

MORTALIDAD POR LA GRIPE «ESPAÑOLA» EN LA PROVINCIA DE CÁCERES (1918 Y 1919)

CARLOS MARÍA NEILA MUÑOZ

Doctor en Antropología Social y Cultural
(Universidad de Extremadura)

JUAN ANTONIO MUÑOZ MUÑOZ

Doctor y Académico de Número de la RAMCC
(Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz)

1. INTRODUCCIÓN

La incidencia de la gripe de 1918 en las distintas localidades de la provincia de Cáceres es el objetivo de esta investigación con destino a la revista “Alcántara”, con 11 «Tablas», 13 «Gráficos» y 1 «Mapa». En ella se aúna y complementa la etnomedicina con otras disciplinas afines y no excluyentes entre sí. Se estudian los fallecimientos en general y los producidos en función de la palabra clave «gripe» como causa principal, inmediata y asociada. El documento que se presenta a continuación es el resultado del estudio de las certificaciones de las actas depositadas en los Registros Civiles, por el mero —e importante— hecho de conocer la historia de la provincia de Cáceres. Todo el trabajo de campo es personal, sin ánimo de lucro, y no está financiado por organismo alguno público y/o privado. Mencionada investigación se ha realizado en 83 localidades de Cáceres, mediante el estudio de las certificaciones de las actas depositadas en los Registros Civiles de dichas localidades entre enero de 2018 y abril de 2023, detallándose 12.777 fallecimientos de los que 2.911 (22,78 %) se relacionan con la gripe en

sus diversas oleadas. En todas las poblaciones analizadas se evidencia que el “pico” de máxima virulencia de la enfermedad es octubre de 1918; siendo mayor la mortalidad en hombres (56,40 %) y en los grupos de edad de menores de 1 año (23,49 %) y entre 30 y 39 años (19,58 %).

Por lo tanto, este trabajo de campo es el estudio de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres en los años 1918 y 1919 como consecuencia de la pandemia de «Gripe Española» («*Señorita Española*»; «*Dama Española*»; «*Spanish Influenza*»; «*Influenza*» (este término fue acuñado por unos italianos que atribuyeron la enfermedad a la atracción o “influencia” de las estrellas, allá por el siglo XIV); «*Spanish Flu*»; «*Spanish Influenza*»; «*Ispanka*»; «*Die Spanische Grippe*»; «*Spanish Lady*»; «*Grippe Espagnole*»... que asoló y devastó el mundo entero. [...]¹el nombre de “gripe española” se debe a que los periódicos europeos no incluían ninguna referencia sobre la enfermedad, para no alarmar a las tropas que entonces luchaban en la guerra [I Guerra Mundial]. Los periódicos de España, que no estaba dentro de la contienda, sí informaban sobre la epidemia que se estaba produciendo. Por ello las únicas referencias que se tenían procedían de fuentes españolas y la pandemia fue bautizada como “gripe española””. Esta información cuantitativa de los datos recogidos en las 83 poblaciones es el paso previo a la explicación social, sanitaria, demográfica, etnográfica e histórica, aplicando principios demográficos al estudio de esta pandemia sin olvidar la metodología activa antropológica y sanitaria al tratar de clasificar, aspectos tales como el sexo, el estado civil, el lugar de defunción y la edad que sirven como base para comprobar y evaluar si la gripe en los dos años de la segunda década del siglo XX incidió en las causas de defunción de las personas fallecidas, bien sean por ser inmediatas o fundamentales.

En el tema de las localidades y según el padrón municipal de 2021, existen 12 municipios con más de 5.000 habitantes en la provincia de Cáceres. Son los siguientes: Arroyo de la Luz, Cáceres, Coria, Jaraíz de la Vera, Miajadas, Montehermoso, Moraleja, Navalmoral de la Mata, Plasencia, Talayuela, Trujillo y Valencia de Alcántara y de estos tres de ellos: Cáceres, Coria y Plasencia, entran dentro del trabajo de campo antropológico. Los municipios con menos de 5.000 habitantes son 211 y de ellos, 131 han sido objeto de esta investigación, lo que supone un 62,08%.

Se ha dividido la investigación en una serie de apartados en las que se realiza una etnomedicina comparativa entre el estudio de los fallecimientos en general -y en total- en las localidades sin filtro alguno de causa ni efecto y el estudio de las personas muertas en función del filtro de «gripe» como causa principal y asociada. El descenso de la mortalidad claramente apreciable según avanzaba el siglo XX, se sitúa dentro del proceso general de transición demográfica, en el cual las variables demográficas que intervienen en el crecimiento demográfico, modifican sus valores cuantitativos en descenso (mortalidad) y en alza (natalidad). Por lo general, en el proceso de «Transición Demográfica» la natalidad no se incrementa, se mantiene elevada y no comienza a descender hasta que los datos de mortalidad ya son sustancialmente menores (la mortalidad sí desciende

1 Álvarez Pardo y otros (2008, 94).

antes). Es en este momento en el que se produce el mayor crecimiento demográfico, desarrollándose ambos —mortalidad y natalidad— con una temporalización que aúna criterios sociogeográficos similares en función de factores tales como el desarrollo económico, el grado de urbanidad frente a ruralidad, la higiene privada y pública y la dieta alimenticia amplia y variada. En las distintas localidades se han estudiado las actas de defunción de los registros civiles para evaluar cómo ha incidido la pandemia de gripe en la trayectoria descendente de la mortalidad.

