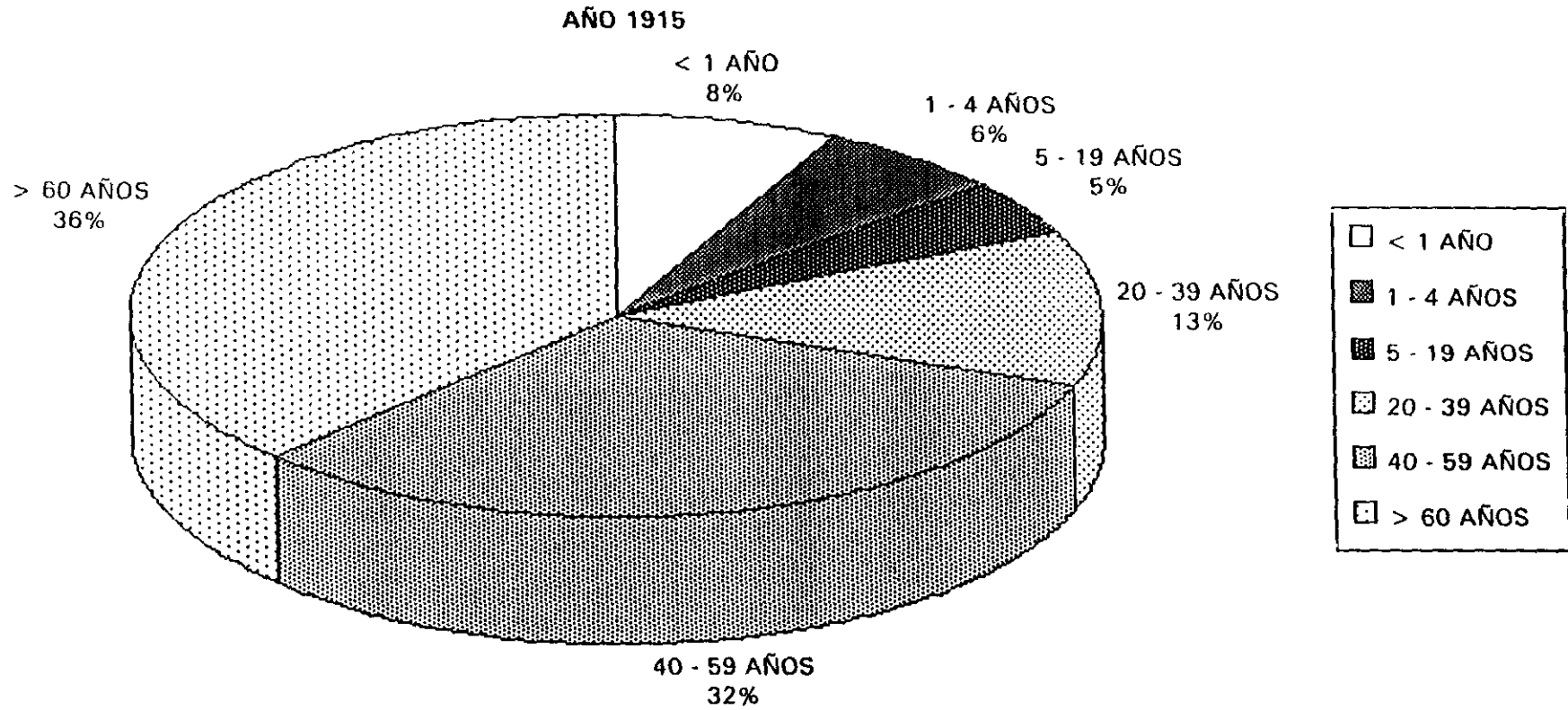
GRAFICA 32. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y AÑOS



GRAFICA 33. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica... Elaboración propia.

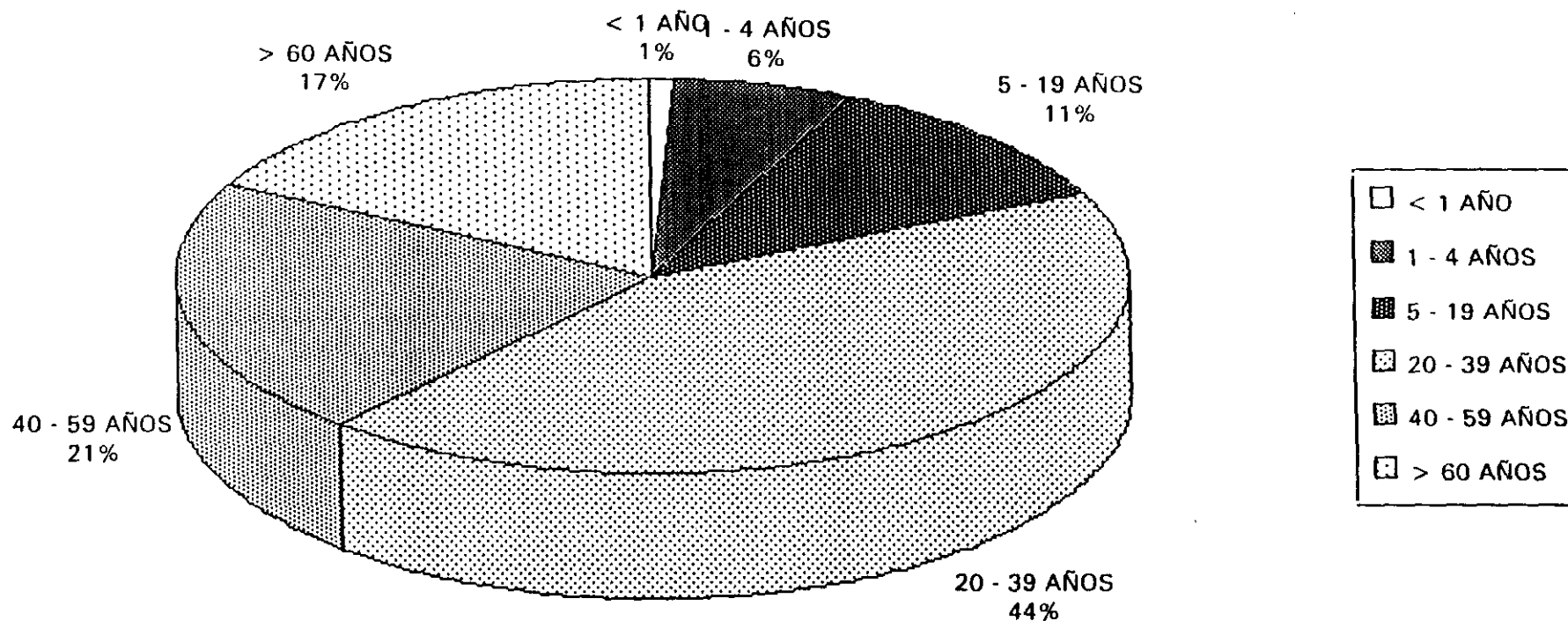
## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES



GRAFICA 34.III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES

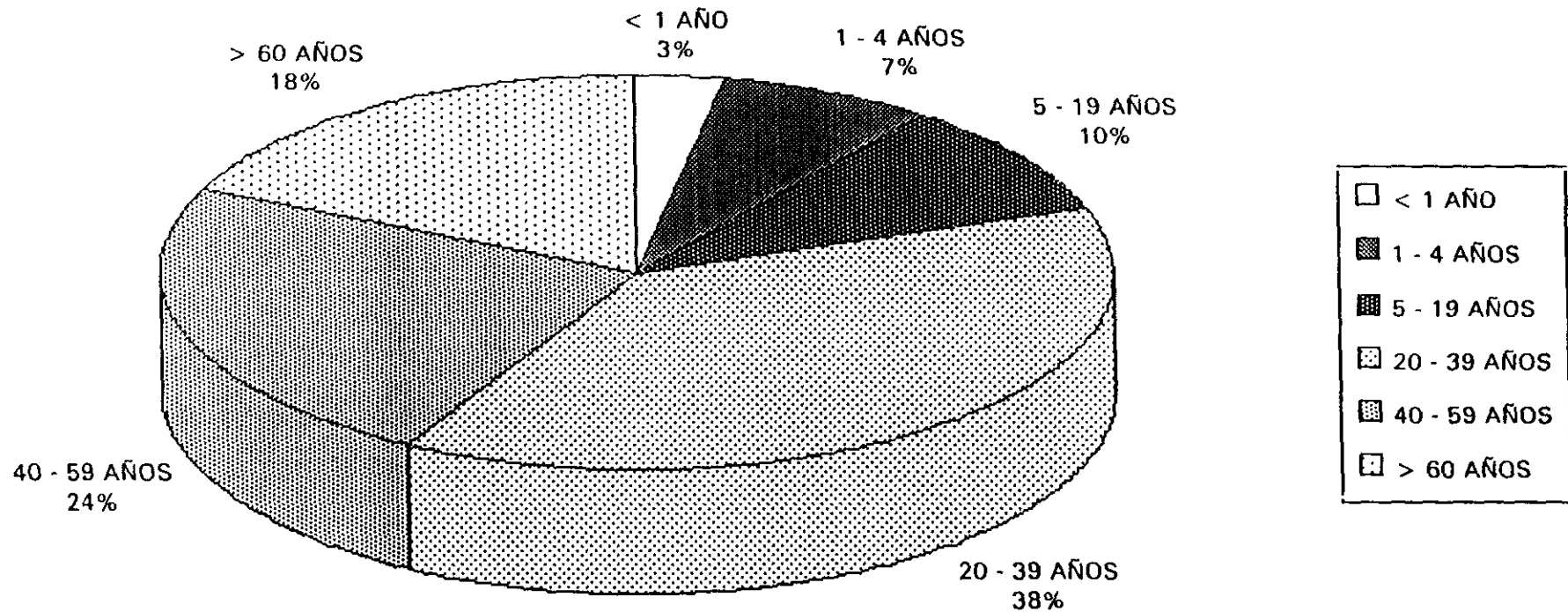
AÑO 1918



GRAFICA 35.III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1918), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