Es, en resumen, un recorrido histórico, antropológico, sanitario y demográfico en la última fase del ciclo de la vida en las poblaciones cacereñas al finalizar, en un contexto mundial, la I Guerra Mundial.

2. METODOLOGÍA DE TRABAJO

El trabajo de campo que se ha realizado para conseguir los valores cuantitativos y cualitativos propios de esta investigación se ha prolongado durante los últimos seis años, intercalando la «pandemia de gripe» con el movimiento de población del ciclo de la vida en localidades individuales o en grupo, como el llevado a cabo en las cuatro «torres» de Cáceres en la EX - 206: Torreorgaz, Torquemada, Torremocha y Torre de Santa María. Los datos anónimos e impersonales (la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal) que aparecen en ella se han extraído de los libros de defunciones depositados en los Registros Civiles de las poblaciones desde el año 1871, que es cuando se crearon estos organismos administrativos en España y se comenzó a tener constancia de los movimientos de población como herramienta administrativa, legal y del Estado en igualdad de condiciones con los documentos que hasta ese momento monopolizaba la Iglesia en el control de la administración de los tres sacramentos relacionados directamente con el nacimiento, el matrimonio y la muerte. En los distintos Registros Civiles, estudiando cada certificación de fallecimientos en el trabajo de campo, se han recogido los datos clasificados en los siguientes campos: tomo del libro-fuente, número de la certificación, sexo, estado civil, edad de la persona, lugar del fallecimiento, mes, año y motivo del fallecimiento.

Las ochenta y tres localidades de la provincia de Cáceres objeto de estudio, análisis, comparación y evaluación en el momento de cerrar temporalmente esta investigación (julio, 2023) han sido: Abertura; Acebo; Acehúche; Albalá, Alcántara; Alcuéscar; Aldea del Obispo, La; Aldeacentenera; Aldehuela del Jerte; Aliseda; Almoharín; Arroyo de la Luz; Benquerencia; Botija; Brozas; Cabezabellosa; Cáceres; Calzadilla; CampoLugar, Cañaverál; Carcaboso; Casar de Cáceres; Casas de Millán; Casillas de Coria; Ceclavín; Conquista de la Sierra; Coria; Cumbre, La; Deleitosa; Escurial; Galisteo; Garciaz; Garrovillas; Herguijuela; Herrerueta; Hinojal; Holguera; Hoyos; Huélagá, Ibahernando; Jaraicejo; Logrosán; Madroñera; Malpartida de Cáceres; Malpartida de Plasencia; Mata de Alcántara; Mirabel; Montánchez; Montehermoso; Monroy; Moraleja; Morcillo; Navas del Madroño; Pedroso de Acim; Perales del Puerto; Pescueza; Plasencia; Plasenzuela; Portaje; Portezuelo; Pozuelo de Zarzón; Riolobos; Robledillo de Trujillo;

Salorino; Santa Ana; Santa Cruz de la Sierra; Santiago del Campo; Santibáñez el Bajo; Serradilla; Sierra de Fuentes; Talaván; Torre de Santa María; Torrecillas de la Tiesa; Torrejón el Rubio; Torrejoncillo; Torremocha; Torreorgaz; Torquemada; Valdefuentes; Villa del Rey; Zarza de Montánchez; Zarza la Mayor y Zorita (*Mapa nº 1*).



(*Mapa nº 1: Mapa de la provincia de Cáceres con la distribución geográfica de las 83 localidades objeto de estudio*)

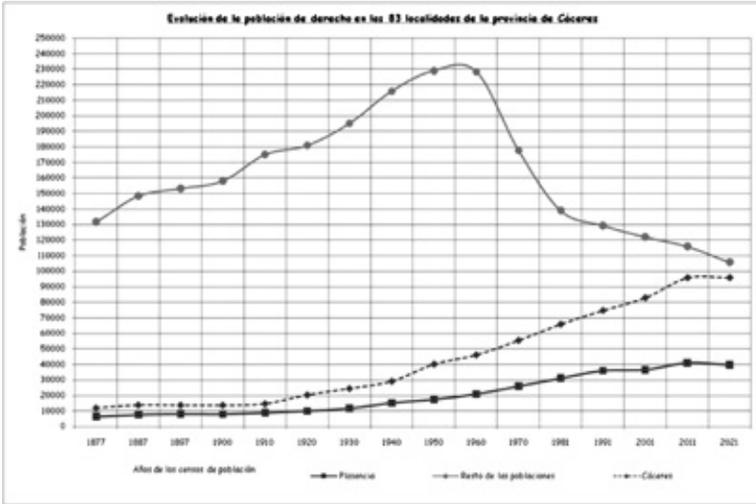
3. POBLACIÓN DE CÁCERES (1842-2021) SEGÚN LOS CENSOS DE POBLACIÓN

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

<i>Censos de Población (1877 – 2021)</i> «Población Derecho», Comparación y Evolución			
<i>Años</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Cáceres</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Plasencia</i>	<i>Población de Derecho Resto de localidades</i>
1877	11.847	6.404	129.160
1887	13.749	7.608	145.597
1897	13.665	8.067	150.210
1900	13.617	7.965	154.868
1910	14.562	8.923	171.199
1920	20.218	10.016	176.932
1930	24.352	11.805	190.651
1940	29.030	15.308	210.917
1950	40.009	17.507	224.022
1960	45.960	20.962	223.209
1970	55.341	26.051	174.897
1981	65.758	31.201	137.214
1991	74.589	36.060	127.937
2001	82.716	36.690	120.797
2011	95.616	41.162	114.840
2021	95.659	39.862	105.658

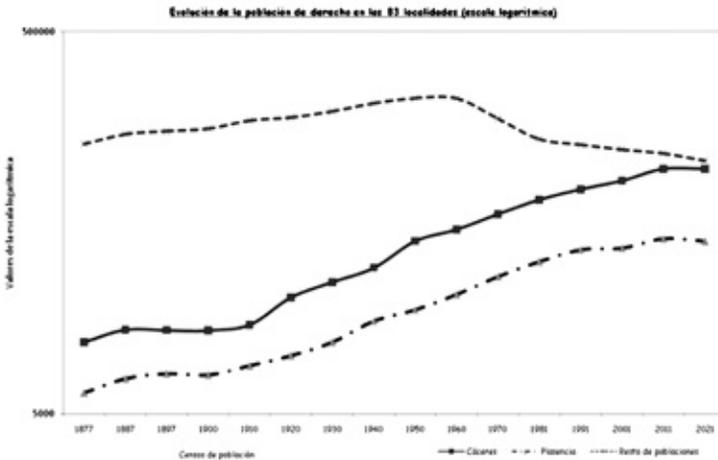
(Tabla nº 1: Censos de población de las 83 localidades de esta investigación (1841-2021). Comparación y evolución de la población de Derecho. A partir del censo de 2001 la población que aparece es la población «Residente», equivalente a la de «Derecho»)

En la *tabla nº 1* se aprecia cómo ha ido evolucionando la población en las localidades de Cáceres y de Plasencia y en el resto de las 81 localidades de la provincia de Cáceres, desde el censo poblacional de 1877 hasta el de 2021. En el *gráfico nº 1*, las variables cualitativas se traducen en tres líneas claramente diferenciadas, que representa la evolución poblacional mediante los datos censales. Sin embargo, al representar estos datos gráficamente, los cortes temporales no son homogéneos por la propia periodización de los censos. Este hecho puede distorsionar la visión de la población y dar la impresión de un crecimiento más pausado entre dichos años. Por este motivo se ha representado los datos cuantitativos a partir del censo de 1900, teniendo en cuenta que del censo de 1970 al de 1981, transcurren once años y, a partir de esa fecha, otra vez se estabiliza en tramos de diez años.



(Gráfico nº 1: Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 83 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2021. Escala aritmética)

Para profundizar en la correcta interpretación de la evolución de la población en las 83 localidades de la provincia de Cáceres mediante la escala aritmética, se muestra en el gráfico nº 2 las mismas variables pero en una escala logarítmica pues como se presentan valores más pequeños no aparecen visualizados adecuadamente, aunque sí de manera complementaria.



(Gráfico nº 2: Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 83 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2021. Escala logarítmica)