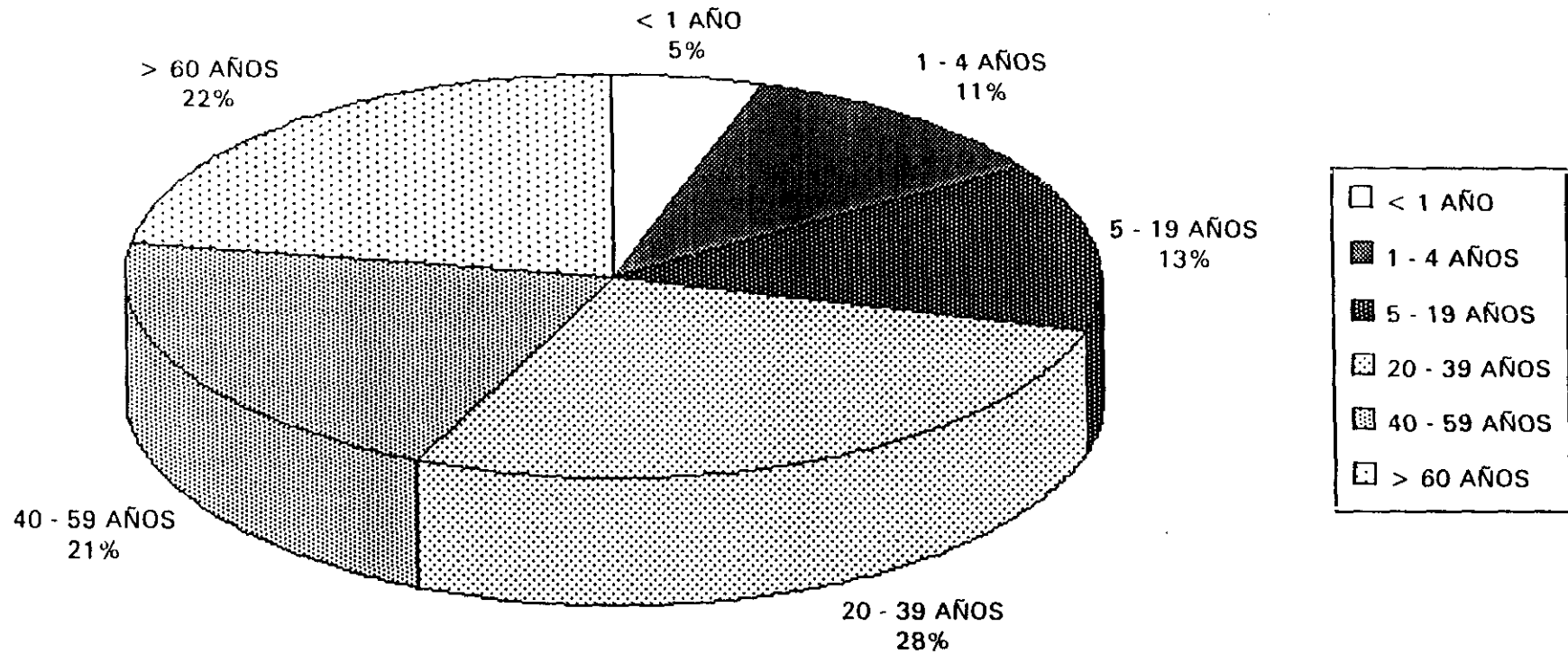
## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES

AÑO 1919



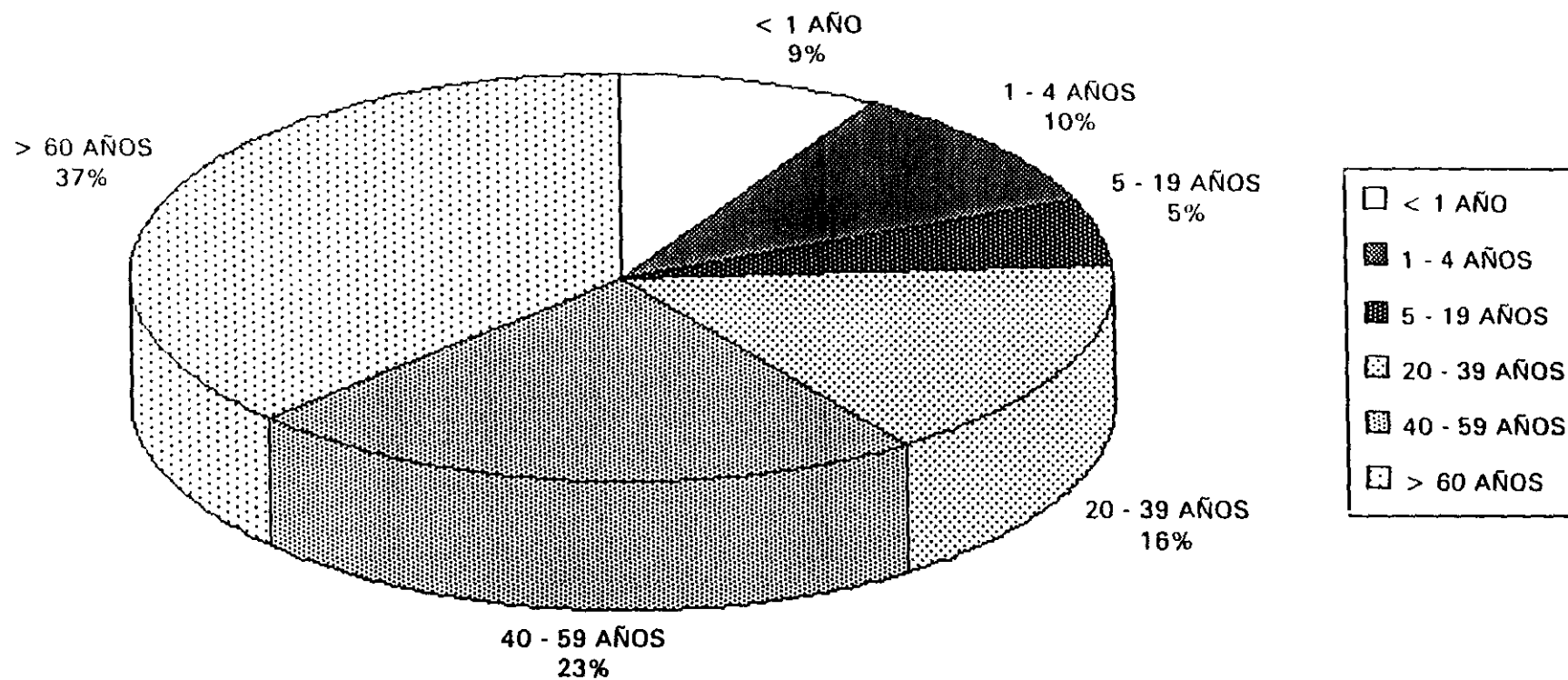
GRAFICA 36. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1919), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

## DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES AÑO 1920



GRAFICA 37. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1920), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
Elaboración propia.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES**  
**AÑO 1921**



GRAFICA 38. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1921), Estadística Demográfica. Resumen General Anual...  
 Elaboración propia.

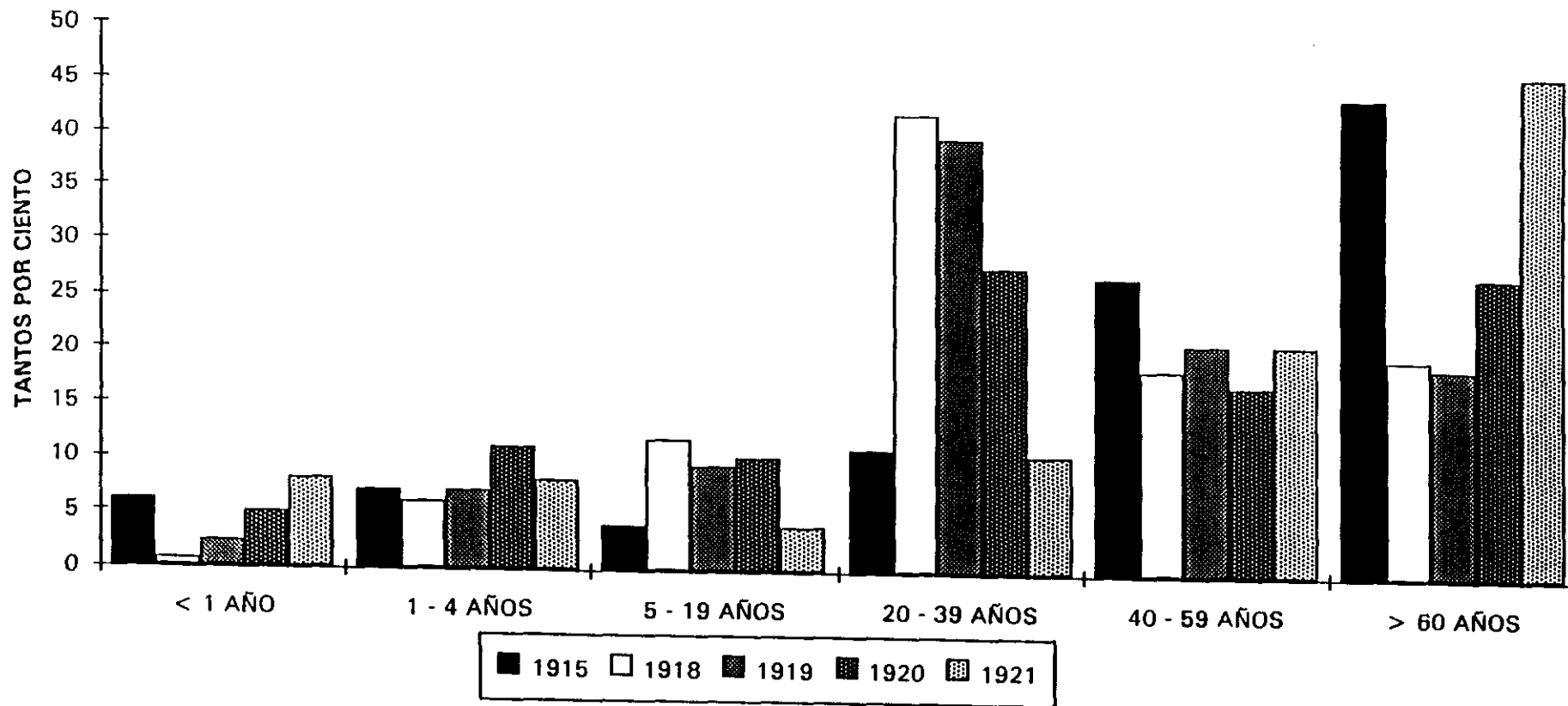
masculina en el grupo de mayores de 60 años tanto en 1918 como en 1919, y en el de 5 a 19 años en 1918 y en el de 20 a 39 años en 1919 (Gráficas 39.III.3. y 40.III.3.)<sup>50</sup>.

Pero los efectos demográficos de la gripe no se limitaron a los años de la pandemia. Por un lado, la reducción que sufrieron las distintas generaciones, especialmente los adultos jóvenes, fue una importante rémora para la mayoría de los países, incluido el nuestro<sup>51</sup>. Por otra parte, habría que tener en cuenta también la sobremortalidad relativa que tuvieron las generaciones que nacieron o fueron concebidas durante la epidemia de 1918-19<sup>52</sup>.

Por lo que se refiere a la ciudad de Madrid hay que decir que la natalidad no pudo compensar la sobremortalidad que había provocado la pandemia de gripe y el crecimiento vegetativo fue negativo en Madrid y en todos sus distritos durante 1918 y 1919 (Cuadro 2.III.3.). Sin embargo, una vez más la inmigración hizo posible que el crecimiento real fuera positivo en Madrid y prácticamente en la totalidad de los distritos (Cuadro 3.III.3.)<sup>53</sup>. El hecho de que la mayor mortalidad se registrara entre los adultos jóvenes, supuso que la siempre importante inmigración de ese grupo de edad que recibía la ciudad de Madrid sufriera un considerable incremento.

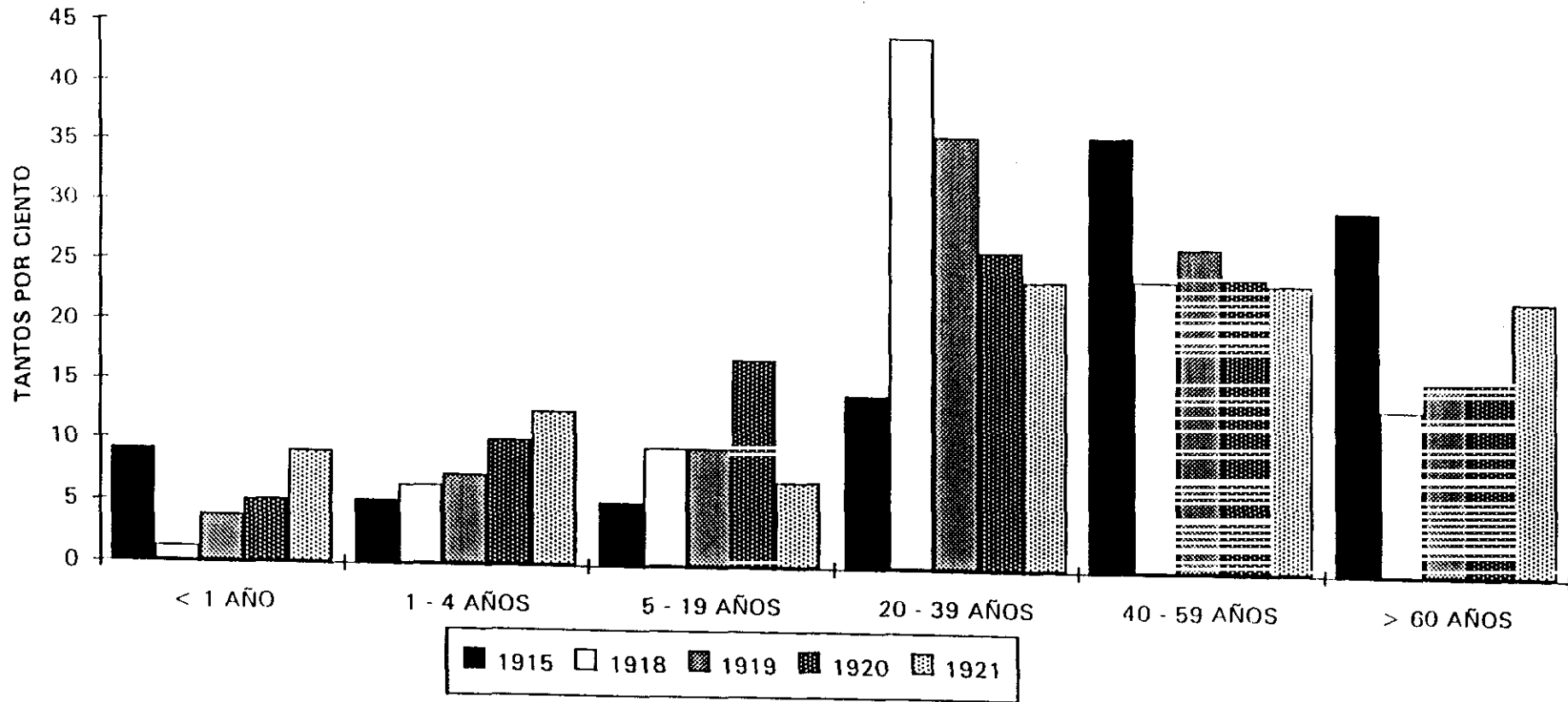


### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD FEMENINA POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y AÑOS



GRAFICA 39. III. 3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica...  
Elaboración propia.

### DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD MASCULINA POR GRIPE SEGÚN GRUPOS DE EDADES Y AÑOS



GRAFICA 40. III.3. Fuente: Ayuntamiento de Madrid (1915, 1918, 1919, 1920, 1921), Estadística Demográfica... Elaboración propia.

DISTRITO	1915			1918			1919			1920			1921			
	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	
CENTRO	NACIMIENTOS	478	427	905	424	368	792	363	370	733	371	366	737	381	402	783
	FALLECIMIENT	470	499	969	583	555	1138	575	568	1143	512	506	1018	453	448	901
HOSPICIO	NACIMIENTOS	527	456	983	458	466	924	426	454	880	513	449	962	542	437	979
	FALLECIMIENT	477	505	982	608	613	1221	580	630	1210	524	476	1000	437	496	933
CHAMBERÍ	NACIMIENTOS	1044	960	2004	1021	910	1931	976	932	1908	1094	1012	2106	1217	1106	2323
	FALLECIMIENT	783	799	1582	1026	1135	2161	967	1106	2073	1043	1051	2094	898	863	1761
BUENAVISTA	NACIMIENTOS	761	794	1555	792	804	1596	783	743	1526	888	815	1703	928	877	1805
	FALLECIMIENT	611	652	1263	821	844	1665	792	886	1678	797	844	1641	720	706	1426
CONGRESO	NACIMIENTOS	672	642	1314	704	654	1358	683	655	1338	792	743	1535	882	789	1671
	FALLECIMIENT	771	736	1507	949	881	1830	913	914	1827	905	903	1808	879	789	1668
HOSPITAL	NACIMIENTOS	987	974	1961	1032	966	1998	999	909	1908	1020	973	1993	1258	1098	2356
	FALLECIMIENT	1120	975	2095	1347	1121	2468	1270	1102	2372	1256	1121	2377	1173	1065	2238
INCLUSA	NACIMIENTOS	923	894	1817	859	897	1756	859	858	1717	962	891	1853	1010	972	1982
	FALLECIMIENT	1165	1123	2288	1336	1305	2641	1151	1085	2236	1160	1239	2399	1111	1129	2240
LATINA	NACIMIENTOS	1096	1026	2122	1037	1029	2066	989	975	1964	1125	1076	2201	1168	1102	2270
	FALLECIMIENT	947	844	1791	1087	1022	2109	1006	1028	2034	1071	965	2036	960	882	1842
PALACIO	NACIMIENTOS	636	564	1200	599	609	1208	610	601	1211	656	569	1225	708	673	1381
	FALLECIMIENT	652	565	1217	712	745	1457	811	804	1615	720	749	1469	629	632	1261
UNIVERSIDAD	NACIMIENTOS	958	873	1831	959	867	1826	972	941	1913	1118	1027	2145	1171	1159	2330
	FALLECIMIENT	901	856	1757	1141	1143	2284	1095	1047	2142	1064	1049	2113	983	962	1945
MADRID C.	NACIMIENTOS	8082	7610	15692	7885	7570	15455	7660	7438	15098	8539	7921	16460	9265	8615	17880
	FALLECIMIENT	7897	7554	15451	9610	9364	18974	9160	9170	18330	9052	8903	17955	8243	7972	16215

CUADRO 2. III.3. TOTAL DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DE LA CIUDAD DE MADRID. DISTRIBUCION POR DISTRITOS, AÑOS Y SEXOS.  
Fuente: Ayuntamiento de Madrid. Elaboración propia.