La población de Cáceres, como capital de la provincia ha mantenido su progresión constante en el siglo XIX, XX y XXI. La localidad crece como foco de atención laboral, administrativa, sanitaria y política de la provincia del norte de Extremadura. La segunda población en número de habitantes, tomando como referencia el censo poblacional de 2021, es Plasencia, centro neurálgico del norte de la provincia cacereña. Si se toma como base los últimos cuatro censos de población (1981, 1991, 2001 y 2011 –sin especificar el 2021), las localidades que han crecido en número de habitantes –además de Cáceres y de Plasencia–, han sido: Casar de Cáceres (de 3.758 ha pasado a 4.792 habitantes); Coria (de 10.390 ha pasado a 12.994 habitantes), Torreorgaz (de 1.302 ha pasado a 1740), Montánchez (de 5.296 a 5.888), Malpartida de Cáceres (de 3.528 a 4.447) y Sierra de Fuentes (de 1.623 ha pasado a 2.059 habitantes). Y comparando los dos últimos censos (2011 y 2021), las localidades que han subido en cuanto a su población, han sido las siguientes: Cáceres (de 95.616 a 95.659: +43), Aldehuela del Jerte (de 370 a 372: +2), Santa Cruz de la Sierra (de 280 a 328: +48), Huélagas (de 206 a 208: +2), Ibahernando (de 449 a 453: +4) y Escorial (de 807 a 861: +54). Algunas de estas ciudades han crecido por la cercanía a Cáceres y ser consideradas como poblaciones satélites. En todas las demás comunidades se ha observado un descenso poblacional a partir del censo de 1960 y estabilizándose con el censo del año 1981. A partir de este momento, la población se ha mantenido con regularidad y con más o menos fluctuaciones.

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

La gripe española, en forma de epidemia y de pandemia, fue la gran catástrofe mundial sanitaria del siglo XX y que constituye una de las dos grandes crisis demográficas en la España del siglo pasado. Ella asoló, en períodos de tiempo no correlativos ni consecutivos, espacios geográficos humanos en los cinco continentes. Investigadores contemporáneos aceptan el hecho del inicio de la epidemia en marzo de 1918 en Estados Unidos y más en concreto en el campamento del ejército americano Camp Funston, dentro de la base militar Fort Riley, en la zona de Haskell County, en el estado de Texas, siendo la I Guerra Mundial el vehículo transmisor de la enfermedad a Europa y, posteriormente, al resto del mundo en forma de movilizaciones de contingentes de tropa del ejército norteamericano (aunque no todos estén de acuerdo en este origen)². Por este motivo, la propagación de la enfermedad se vio favorecida por factores propios e inherentes al conflicto como fueron el hacinamiento, la desnutrición, la falta de higiene, la falta de medicinas, las migraciones, los desplazamientos masivos de personas, etc³. En su momento, esta epidemia no tuvo una importancia relevante porque el mundo estaba inmerso en una contienda que iba a reestructurar de forma

2 Barry, J. M., 2004 y Nájera, R., 2010.

3 Erkoreka A., 2010.

temporal las fronteras del viejo continente, escenario del campo de batalla, por lo que aún, al día de hoy, se desconoce el número total aproximado de los fallecimientos en los distintos países afectados.

De manera general se han consensuado, en función de los datos registrados en el apartado de 'causa' en las actas de defunción de los registros civiles, varias ondas u olas epidémicas con ciertas modificaciones temporales propias de las estaciones meteorológicas de cada país o continente: primera (mayo-julio, 1918); segunda (septiembre-diciembre, 1918); tercera (enero-julio, 1919) y cierto rebrote en los seis primeros meses del año 1920 de una forma parcial y muy localizada geográficamente. “[...]”⁴*en España [...] la pandemia gripal golpeó con intensidad y evolucionó en varias “oleadas”. La primera “oleada” abarcó los meses de mayo y junio. Observadores documentados apuntaron que la epidemia venía de Francia, achacándose especialmente al tráfico de trabajadores españoles y portugueses que acudían al país galo con finalidad de sustituir a los trabajadores franceses que estaban en la guerra. El paso de estos obreros por la frontera a su regreso fue quizá un factor determinante en la introducción de la enfermedad en España. La epidemia desapareció rápidamente, pero las zonas más afectadas fueron Extremadura, Andalucía y la mitad sur de la Meseta Central. La segunda “oleada” abarcó los meses de septiembre a diciembre. Los estudiosos señalan dos vías de difusión relacionadas con las líneas de ferrocarril. En primer lugar, Port Bou, difundiendo la epidemia desde Cataluña a Almería; y, la segunda, de Irún hasta Medina del Campo, extendiéndose a todas las poblaciones. Se apuntaron como vectores fundamentales de la difusión a trabajadores y al personal militar constantemente movilizado. Finalmente, la tercera “oleada”, que fue menos explosiva, pero que duró de enero a junio de 1919”*.