<b>NÚMERO DE HABITANTES</b>															
	1915			1918			1919			1920			1921		
	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL	VARONES	HEMBRAS	TOTAL
CENTRO	24715	30045	54760	21297	26634	47931	21317	26629	47946	21327	26633	47960	19183	24636	43819
HOSPICIO	23940	30365	54305	23245	28793	52038	23284	28836	52120	23360	28899	52259	22681	29605	52286
CHAMBERÍ	30903	36250	67153	33569	40143	73712	33932	40313	74245	34602	40723	75325	36789	45344	82133
BUENAVISTA	30119	38702	68821	31440	41340	72780	31866	41642	73508	32405	41753	74158	35985	49075	85060
CONGRESO	28840	33712	62552	28537	34433	62970	28772	34721	63493	29167	35057	64224	29952	36740	66692
HOSPITAL	31351	31532	62883	32599	34619	67218	32751	34896	67647	32934	35167	68101	36064	38179	74243
INCLUSA	27882	31591	59473	28846	31256	60102	29229	31675	60904	29804	32282	62086	28662	32257	60919
LATINA	32391	36133	68524	34223	35918	70141	34521	36289	70810	34945	36709	71654	34720	37569	72289
PALACIO	29621	33297	62918	28077	30761	58838	28325	31072	59397	28516	31274	59790	29096	32850	61946
UNIVERSIDAD	30444	32117	62561	33283	35240	68523	33579	35514	69093	33929	35901	69830	38361	40990	79351
<b>IMADRID CAP.</b>	<b>290206</b>	<b>333744</b>	<b>623950</b>	<b>295116</b>	<b>339137</b>	<b>634253</b>	<b>297576</b>	<b>341587</b>	<b>639163</b>	<b>300989</b>	<b>344398</b>	<b>645387</b>	<b>311493</b>	<b>367245</b>	<b>678738</b>

CUADRO 3. III.3. NÚMERO DE HABITANTES. DISTRIBUCION POR DISTRITOS, AÑOS Y SEXO.  
Fuente: Ayuntamiento de Madrid.  
Elaboración propia.

La pandemia de gripe de 1918-19 produjo un importante aumento de la mortalidad general en la ciudad de Madrid y en todos sus distritos, aunque menor que en otros puntos de nuestro país. El patrón estacional de la sobremortalidad general coincidió con el desarrollo de los tres brotes de la epidemia, siendo muy importantes las elevaciones registradas durante el primer brote, sobre todo en junio de 1918. Hubo muy pequeñas diferencias respecto a la estacionalidad que adoptó la mortalidad de los distintos distritos madrileños, únicamente hay que reseñar que en el distrito Inclusa parece que tuvo más importancia el primer brote que el segundo, mientras que en el distrito de Buenavista fue mayor la mortalidad registrada durante el segundo y el tercer brote que durante el primero. La mortalidad diferencial de los distritos madrileños ante la enfermedad se conservó durante los años de la pandemia (1918 y 1919), según los datos del Ayuntamiento de Madrid, mientras que según los datos del Registro Civil la mortalidad diferencial de los distritos para el mismo período estaría en relación más que con sus condiciones socioeconómicas e higienicourbanísticas con la cantidad de hospitales que tenían en los que se hubiera prestado preferentemente asistencia a los epidemiados. Los aumentos habidos en la mortalidad general y en algunas tasas específicas durante diciembre de 1919 y enero de 1920 ponen de relieve la importancia que tuvo la nueva epidemia de gripe de 1919-20 en la ciudad de Madrid, a diferencia de lo que ocurrió en otras partes de España.

En relación con la mortalidad específica las cuestiones

más importantes que merecen ser reseñadas son las siguientes. No sólo aumentó la mortalidad por gripe durante 1918 y 1919, sino también la de todos los procesos respiratorios con la única excepción de la bronquitis aguda. La mortalidad por esta enfermedad no sólo no aumentó en 1918, sino que incluso fue inferior a la de 1915. No obstante, en 1919 y 1920 sí se elevó la mortalidad por esta enfermedad, si bien fue sobre todo a expensas de la nueva epidemia de gripe (1919-20) y de la repercusión que ésta tuvo en los menores de 1 año. En general los aumentos que se registraron en las tasas de las distintas enfermedades señaladas coincidieron con el desarrollo de los tres brotes de la pandemia de gripe de 1918-19 y con la nueva epidemia de 1919-20. Un comportamiento algo excepcional fue el de las tasas de mortalidad por bronquitis crónica que, si bien se elevaron durante el primer brote -sobre todo en junio de 1918-, no se modificaron apenas con el resto de los brotes. Normalmente las elevaciones registradas durante el primer brote fueron muy importantes, sobre todo en junio de 1918 y durante la nueva epidemia de gripe de 1919-20. Por lo tanto parece adecuado pensar por un lado, que el primer brote en la ciudad de Madrid no fue tan benigno como los distintos testimonios contemporáneos señalaron, y por otro, que la nueva epidemia de gripe de 1919-20 tuvo un gran impacto demográfico en dicha villa.

La epidemia de gripe de 1918-19 también alteró la distribución de la mortalidad por sexos y grupos de edades de Madrid. La mortalidad masculina general y por gripe fue superior a la femenina, aunque coincidiendo con el desarrollo

de los tres brotes de gripe, disminuyeron las diferencias entre los dos sexos e incluso la mortalidad femenina por gripe superó a la masculina en octubre y noviembre de 1918 y en diciembre de 1919. En los distintos grupos de edades el porcentaje de hombres normalmente superó al de mujeres durante 1918 y 1919, con la única excepción del grupo de edad entre 5 y 19 años en 1918 y el de 20 a 39 años en 1919, en los que el porcentaje de mujeres fue mayor que el de hombres. La mayor mortalidad se registró entre los individuos de 20 a 39 años que constituyeron algo más del 40% de todas las defunciones de 1918 y un poco menos en 1919. La mortalidad infantil se elevó en 1918 y disminuyó en 1919, mientras que la mortalidad infantil por gripe fue menor en 1918, elevándose en 1919 y en 1920, como efecto de la epidemia de 1919-20.

La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad que acompañó a la epidemia de gripe de 1918-19 y el crecimiento vegetativo fue negativo. No obstante, la importante inmigración que se estaba produciendo, logró que el crecimiento real fuera positivo.

## NOTAS

1. PATTERSON, K.D. & PYLE, G.F. (1991) "The Geography and mortality of the 1918 influenza pandemic", *Bull. Hist. Med.*, 65, 4-21, pp. 5 y 21. Para Burnet la pandemia gripal de 1918-19 habría sido responsable de 50 a 100 millones de muertes, PATTERSON, K.D. (1986) *Pandemic influenza 1700-1900: a study in historical epidemiology*, Totowa, Rowman & Littlefield.
2. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (1917-1919) *Movimiento natural de población*, Madrid.
3. AYUNTAMIENTO DE MADRID (1916) *Estadística Demográfica (año 1915)*, Madrid, Imprenta Municipal; AYUNTAMIENTO DE MADRID (1920 y 1921) *Estadística Demográfica. Resumen General (años 1918 y 1919)*, Madrid, Imprenta Municipal, 2 vols.; *Libros de Defunción de los Registros Civiles de los distritos: Centro, Hospicio, Buenavista, Congreso, Inclusa, Latina, Hospital, Chamberí, Universidad y Palacio (R.C.U.M.)*.
4. ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) *La pandemia de Gripe de 1918-19 en España*, Madrid, Tesis doctoral inédita presentada en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la U.C.M., pp. 174-176; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*, Madrid, Siglo XXI y Centro de Investigaciones Sociológicas, pp. 83-94.
5. *El Socialista* y otros periódicos, así como numerosos médicos insistieron en la mayor repercusión que la epidemia tuvo entre la población más humilde, tanto urbana como rural, JUNQUERA HERNANDEZ, A. (1918) *Memoria Estadística de la Epidemia Gripal que invadió el partido médico de Romengordo (Cáceres) en el mes de octubre de 1918*, presentada en La Real Academia Nacional de Medicina para optar al Premio Calvo Martín, pp. 21-22; MARTA LORENTE, E. (1918) *Memoria de la epidemia gripal observada en junio de 1918 en Miedes de Aragón*, presentada en La Real Academia Nacional de Medicina para optar al Premio Calvo Martín, pp. 62-63; MARTA LORENTE, E. (1918) *Apéndice a la memoria de la epidemia gripal observada en junio de 1918 en Miedes de Aragón*, constituido por las observaciones recogidas en la epidemia otoñal de gripe de 1918 en Miedes y otros pueblos de la comarca, presentada en La Real Academia Nacional de Medicina en noviembre de 1918 para optar al Premio Calvo Martín, p. 16; BERNABEU MESTRE, J. (coord.) (1991a) *La ciutat davant el contagi. Alacant i la Grip de 1918-19*, Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana, p. 64.
6. Entre los numerosos autores que han puesto de relieve la importancia que tiene la valoración de la mortalidad general para conocer el verdadero impacto de las epidemias gripales cabe citar a los siguientes: HOUSWORTH, J. & LANGMUIR, A.D. (1974) "Excess mortality from influenza, 1957-1966", *American Journal of Epidemiology*, 100, 40-48; ALLING, D.W., BLACKWELDER, W.C. & STUART-HARRIS, C.H. (1981) "A study of



excess mortality during influenza epidemics in the United States, 1968-1976", *American Journal of Epidemiology*, 113, 30-43; GLEZEN, W.P., PAYNE, A.A., SNYDER, D.N. & DOWNS, T.D. (1982) "Mortality and influenza", *Journal of Infectious Diseases*, 146, 313-321; HOPE-SIMPSON, R.E. (1983) "Recognition of historic influenza epidemics from parish burial records: a test of prediction from a new hypothesis of influenzal epidemiology", *J. Hyg. Camb.*, 91, 293-308; HOPE-SIMPSON, R.E. (1986) "The method of transmission of epidemic influenza: further evidence from archival mortality data", *J. Hyg. Camb.*, 96, 353-375.