En cuanto a la terminología más comúnmente utilizada, “[...]”⁵*el término “influenza” parece haber sido empleado en Italia en la Edad Media como una forma general de referirse a las enfermedades infecciosas [...] En 1580, dos historiadores italianos, Domenico y Pietro Buoninsegni, convencidos de la perniciosa influencia de las estrellas sobre la salud de los hombres, la bautizan con un nombre que ha perdurado hasta nuestros días, “influenza”. Más tarde aparece la “influenza di freddo” o influencia del frío. En 1709, Lancisi escribió un opúsculo sobre la “influenza” y la palabra se generalizó en Inglaterra [...] Por otra parte, el nombre de “gripe”, en español y “gripa” en italiano proceden del francés “grippe” y éste a su vez del suizo-alemán “grupi” (acurrucarse)...*”. Con estas otras premisas terminológicas, las valoraciones diagnósticas escritas y recogidas en las actas de los libros de los registros civiles debieron ser el resultado de la opinión especializada de un profesional de la salud aunque, en muchas ocasiones, los motivos del fallecimiento eran comunicados a los encargados de la cumplimentación y de la custodia de las actas por personas allegadas a los fallecidos con escasa o nula formación en el mundo de la medicina y con un conocimiento derivado de la experiencia

4 Herrera Rodríguez (1996, 32).

5 Nájera Morrondo (2010, 162-163).

vivencial o de las modas diagnósticas imperantes en la zona o en el tiempo, lo que lleva consigo un problema añadido de cara a una correcta y precisa interpretación de los datos diagnósticos.

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

El número de personas fallecidas en todas y cada una de las 83 localidades se muestra en el cuadro de datos (*Tabla nº 2*), haciendo constar igualmente el número total de personas que han sido estudiadas, filtradas, evaluadas y valoradas en el trabajo de campo realizado, ascendiendo a un total de 12.777 óbitos. Igualmente se muestran los datos cuantitativos de las personas que han fallecido a causa de la gripe en esas mismas poblaciones, ascendiendo a una cifra de 2.911, lo que supone un 22,78 %, un valor considerablemente alto para un solo tipo concreto de causa inmediata de muerte.

<i>Fallecimientos en las 83 localidades de la provincia de Cáceres (1918 y 1919)</i>					
<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>	<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>
Abertura	49	11	Malpartida de Cáceres	370	38
Acebo	154	55	Malpartida de Plasencia	322	123
Acehúche	104	42	Mata de Alcántara	79	8
Albalá	52	13	Mirabel	74	12
Alcántara	244	56	Monroy	114	44
Alcuéscar	160	46	Montánchez	361	107
Aldea del Obispo, La	35	12	Montehermoso	279	58
Aldeacentenera	87	28	Moraleja	145	30
Aldehuela del Jerte	12	3	Morcillo	9	4
Aliseda	192	85	Navas del Madroño	203	29
Almoharín	173	35	Pedroso de Acim	33	1
Arroyo de la Luz	482	82	Perales del Puerto	80	4
Benquerencia	22	2	Pescueza	34	4
Botija	36	4	Plasencia	710	152
Brozas	383	88	Plasenzuela	50	4
Cabezabellosa	73	12	Portaje	62	10
Cáceres	1.075	196	Portezuelo	39	10
Calzadilla	81	15	Pozuelo de Zarzón	72	19

CampoLugar	61	26	Riolobos	85	15
Cañaverál	158	18	Robledillo de Trujillo	113	34
Carcaboso	41	15	Salorino	156	29
Casar de Cáceres	293	59	Santa Ana	36	4
Casas de Millán	98	27	Santa Cruz de la Sierra	47	15
Casillas de Coria	58	8	Santiago del Campo	80	8
Ceclavín	374	58	Santibáñez el Bajo	85	18
Conquista de la Sierra	38	8	Serradilla	198	43
Coria	223	44	Sierra de Fuentes	129	18
Cumbre, La	127	37	Talaván	139	34
Deleitosa	126	40	Torre de Santa María	72	13
Escorial	97	24	Torreclillas de la Tiesa	112	18
Galisteo	73	27	Torrejón el Rubio	53	9
Garciaz	61	25	Torrejoncillo	374	124
Garrovillas	321	86	Torremocha	132	16
Herguijuela	102	38	Torreorgaz	130	20
Herreruela	50	8	Torrequemada	95	21
Hinojal	149	39	Valdefuentes	119	16
Holguera	54	9	Villa del Rey	59	11
Hoyos	114	25	Zarza de Montánchez	60	11
Huélaga	21	1	Zarza la Mayor	230	48
Ibahernando	127	24	Zorita	356	130
Jaraicejo	101	17			
Logrosán	375	97		12.777	2.911
Madroñera	240	54			22.78%

(Tabla nº 2: Personas fallecidas por causas de todo tipo y por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919)

Las personas fallecidas en las 83 localidades de la provincia de Cáceres en los dos años objeto de este estudio, han sido 12.777 personas. Y de esas personas, ¿cuántas eran «Varones» y cuántas eran «Mujeres»? Según los datos, ha fallecido un 2,49% más de «Varones» (51,24%) que de «Mujeres» (48,75%) en el conjunto de las localidades de la provincia cacereña, tal y como se refleja en la *tabla nº 3* que se muestra:

	<i>Fallecimientos totales</i>	<i>Fallecimientos por gripe</i>
Hombres	6.548 (51,24%)	1.642 (56,40%)
Mujeres	6.229 (48,75%)	1.269 (43,59%)
	12.777	2.911 (22,78%)

(Tabla nº 3: Distribución por sexos de los fallecidos totales y por la gripe en el total de las 83 localidades analizadas)

Es conveniente igualmente investigar las variaciones o diagnósticos paralelos más o menos acertados causantes de los fallecimientos y relacionados con patologías significativas de los distintos apartados (Tabla nº 4), sin concretar ni especificar, como filtro, motivo alguno:

<i>Causas y variaciones del total de los fallecimientos</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Tuberculosis pulmonar (crónica)	8,65
Gastroenteritis (aguda) (crónica)	7,06
Atrepsia (de Parrot)	5,95
Arteriosclerosis	4,18
Enteritis	3,81
Hemorragia cerebral	2,04
Nefritis (aguda) (crónica)	2,04

(Tabla nº 4: Causas y variaciones terminológicas empleadas en las localidades de la provincia de Cáceres analizadas durante los años 1918 y 1919, con incidencia igual o superior al 2,00%)

Y en lo que respecta a las personas fallecidas a causa de la gripe han sido 2.911. Es conveniente igualmente investigar las variaciones de la gripe o diagnósticos paralelos más o menos acertados causantes de los fallecimientos y relacionados con patologías significativas del apartado respiratorio (Tabla nº 5). En esta tabla aparecen los datos cuantitativos de las personas que han fallecido de causas relacionadas directamente con la gripe y que así se hacía constar expresamente en los apartados de “causas” (con la terminología expresada como tal) en las actas de defunción, y de las causas relacionadas indirectamente o “variaciones” causadas por procesos que, en teoría, tuvieron relación ‘causa-efecto’ con las consecuencias derivadas de padecer la gripe en sus distintos vocablos. Estas causas aparecen directamente relacionadas con el término “grip(p)e” y sus diversas acepciones: (P)Neumonía gripal; Bronco(p)neumonía gripal; Bronquitis gripal; Fiebre gripal; Grip(p)e+Influenza; Grip(p)e cardiaca; Grip(p)e de forma nerviosa;

Grip(p)e abdominal; Infección gripal; Influenza; Influencia; Meningitis gripal; Pleure-sía gripal; Pulmonía gripal, Septicemia gripal, etc.

<i>Causas y variaciones de la gripe</i>	<i>Casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bronquitis (gripal)	631	21,68
Grip(p)e + Influenza	491	16,87
(P)neumonía (gripal)	405	13,91
Infección gripal	357	12,26
Bronco(p)neumonía gripal	337	11,58
Bronquitis (aguda) (capilar) (crónica) (catarral)	227	7,80
Fiebre gripal	149	5,12
Septicemia gripal	139	4,77
Pleuro(p)neumonía	95	3,26
Broncopulmonía	38	1,31
Pulmonía gripal	25	0,86
Meningitis gripal	17	0,58
Total:	2.911	

(Tabla nº 5: Causas y variaciones terminológicas empleadas de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres analizadas durante los años 1918 y 1919)

Según los totales de fallecidos por la pandemia de gripe, hay que tener en cuenta la estructura poblacional de las 83 localidades de la provincia de Cáceres objeto de este trabajo de campo. Como el censo de 1920 ofrece una visión cercana cronológicamente de dicha estructura demográfica se ha optado por comparar de manera porcentual ambas relaciones para ver la incidencia de los fallecimientos por gripe en el total de la población, tal y como se refleja en el *gráfico nº 2*.

La relación porcentual existente entre las poblaciones con los fallecimientos totales por causas diversas (sin especificar) y las defunciones provocadas por la gripe, y sus variantes, en los años 1918 y 1919 en las 83 localidades de la provincia de Cáceres, con un porcentaje igual o superior al 30% ($\geq 30\%$), son las siguientes (*Tabla nº 6*):

<i>Localidad</i>	<i>Porcentaje (%)</i>	<i>Localidad</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
Morcillo	44,44	Galisteo	36,98
Aliseda	44,27	Carcaboso	36,58
Garciaz	40,98	Zorita	36,51
Acehúche	40,38	Aldea del Obispo, La	34,28
Monroy	38,59	Torrejoncillo	33,15
Malpartida de Plasencia	38,19	Aldeacentenera	32,18
Acebo	37,71	Santa Cruz de la Sierra	31,91
Herguijuela	37,25	Robledillo de Trujillo	30,08

(Tabla nº 6: Relación porcentual entre los fallecimientos totales y las defunciones por causa de la gripe)

Tomando como referencia la relación porcentual que se establece entre los fallecimientos totales y los producidos por causa de la gripe y sus variantes, con la variable cuantitativa determinada [$\geq 30\%$], presenta 16 localidades en las que la gripe fue más virulenta. En el ranking aparece Morcillo con un 44,44% y la última Robledillo de Trujillo, con un 30,08%.