7. El ministro reconoció expresamente que los muertos por gripe "oficialmente [serían] poquísimos porque los médicos no los [calificaban] de gripe", "Sesión del 23 de octubre de 1918", *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, 83, legislatura 1918-1919, p. 2731.

8. PASCUA, M. (1935) *Mortalidad específica en España II. Mortalidad por sexos, grupos de edades y causas en el período 1911-1930*, Madrid, Publicaciones oficiales de la C.P.I.S., p. 20.

9. Como fuentes se han utilizado: AYUNTAMIENTO DE MADRID (1915) *Estadística Demográfica*, Madrid; AYUNTAMIENTO DE MADRID (1918, 1919, 1920, 1921 y 1922) *Estadística Demográfica. Resumen general anual*, Madrid.

10. FERNANDEZ GARCÍA, A. (1989) *Epidemias y sociedad en Madrid*, Barcelona, Vicens-Vives, p. 59. Este autor también lo ha señalado para el siglo XIX.

11. Como ya expuse anteriormente: los hospitales del Niño Jesús, de Nuestra Señora del Carmen, de San Carlos y el de San Juan de Dios estaban ubicados en el distrito de Congreso; el de Jesús Nazareno, San Pedro y el de la Princesa en el distrito de Universidad; y por último, el de San Francisco de Paula y el de San José en el distrito de Chamberí.

12. Sin embargo, el domicilio del difunto no siempre se ha consignado en las inscripciones de defunción.

13. Por ello se podrá estudiar si existió una mortalidad diferencial entre los distritos madrileños respecto a las tasas anuales de mortalidad tanto generales como específicas, e incluso se podrá advertir si hubo diferencias en la distribución mensual de la mortalidad general entre los distintos distritos, pero no será posible conocer, por ejemplo, la distribución mensual y por distritos de las tasas específicas de mortalidad. Todo esto impone algunas limitaciones al estudio de la mortalidad diferencial, que posiblemente se podrían salvar utilizando como fuente los datos de los cementerios madrileños.

14. La benignidad de la epidemia de gripe en Madrid, sobre todo del primer brote, fue señalado en todos los medios, incluso entre los propios profesionales sanitarios, Carro fue uno de los que participó de esta opinión, GARCÍA TRIVIÑO, F. (1918) "Influencia de la epidemia actual en los tuberculosos pulmonares", *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española*, VI (Curso 1918-1919), p. 111. Esta opinión no fue compartida por todos, así en un editorial de *La Medicina Ibera*, coincidiendo con el inicio del segundo brote, se decía que la "mortalidad en la pasada etapa" era "de mucha más importancia de la que en apariencia tenía", "La Salud pública en peligro", *La Medicina Ibera*, 21 de septiembre de 1918, p. LXXXIX.

15. BERNABEU, J. (coord.) (1991a) p.41; ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1984) *La Epidemia de gripe en 1918 en Bilbao*, Tesis doctoral presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, p. 63; ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1986) *La Epidemia de gripe en 1918 en Bilbao. Estudio demográfico y estadístico*, Salamanca, Edics. Universidad de Salamanca, p. 15.

16. CAMPBELL, E.P. (1943) "The epidemiology of Influenza", *Bull. Hist. Med.*, 13 (3), 389-403, pp. 396.

17. "Sesión del 31 de enero de 1920", *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 40 (1920), 21-34, p. 21. PALAZON también ha señalado la existencia de este brote en la provincia de Alicante, PALAZON FERRANDO, S. (1991) "La pandemia de gripe de 1918-1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante", en BERNABEU MESTRE, J. (coord.) *El papel de la mortalidad en la evolución en la población valenciana*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, 89-98, p. 92.

18. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1991) "La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19", en *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 131-156, p. 142. En Guipúzcoa, Zamora y Salamanca también se concentró la mayor mortalidad en Octubre, URQUÍA ECHAVE, J.M. (1986) "La Pandemia Gripal de 1918 en Guipuzcoa", *Cuadernos de Historia de la Medicina Vasca*, 4, 36-86, p. 83; GARCÍA-FARIA del CORRAL, F.J. (1991) *La Epidemia de Gripe de 1918 en la provincia de Zamora. Estudio estadístico y social*, Tesis doctoral inédita, Universidad de Salamanca, p. 43; SENA ESPINEL, M<sup>a</sup> P. de (1992) *La pandemia gripal de 1918 en Salamanca y provincia*, Tesis doctoral inédita, Universidad de Salamanca, pp. 535.538.

19. MARCH BISBAL, J. y SALAS VIVES, P. (1989) "La mortalitat a Pollença a principis del segle XX", *Estudis Baleàrics*, 33, 83-90, p. 86.

20. Estas son algunas de las 38 rúbricas de la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción abreviada*, revisión de 1909, MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1992) "Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las

estadísticas demográfico-sanitarias", en: *Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua, Madrid 14 de junio de 1991*, Madrid, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad, 79-109, p. 94.

21. Uno de los efectos de la epidemia fue el aumento de la mortalidad por los distintos procesos respiratorios que produjo en casi todas las localidades durante los años de la epidemia. En Barcelona la mortalidad por las distintas enfermedades del aparato respiratorio habida durante 1918 fue de tal magnitud como para ser responsable de la sobremortalidad que se registró en dicha ciudad durante ese año, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) p. 142.

22. Chabas defendió que tanto el tuberculoso como el neumopático crónico eran menos vulnerables a la gripe, pero también se hizo eco de las diferentes opiniones que sobre ello se mantuvieron, CHABAS, J. (1928) *La gripe*, Madrid, Javier Morata, pp. 111-118.

23. En el apartado de material y método he expuesto más ampliamente las razones que justifican la elección que he realizado respecto al estudio de la mortalidad específica.

24. Las tasas anuales de mortalidad se han calculado a partir de los datos del Ayuntamiento de Madrid y las mensuales con los datos del Registro Civil. En el primer caso se han desglosado los valores de las distintas tasas por distritos con el fin de poner de relieve las posibles diferencias que pudieran existir entre los distritos. En el segundo no ha lugar hacerlo porque, como ya dije antes, sólo conduciría a resultados y conclusiones erróneas.

25. PASCUA, M. (1935) tabla número 27.

26. BERNABEU, J. (coord.) (1991a) p. 21.

27. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1991), p. 141.

28. A nivel global en todas las islas la mortalidad por gripe fue 5,33‰, LLUCH DUBON, F.D. (1991) *L'Epidemia de Grip de l'Any 1918 a les Illes Balears*, Mallorca, El Tall, p. 87.

29. PALAZÓN FERRANDO, S. (1991) p. 92.

30. ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 203-206; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) pp. 118-119.

31. LASBENNES, L. (1921) "Consideraciones relativas a la estadística de mortalidad", en AYUNTAMIENTO DE MADRID *Estadística Demográfica. Resumen General (1920)*, Madrid, Imprenta Municipal, 97-109, p. 99.

32. Algunos de los autores que han puesto de relieve la relación existente entre la sobremortalidad producida por las enfermedades respiratorias y la epidemia han sido: BERNABEU,

J. (coord.) (1991a), p. 56; PALAZON, S. (1991), p. 93; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991), p. 141.

33. Las muertes que en la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción abreviada, revisión de 1909*, figuran bajo el epígrafe "otras enfermedades respiratorias" y las debidas a la bronquitis aguda consituyen el epígrafe que yo he denominado "resto de enfermedades respiratorias".

34. La fuente que se ha utilizado en este caso ha sido el Registro Civil.

35. ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 306-308; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) pp. 95-97 y 181.

36. ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 306-308; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) pp. 95-97 y 183.

37. CHABAS, J. (1928) p. 114.

38. García Triviño estudió el efecto de la epidemia de gripe sobre los tuberculosos y, aunque no era partidario de una gran elevación de la mortalidad entre los enfermos tuberculosos durante las epidemias de gripe como habían expuesto Netter y Krause, observó algunos efectos negativos entre sus enfermos madrileños. Este autor comunicó su experiencia en la sesión del 9 de diciembre de 1918 de la Academia Médico Quirúrgica, suscitándose distintas opiniones al respecto. Carro, Pérez Ruiz Crespo se mostraron partidarios de un efecto negativo de la epidemia de gripe sobre los tuberculosos, mientras que Gallego defendió la postura contraria y Albasanz consideró que como la epidemia no había terminado el estudio no había finalizado y había que ser cauteloso en las afirmaciones, GARCÍA TRIVIÑO, F. (1918) pp. 104-116. Albasanz con posterioridad reconoció los efectos tardíos de la gripe sobre los tuberculosos, ALBASANZ, S. (1919) "La epidemia de gripe y la lucha antituberculosa", *Med. Soc. Esp.*, 2-5, p. 3.

39. CROSBY, A.W. (1989) *America's forgotten pandemic: the influenza of 1918*, Cambridge-New York, Cambridge University Press, 337 pp., p.277; JIMENEZ ALTHY, L. (1920) *Consideraciones clínicas sobre la pasada epidemia gripal*, Tesis inédita, Universidad Complutense de Madrid; SÁNCHEZ GOZALBO, A. (1919) *Contribución al estudio epidemiológico de la gripe de 1918 en la provincia de Castellón*, Tesis inédita, Universidad Complutense de Madrid; TOMÁS MONTSERRAT, J. (1982) *El Grip de l'any 18 a Lluçmajor. Notes sobre l'epidèmia*, Lluçmajor, 36 pp., p. 14; MARTA LORENTE, E. (1918) *Apéndice a la memoria de la epidemia gripal observada en Junio de 1918 en Miedes de Aragón constituido por las observaciones recogidas en la epidemia otoñal de Gripe de 1918 en Miedes y otros pueblos de la comarca*, Memoria presentada a la Real Academia Nacional de Medicina para optar al premio Calvo Martín, 28 pp., p. 13.