Hay que reseñar algunos problemas con respecto al uso de la terminología diagnóstica sobre las causas de las muertes. La “*moda diagnóstica*” o la “*empatía diagnóstica*” ha servido, hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX, para que algunas enfermedades fueran más propensas a diagnosticarse que otras o a enmascararse con síntomas parecidos o semejantes o que eran de común padecimiento en un momento o situación determinada, lo que llevó consigo, desde la perspectiva actual a una confusión a la hora de una clasificación más o menos estándar⁶. A lo largo del periodo de tiempo estudiado cualitativamente, y como consecuencia de los avances médicos, las enfermedades han sido mejor y más concretamente diagnosticadas. La agrupación de las diversas causas de muertes citadas en las actas de defunción en estos años se resuelve por la Clasificación de Causas de Muerte propuesta por Jacques Bertillon y modificada, entre otros, por Thomas McKeown.

Una vez que se han obtenido los datos globales por años y por localidad, es necesario saber cuándo se han producido los fallecimientos a lo largo de los meses correspondientes a los dos años (Tabla nº 7) de referencia, ya que esta pandemia de gripe es, como se ha comentado anteriormente, una de las dos crisis demográficas más graves e importantes en la intrahistoria de la ‘piel de toro’ en los últimos años y siglos y en la trayectoria general demográfica de todos y de cada uno de los pueblos de la provincia del norte de Extremadura, pues la pandemia de gripe denominada también “*El soldado de Nápoles*”, porque

6 Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002.

estaba más en boca de los españoles que ciertos pasajes de la zarzuela de éxito en esos años llamada “*La canción del olvido*”⁷, en sus distintas olas u ondas, afectó desigualmente a las provincias españolas: unas padecieron más el órdago de la primera oleada y otras el segundo y el tercero, en función de las proximidades geográficas, la cercanía de la frontera con Francia y las vías de comunicación terrestres y marítimas. El impacto de la gripe en la provincia de Cáceres se desconoce hasta este momento de una forma exhaustiva y pormenorizada en el número total de defunciones y en la extrapolación o no de las conclusiones en base a un análisis y a una valoración cuantitativa y cualitativa de una Extremadura rural, quedando reservada para futuras investigaciones que amplíen la variable geográfica a otros núcleos poblacionales. La temporalización se muestra en la *tabla nº 7*:

<i>Temporalización (1918 y 1919) de las personas fallecidas</i>					
<i>Mm/aaaa</i>	<i>Total de fallecimientos (general)</i>	<i>Total de fallecimientos por gripe</i>	<i>Mm/aaaa</i>	<i>Total de fallecimientos (general)</i>	<i>Total de fallecimientos por gripe</i>
Ene/1918	507	79	Ene/1919	411	86
Feb/1918	419	71	Feb/1919	346	45
Mar/1918	445	85	Mar/1919	337	52
Abr/1918	445	70	Abr/1919	358	75
May/1918	445	68	May/1919	454	120
Jun/1918	858	239	Jun/1919	457	159
Jul/1918	658	81	Jul/1919	596	45
Ago/1918	565	43	Ago/1919	437	38
Sep/1918	506	131	Sep/1919	418	61
Oct/1918	1401	699	Oct/1919	490	100
Nov/1918	705	210	Nov/1919	500	135
Dic/1918	441	78	Dic/1919	578	141

(*Tabla nº 7: Temporalización de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919*)

Como se observa en esta tabla igualmente refleja los datos de las personas fallecidas por causa de la gripe especificando la distribución por sexo en los doce meses de 1918

⁷ *La Canción del Olvido* es una zarzuela, denominada comedia lírica, en un acto, dividido en cuatro cuadros. Con libreto de Federico Romero Sarachaga y Guillermo Fernández-Shaw Iturralde y música del maestro José Serrano, se estrenó con gran éxito en el Teatro Lírico de Valencia el 17 de noviembre de 1916 y en el Teatro de la Zarzuela de Madrid el 1 de marzo de 1918.

y en los doce meses de 1919. Los valores anteriores tomados, de forma global divididos en los dos años (1918 y 1919), quedan expuestos en el *gráfico nº 3*.



(Gráfico nº 3: Distribución de las personas fallecidas en las localidades analizadas indicando la causa gripal y el resto de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919. Generales y Gripe, Se observa que están relacionadas las dos y siguen curvas paralelas)

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

Por lo tanto, los datos y los gráficos anteriores hacen referencia a los meses de los dos años de forma consecutiva, correspondiendo a los de junio de 1918 (primera oleada); octubre de 1918 (segunda oleada) y marzo de 1919 y junio de 1919 (tercera oleada) cuando más incidencia tuvo la epidemia de gripe en la población de las localidades.