40. En nuestro país, por ejemplo según Echeverri, la mortalidad femenina habría superado a la masculina en el grupo de edad entre 1 y 23 años, ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 213-217; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) p. 125.
41. La instauración en España de un régimen demográfico más moderno al comienzo de siglo, supuso que la sobremortalidad femenina fuera sustituida por la masculina, pero en 1918 se invirtió esta tendencia, ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) p. 216; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) p. 125.
42. El análisis de los datos relativos a la mortalidad de Londres puso en evidencia que la mayor parte de los fallecidos eran adultos jóvenes, entre 20 y 40 años, *London Times*, 25 June 1918, Great Britain Ministry of Health, *Report on Pandemic, 1918-1919*, graphs facing p. 212, diagram facing p. 40; "Discussion of Influenza", *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 12 (13 November 1918), p. 20, cit. por CROSBY, A.W. (1989) p. 8. Las comunicaciones que hicieron los distintos países a la Oficina Internacional de Higiene Pública, *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, X (7); *Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique*, XI (8), correspondientes a los meses de julio y agosto de 1918. En nuestro país fueron muchos los autores contemporáneos a la epidemia que informaron sobre esta peculiar distribución de la mortalidad por grupos de edades durante la pandemia de gripe de 1918-19, entre ellos se pueden citar los siguientes: SÁNCHEZ GOZALBO, A. (1919); RODRIGO LAVÍN, L. (1919a) *La lucha contra la gripe en la provincia de Cádiz*, Cádiz, Imprenta La Unión, p. 34; RODRIGO LAVÍN, L. (1919b) "La lucha contra la gripe (Deducciones de una campaña epidémica)", *Actas del Congreso de Bilbao de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias*, 117-155, p. 149; GARCÍA PASTOR, F. (1919) *Estudio clínico acerca de la epidemia grippal en Chiloeches*, Memoria presentada a la Real Academia Nacional de Medicina para optar al Premio Calvo Martín en 1919, p. 2; S.A. (1919) *Dos períodos de epidemia gripal en Igea de Cornago (Logroño) en el corriente año de 1918*, Memoria presenta a la Real Academia Nacional de Medicina para optar al Premio Calvo Martín, 34 pp., p. 8; MARTA LORENTE, E. (1918) *Apéndice a la memoria de la epidemia gripal observada en Junio de 1918 en Miedes de Aragón constituido por las observaciones recogidas en la epidemia otoñal de Gripe de 1918 en Miedes y otros pueblos de la comarca*, 28 pp., p. 14; JUNQUERA HERNÁNDEZ, A. (1918) *Estadística de la Epidemia Gripal que invadió el partido médico de Romangordo (Cáceres) en el mes de Octubre de 1918*, Memoria presentada a la Real Academia Nacional de Medicina para optar al Premio Calvo Martín, 71 pp., p. 21.
43. PYLE, G.F. & PATTERSON, K.D. (1984) "Influenza diffusion in european history: patterns and paradigms", *Ecology of Disease*, 2 (3), 173-184, p. 178; BURNET, M. & WHITE, D.O. (1982) *Historia natural de la enfermedad infecciosa*, Madrid, Alianza Universidad, 1ª edic., de la 4ª edic. revisada, p. 257.

44. Luis Lasbennes reconoció una mayor elevación proporcional de la mortalidad entre los individuos de 20 a 40 años, LASBENNES, L. (1918) "Contribución demográfica al estudio de la actual epidemia en Madrid", *El Siglo Médico*, 3366, 15 de junio de 1918, 466-468, p. 467.
45. Según Marcelino Pascua la mayor mortalidad se registró entre los 15 y los 40 años, sobre todo 25-34 años, PASCUA, M. (1935) p. 66.
46. Los datos que se publicaron en *El Siglo Médico* del 8 de junio de 1918 relativos a la mortalidad de la ciudad de Madrid durante el mes de mayo de 1918 permiten observar cómo el mayor incremento de la mortalidad durante ese mes se produjo entre los individuos de 20 a 39 años, que fueron casi el doble del promedio del quinquenio anterior, "Estado Sanitario de Madrid", *El Siglo Médico*, 3365, 8 de junio de 1918, p. 441.
47. GÓMEZ REDONDO, R. (1992) *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI, 452 pp., p. 80.
48. GÓMEZ REDONDO, R. (1992) pp. 80-83.
49. En nuestro país la mayor mortalidad correspondió a los individuos entre los 20 y los 40 años, ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) p. 211; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) p. 122. Esto mismo ocurrió en Barcelona y en Alicante tanto en la provincia como en la capital, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) pp. 143-144; BERNABEU MESTRE, J. (coord) (1991a) p. 54; PALAZÓN FERRANDO, S. (1991) p. 96. En general casi todos los autores han reconocido que la mayor mortalidad se registró entre los adultos jóvenes: en Bilbao y en Zamora parece que los más afectados fueron los de 21 a 30 años; en Pollença, los de 25 a 29 años; y en Salamanca y en las Islas Baleares los individuos de 25 a 34 años sobre todo, ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1984) p. 79; ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1984) p. 15; GARCÍA-FARIA del CORRAL, F.J. (1991) p. 48; MARCH BISBAL, J. y SALAS VIVES, P. (1989) p. 88; SENA ESPINEL, M<sup>a</sup> P. (1992) pp. 535-538; LLUCH i DUBON, F.D. (1991) p. 90.
50. En la ciudad de Barcelona durante 1918 no hubo diferencias porcentuales en cuanto a la distribución de la mortalidad por gripe entre los individuos de 20 a 39 años, pero sí para el grupo de edad de 20 a 29 años, en el que el porcentaje de mujeres superó al de hombres, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1991) pp. 143-144. En las Islas Baleares también fue superior la mortalidad femenina a la masculina entre 20 y 29 años, LLUCH i DUBON, F.D. (1991) p. 91. Por su parte, Echeverri ha señalado que entre 1 y 24 años la mortalidad femenina superó a la masculina, ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) p. 213; ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993) p. 125.
51. Para hacerse una idea de lo que supuso, a nivel demográfico, la epidemia de gripe de 1918-19 para nuestro país, puede ser útil ver: MIGUEL, J. de (1973) *El ritmo de la*

vida social, Madrid, sobre todo pp. 99 y 232 cit. por ECHEVERRI DÁVILA, B. (1990) pp. 220-235.

52. WILMOTH, J.; VALLIN, J. et CASELLI, G. (1989) "Quand certaines générations ont une mortalité différente de celle que l'on pourrait attendre", *Population*, Mars-Avril 1989, 2, 335-376, pp. 354-355 y 363.

53. La importancia que ha tenido a lo largo de los siglos la inmigración en la ciudad de Madrid para compensar la sobremortalidad endémica y epidémica de la capital ha sido subrayada entre otros muchos autores por los siguientes: CARBAJO ISLA, M.F. (1987) *La población de la Villa de Madrid. Desde finales del siglo XVI hasta mediados del siglo XIX*, Madrid, Siglo XXI, 402 pp., pp. 115-237; FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (1989) "La población madrileña entre 1876-1931. El cambio de modelo demográfico", en: BAHAMONDE, A. y OTERO, L.E. (eds.) *La sociedad madrileña durante la Restauración. 1876-1931*, Madrid, Comunidad de Madrid, Rev. Alfoz, vol. I, 29-76; PONTE CHAMORRO, F.J. (1991) *Demografía y sociedad en el Madrid decimonónico (1787-1857)*, Madrid, Ayuntamiento de Madrid-Turner Libros, 223 pp..

III.4. LA INCIDENCIA DE LA GRIPE SOBRE LA ECONOMÍA EN MADRID:  
UN BREVE APUNTE



Los datos ofrecidos en las páginas precedentes relativos a las repercusiones que la pandemia de gripe de 1918-19 tuvo sobre la mortalidad de la ciudad de Madrid han sido lo suficientemente ilustrativos para poner de relieve la magnitud de dicha epidemia y la importancia que tuvo para esta capital, en suma para mostrar cuál fue el coste humano de dicho suceso. Pero un episodio de estas características, además, lleva implícito siempre importantes repercusiones sobre la economía que los antiguos conocían y que con la aparición de la burguesía en la Edad Media y, con ello, de un nuevo modelo económico, cobraron mayor relevancia. Por este motivo, a partir de ese momento, en las ciudades se temió la aparición de cualquier epidemia no sólo por la gran mortalidad que solía provocar, sino también, y muy especialmente, porque se paralizaba toda la actividad comercial o, al menos, se reducía de forma importante mientras duraba la epidemia y, aún incluso, mucho tiempo después por miedo al contagio. Además, y por si esto fuera poco, las medidas de profilaxis y de lucha contra la enfermedad epidémica generaban un gasto adicional nada desdeñable al que necesariamente había que hacer frente. Por ello, no debe extrañar que ante un panorama tan poco halagüeño, los poderes públicos optaran generalmente por ocultar la aparición de cualquier epidemia y, tan sólo, cuando la situación se hacía totalmente insostenible, las autoridades se veían obligadas a reconocer su presencia.

A la vista de lo comentado hasta ahora, quiero señalar que no es mi intención cuantificar todos los costes que

directa o indirectamente generó el desarrollo de la epidemia de gripe de 1918-19 en la ciudad de Madrid, ya que eso, además de escaparse de los objetivos que se pretende cumplir con esta memoria, exigiría para hacerlo adecuadamente la realización de estudios complementarios tendentes a evaluar las repercusiones que dicho suceso tuvo en la macro y en la microeconomía. Entre otras cosas, sería preciso, por ejemplo, estudiar minuciosamente cuál fue el impacto económico que la epidemia y las medidas tomadas para combatirla tuvieron sobre la industria, agricultura, ganadería y minería, el sector terciario, el comercio interior y exterior, los transportes (de viajeros, mercancías y animales), la evolución de la Bolsa.... De igual modo habría que determinar los efectos sobre el abastecimiento de las distintas mercancías, especialmente de los productos de primera necesidad, y analizar las variaciones de precios que experimentaron dichos productos, entre ellos el pan, para calcular las repercusiones de la epidemia sobre la microeconomía. Sin duda, un trabajo en el que se abordaran las cuestiones que acabo de mencionar se podría convertir en el objeto de una o varias tesis realizadas desde las disciplinas que más se interesan por estos temas.

Sin embargo, lo que sí parece oportuno es plantear algunas reflexiones sobre la incidencia que una epidemia, como la gripe de 1918-19, puede tener sobre la economía de la sociedad en la que asienta, ya que, al estar operando estos elementos sobre las reacciones y actitudes de los distintos miembros de la sociedad ante la epidemia, su conocimiento

puede resultar útil para facilitar la comprensión de algunas de las cuestiones que se suscitaron durante la misma y que serán expuestas en los siguientes capítulos de esta memoria. Como han señalado algunos autores -entre ellos, Fox-, las epidemias tienen unos costes directos y otros indirectos<sup>1</sup>. En el primer grupo habría que incluir los gastos derivados de la puesta en marcha de las distintas medidas de profilaxis pública y los relativos a la asistencia sanitaria y social de los epidemiados y/o sus familiares, mientras que las pérdidas de productividad derivadas de las bajas laborales y de las defunciones de la población activa pertenecerían al segundo grupo. Seguidamente mostraré, en el caso de la epidemia de gripe de 1918-19 en la ciudad de Madrid, cuáles fueron los principales gastos que se originaron y cómo se sufragaron.

Como acabo de indicar, entre los gastos directos ocasionados por una epidemia hay que contabilizar los relativos a las medidas de profilaxis. En el caso concreto que estamos estudiando, éstas, tal y como se pondrá de relieve en el apartado correspondiente de esta memoria, fueron fundamentalmente las siguientes: la instauración de un servicio de desinfección y reconocimiento en las estaciones de Madrid, en donde se reconocía a todos los viajeros que llegaban, se hospitalizaba o trasladaba a su domicilio a los enfermos en coches especiales, y se desinfectaba a los sanos y a los equipajes; la intensificación de medidas de Higiene Pública en la ciudad, tales como la limpieza con agua y líquidos desinfectantes; la desinfección de las habitaciones y de los enseres de los enfermos al término de la enfermedad;

la desinfección de cualquier local o vivienda considerados focos de infección...; la vacunación gratuita durante el segundo brote. El cumplimiento de las prácticas enumeradas supuso un importante gasto para las arcas municipales, ya que fue preciso disponer de material diverso y de más personal. Todo esto fue bastante costoso, especialmente la adquisición de desinfectantes, dada su escasez y carestía no sólo a causa de la epidemia, sino también como consecuencia de la Primera Guerra Mundial<sup>2</sup>.

A estos gastos el Ayuntamiento tuvo que añadir los relativos a la asistencia sanitaria y social de los epidemiados menesterosos y/o de sus familiares. Esta atención se prestó en buena medida a través del personal sanitario perteneciente a la Beneficencia Municipal en las Casas de Socorro y a domicilio<sup>3</sup>. Una vez más lo más costoso fue proporcionar los medicamentos, los socorros en metálico y los productos alimenticios, ya que a la escasez y carestía de los medicamentos hubo que sumar la de las subsistencias, dada la crisis existente<sup>4</sup>. Estas circunstancias motivaron que, entre otras medidas, fuera necesario durante el primer brote solicitar un crédito especial de dos millones para comprar trigo a Argentina, así como aumentar el presupuesto municipal para el suministro de medicamentos<sup>5</sup>. En este mismo sentido, durante el segundo brote, la Comisión de Beneficencia y Sanidad del Ayuntamiento de Madrid arbitró algunas medidas, entre ellas, tomó la iniciativa de organizar comedores de caridad. Con tal fin y con el de atender también a la hospitalización de los epidemiados más pobres, solicitó un

crédito de 125.000 pesetas en la Sesión que la Corporación celebró el 27 de septiembre de 1918<sup>6</sup>. En el período álgido del segundo brote el municipio debió asumir también el importe relativo al alquiler de un local destinado a hospital de epidemias<sup>7</sup>. Además de las medidas señaladas hasta ahora, el alcalde, para mitigar en parte la crisis obrera presente en la Villa y Corte, presentó en la sesión del 18 de octubre de 1918 una moción relativa a la obtención de unos créditos especiales para el sostenimiento de los obreros<sup>8</sup>.

Pero la atención sanitaria y social de los epidemiados pertenecientes a las clases menesterosas no fue asumida únicamente por el Ayuntamiento de Madrid, sino que precisó de la colaboración de los recursos de la Diputación provincial de Madrid e incluso de ayudas proporcionadas por el Ministerio de la Gobernación. Así, la atención hospitalaria de los epidemiados menesterosos, previo acuerdo entre representantes del Ayuntamiento de Madrid, de la Diputación provincial de Madrid y del Ministerio de la Gobernación, se llevó a cabo fundamentalmente en los hospitales de la Diputación, sirviéndose de su material y personal sanitario, y fue costeada por el Ministerio de la Gobernación que realizó periódicamente unos pagos a la Diputación<sup>9</sup>. No obstante, el Ministerio tuvo asimismo que, con el fin de aumentar la capacidad hospitalaria de Madrid, proporcionar pabellones Docker que se instalaron en las inmediaciones del Hospital Provincial y del Hospital de San Juan de Dios, utilizando los terrenos de la Diputación y recurriendo igualmente al personal y otros servicios de dicha institución. La falta de recursos

por parte del municipio y especialmente de la Diputación determinó la necesidad de solicitar ayudas al Ministerio de la Gobernación, no sólo para afrontar la hospitalización de los enfermos, sino también para otros fines. En estas circunstancias, y dado que el caso de Madrid no era el único, sino que todo el país demandaba ayuda, el Gobierno se vio obligado a solicitar al Parlamento la concesión de varios créditos al presupuesto del Ministerio de la Gobernación con los que hacer frente a dicha situación. Se aprobaron cinco créditos por una cuantía total de 5 millones de pesetas<sup>10</sup>. Con esta cantidad, que, a juzgar por las numerosas denuncias que se formularon en ambas Cámaras del Parlamento, se mostró totalmente insuficiente, el Gobierno debió sufragar no sólo los gastos citados relativos a la ciudad de Madrid, sino también buena parte de los gastos del país relativos a la profilaxis y a la asistencia sanitaria y social prestada durante la epidemia. En este sentido, la Comisión de presupuestos reconoció ante el Congreso que, pese a las denuncias realizadas sobre un uso distinto, los créditos concedidos se habían destinado para costear la puesta en marcha de las estaciones fronterizas -local, material, líquido de desinfección y personal-, y el envío de medicamentos y socorros metálicos, así como las dietas de los médicos desplazados a los lugares epidemiados<sup>11</sup>.

Expuestos de modo somero cuáles fueron los gastos directos derivados de la epidemia, procede enumerar cuáles fueron los gastos indirectos secundarios a la misma. En este capítulo hay que incluir las pérdidas de productividad

derivadas de las bajas laborales que debieron ser muy importantes, especialmente durante el momento álgido del primer brote, momento en el que, tal y como parecen indicar los testimonios periodísticos, se llegó prácticamente a paralizar la vida de la ciudad de Madrid<sup>12</sup>. Algo similar, aunque en menor cuantía, ocurrió durante el segundo y el tercer brote. Pero no sólo la pérdida de productividad dependió de las bajas laborales; también fue consecuencia de la mortalidad que la epidemia produjo entre la población activa que, como se ha visto anteriormente, fue especialmente elevada, a diferencia de lo que es habitual en las epidemias de gripe. De las dos mil defunciones registradas como muertes por gripe entre 1918 y 1919, el mayor porcentaje -43,36% en 1918 y 38,72% en 1919- correspondió a individuos entre 20 y 39 años. Aunque estos datos permiten intuir las enormes consecuencias económicas derivadas de los mismos, es preciso recordar que, como he señalado anteriormente, la mortalidad realmente provocada por la gripe fue muy superior.

Pero las muertes producidas por la epidemia dieron lugar a otro tipo de repercusiones económicas, entre ellas los gastos derivados de las pensiones que las Compañías privadas de Seguros debieron pagar a sus asegurados y las que el Estado tuvo que abonar a los huérfanos y viudas de los médicos y farmacéuticos que fallecieron<sup>13</sup>. En ambos casos, el cumplimiento de esa obligación se presentó como un importante problema cuya solución era bastante compleja al existir intereses encontrados. Así, alguna de las medidas, como por ejemplo la no declaración oficial de la existencia de la

epidemia de gripe en el país, de que se servía el Gobierno para eludir o postergar el pago de las pensiones, agravaba aún más la situación de las Compañías privadas de Seguros que se veían obligadas a hacer frente a unos gastos muy cuantiosos. Colocadas en esta difícil tesitura, dichas compañías decidieron a través de la Comisaría General de Seguros buscar ayuda, acudiendo para ello el 11 de octubre de 1918 a la Real Academia Nacional de Medicina de la que reclamaron que se pronunciara sobre el estado sanitario del país. Esto fue así, porque según la Real Orden del 15 de diciembre de 1914 dictada por el Ministerio de Fomento se facultaba a dicha Comisaría para "reconocer a los solos efectos del seguro de enfermedad y previos los informes y consultas que considere necesario pedir, la existencia de epidemias". A este ruego la Real Academia Nacional de Medicina contestó diciendo que, en efecto, era un hecho que "en diferentes puntos de España existía una epidemia de gripe"<sup>14</sup>. A esta situación se le intentó también dar respuesta de modo oficial. Con tal fin, el 9 de abril de 1919, cuando se estaba registrando el tercer brote de la epidemia en algunos puntos de nuestro país, se dictó una Real Orden en la que se establecía una fórmula para calcular los subsidios por enfermedad de modo más ventajosa para las Compañías de seguro, y que se aplicaría cuando una causa cualquiera destruyera la tasa de morbilidad prevista por dichas entidades<sup>15</sup>. Este problema no fue exclusivo de España; de hecho Crosby ha puesto de relieve cómo en Estados Unidos las Compañías de Seguro tuvieron que hacer frente a esta misma cuestión, colocándose en una situación tremendamente



difícil<sup>16</sup>.

¿Cómo se sufragaron los gastos?

Como se acaba de mostrar, los gastos originados por la epidemia de gripe de 1918-19 en la ciudad de Madrid fueron asumidos por el Ayuntamiento de Madrid, la Diputación provincial de Madrid y el Estado. La mala situación económica de la Diputación determinó que ésta sólo asumiera algunas tareas asistenciales que se sufragaron con dinero del presupuesto del Ministerio de la Gobernación. Como ya se ha visto, el modo de hacer frente a estos gastos fue fundamentalmente arbitrando créditos especiales.

Pero no sólo la *Res publica* costeó los numerosos gastos derivados de la pandemia, también participaron en dicha tarea numerosas entidades filantrópicas, entre ellas el "Centro Instructivo y Protector de los Ciegos"<sup>17</sup>, la "Cruz Roja"<sup>18</sup>, la Junta del Colegio de Médicos de Madrid, etc. A todo esto habría que sumar también los gastos que tuvieron que afrontar los ciudadanos directamente, así como los efectuados por algunos médicos que, a título privado, debieron comprar medicamentos para administrárselos a los enfermos del Hospital provincial, ante la falta de los mismos en dicho centro<sup>19</sup>.

## NOTAS

1. FOX, D.M. (1989) "The History of Responses to Epidemic Disease in the United States since the 18th Century", *Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 56, nº 3, May 1989, 223-229, p. 224.

2. Este tema fue objeto de debate en diferentes foros, entre ellos el Congreso de los Diputados, en donde Largo Caballero llamó la atención sobre el precio que habían alcanzado los medicamentos desde 1915 hasta 1918 y después de estallar la epidemia. "Sesión del 27 de noviembre de 1918", *Diario de las Sesiones de Cortes. Congreso de los Diputados*, 101, (1918) 3329-3342, p. 3335. Este tema se suscitó en otras sesiones, entre ellas: "Sesión del 23 de octubre de 1918", *Diario de las Sesiones de Cortes. Congreso de los Diputados*, 83, (1918) 2727-2739, p. 2738.

3. "Sesión ordinaria del 31 de mayo de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 3 (sign. 572), 60-65, folio 60v y 61, A.V.M.; "Aviso a los médicos supernumerarios de la Beneficencia", *El Sol*, 20 de octubre de 1918, p. 3.

4. La gravedad de la situación que se vivía en esos momentos se pone de manifiesto al revisar la prensa general, el *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, los *Diarios de las Sesiones de Cortes* del bienio de la pandemia.

5. "Sesión del 3 de junio de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 4 (sign. 573), folio 65v, A.V.M.; "Sesión del 14 de junio de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 4 (sign. 573), folio 118, A.V.M.; "Sesión del 28 de junio de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 4 (sign. 573), folio 192, A.V.M.; "Sesión del 5 de julio de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 4 (sign. 573), folios 213-216, A.V.M..

6. "Sesión del 27 de septiembre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 5 (sign. 574), folio 15, A.V.M..

7. "Medidas de la Alcaldía", *El sol*, 17 de octubre de 1918, p. 6; "Medidas sanitarias en Madrid", *El sol*, 21 de octubre de 1918; "Medidas sanitarias en Madrid", *ABC*, 21 de octubre de 1918; "Medidas sanitarias del Ayuntamiento", *El sol*, 1 de noviembre de 1918, p. 6; "Sesión del 25 de octubre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 5 (sign. 574), folio 106v, A.V.M.; "Sesión del 30 de octubre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 5 (sign. 574), folio 148v, A.V.M..

8. "Sesión del 18 de octubre de 1918", *Libro de Actas del Excmo. Ayuntamiento de Madrid*, (1918), 5 (sign. 574), folios 80v-88, A.V.M..

9. "Noticias de Gobernación", *El Heraldó de Madrid*, 30 de mayo de 1918, portada; "Medidas de Gobernación", *El Liberal*, 30 de mayo de 1918, portada; "Sesión del 1 de junio de 1918", *Libro de Actas de las Sesiones de la Diputación Provincial de Madrid*, 1917-1918, folio 91, L-83, Archivo Regional de la Comunidad de Madrid; "Sesión del 6 de noviembre de 1918", *Libro de Actas de las Sesiones de la Diputación Provincial de Madrid*, folios 161-180, L-83, Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

10. Los créditos aprobados fueron los siguientes: uno de 250000 pesetas el 6 de junio de 1918; otro de 750000 pesetas y un suplemento de 2 millones de pesetas el 8 de noviembre de 1918; y dos más de un millón de pesetas cada uno el 28 de diciembre de 1918 y el 21 de enero de 1919, "Proyecto de Ley sobre concesión de un suplemento de un crédito de 250000 pesetas al vigente presupuesto de gastos del Ministerio de la Gobernación, con destino a 'Defensa contra las enfermedades evitables'", *Gaceta de Madrid*, 159, 8 de junio de 1918, p. 628; "Real Decreto del Ministerio de Hacienda relativo a la concesión de un suplemento de crédito de 750000 pestas concedido al presupuesto del Ministerio de la Gobernación con destino a la defensa contra las enfermedades evitables y en relación con la concesión de un nuevo suplemento de crédito de dos millones de pesetas para iguales atenciones", *Gaceta de Madrid*, 312, 8 de noviembre de 1918, pp. 525-526; "Real Decreto del Ministerio de Hacienda concediendo un suplemento de crédito de un millón de pesetas al capítulo 7º "Sanidad", art. 2º "Defensa contra enfermedades evitables" del presupuesto vigente del Ministerio de la Gobernación con destino a la defensa contra las epidemias y medidas que las mismas exigen en nuestro territorio", *Gaceta de Madrid*, 362, 28 de diciembre de 1918, p. 1125; "Real Decreto del Ministerio de Hacienda concediendo un suplemento de crédito de un millón de pesetas al capítulo 7º "Sanidad", art. 2º "Defensa contra enfermedades evitables" del presupuesto vigente del Ministerio de la Gobernación con destino a la defensa contra las epidemias y medidas que las mismas exigen en nuestro territorio", *Gaceta de Madrid*, 21, 21 de enero de 1919, p. 234.

11. "Sesión del 29 de noviembre de 1918", *Diario de las Sesiones de Cortes. Congreso de los Diputados*, 103, legislatura 1918-19, 3430-3445, pp. 3430-3431. Durante esta misma sesión se suscitó una polémica relativa al uso de los créditos concedidos para luchar contra la epidemia, denunciándose que en algún caso se había destinado para otros fines distintos.

12. "El microbio incógnito. La epidemia reinante", *ABC*, 26 de mayo de 1918, p. 14.

13. Como se verá con más detalle en la parte de esta memoria en la que se analiza el debate científico, ante las trabas que el Estado puso amparándose en la legislación poco clara que existía en relación con dichas pensiones y en la no declaración oficial de la existencia de la epidemia de gripe en el país, estos profesionales emprendieron una importante campaña reivindicativa con el fin de lograr la concesión y el abono de dichas pensiones.

14. "Solicitud de la Comisaría General de Seguros para que se reconozca oficialmente la epidemia de gripe" y "Respuesta dada por el secretario de la Real Academia Nacional de Medicina", legajo 288, expediente nº 89 (11 de octubre de 1918), Archivo de la Real Academia Nacional de Medicina.

15. La fórmula se aplicaría siempre que por una morbilidad mayor de la que la Compañía estimara como normal, rebasaran los siniestros que tuvieran que pagar al enfermo el 75% de lo que tenía que recaudar ese mes la entidad. En ese caso, los subsidios se calcularían a razón de ese 75%, pero si al cerrar el ejercicio, la empresa tuviera beneficio, tendría que repartirlo entre los enfermos, "Real Orden del Ministerio de Fomento resolviendo peticiones elevadas a la Comisaría General de Seguros sobre enfermedades relativas al estado sanitario anormal creado por las epidemias no declaradas oficialmente", *Gaceta de Madrid*, 99, 9 de abril de 1919, p. 126.

16. CROSBY, A.W. (1989) *America's Forgotten Pandemic. The influenza of 1918*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 215-312; GALISHOFF, S. (1969) "Newark and the Great Influenza Pandemic of 1918", *Bull. Hist. Med.*, 43, 246-258, p. 251.

17. Esta institución solicitó dinero con el fin de hacer frente a la situación creada por la epidemia, *ABC*, 14 de junio de 1918, p. 21.

18. Información sobre algunas de las actividades realizadas por la Cruz Roja durante la epidemia se puede encontrar en las *Memorias*, el *Libro de Actas*, en las revistas: *La voz de la Caridad*, *Cruz Roja Española*, así como en: CLEMENTE, J.C. (1986) *Historia de la Cruz Roja Española*, Madrid, Cruz Roja, 340 pp., pp. 96-100.

19. Esta cuestión, que saltó también a la prensa madrileña, suscitó un intenso debate en el Senado protagonizado por el Marqués de Portago y Estelat, "Sesión del 22 de noviembre de 1918", *Diario de las Sesiones de Cortes. Senado*, legislatura 1918-19, 97, p. 1651.

**ABRIR CAPÍTULO IV**