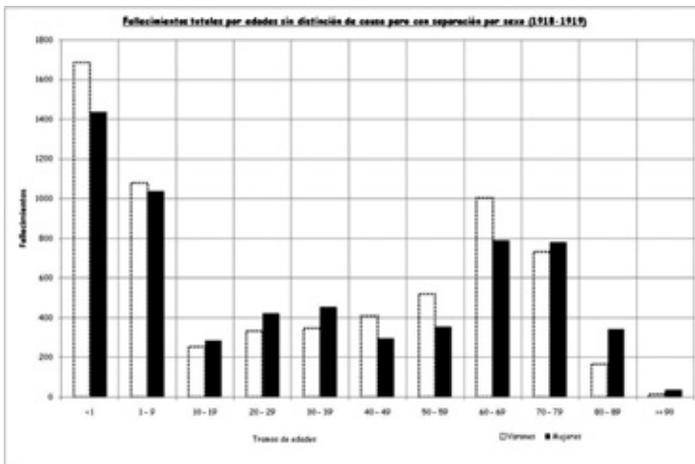
6. EDADES DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otro factor a tener en cuenta en el estudio de los fallecimientos en las 83 localidades es la edad de las personas muertas. En la *tabla nº 8* se aprecia la edad de fallecimiento tanto de «Varones» como de «Mujeres» por separado en los años de la horquilla cronológica de investigación (1918 y 1919), sin especificar causa alguna de muerte.

<i>Edades de las personas fallecidas en 1918 y 1919 por todo tipo de causas</i>			
<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	1.685	1.437	3.122
1 – 9	1.079	1.036	2.115
10 – 19	253	286	539
20 – 29	332	423	755
30 – 39	348	453	801
40 – 49	407	296	703
50 – 59	520	354	874
60 – 69	1.004	789	1.793
70 – 79	731	781	1.512
80 – 89	166	345	511
>= 90	15	37	52
Total	6.540 51,18%	6.237 48,81%	12.777

(Tabla nº 8: Distribución de las personas según su sexo y fallecidas por todo tipo de causa en las localizadas analizadas de la provincia de Cáceres los años 1918 y 1919)

Los datos cuantitativos de la *tabla nº 8* se plasman en el *gráfico nº 4* en función del sexo y la edad, en doble columna en función de «Varones» y de «Mujeres».



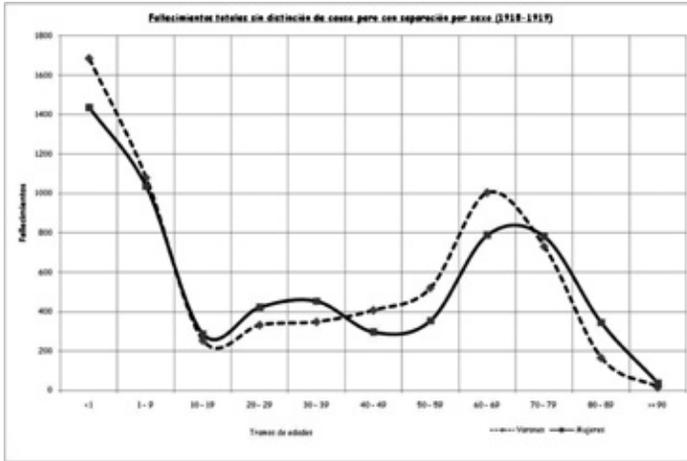
(Gráfico nº 4: Se presenta el estudio de los fallecimientos totales en las poblaciones analizadas con expresión del sexo en cada una de ellas, sin evidenciarse datos valorables de un sexo sobre el otro)

En el *gráfico nº 5* se aprecia una línea continua con dos puntos máximos correspondiente a los tramos de edades de [<1] años y de [60-69] años en los que se ha producido mayor número de fallecimientos sin especificar ni concretar una causa determinada. El primer tramo es un referente por las condiciones higiénico-sanitarias de los recién nacidos que están al libre albedrío de *la dama de la guadaña* y, el segundo tramo, por ser el que en esa época, la esperanza de vida es mayor, había más personas que en tramos anteriores y posteriores y, por lo tanto, más fallecimientos.



(Gráfico nº 5: Defunciones por gripe según los tramos de edad valorados e incluyendo a los dos sexos. Se observa el pico en la década de los años [60-69] años).

¿Y si la línea continua trazada indistintamente por sexo se divide y pormenoriza entre «Varones» y «Mujeres»? Se aprecia que a lo largo de los tramos de edades son dos líneas con tendencia a un paralelismo visual, más acusado en los tramos [<1 a 10] y, a partir de aquí se superpone una a otra (y viceversa), tal y como aparece en el *gráfico nº 6*.



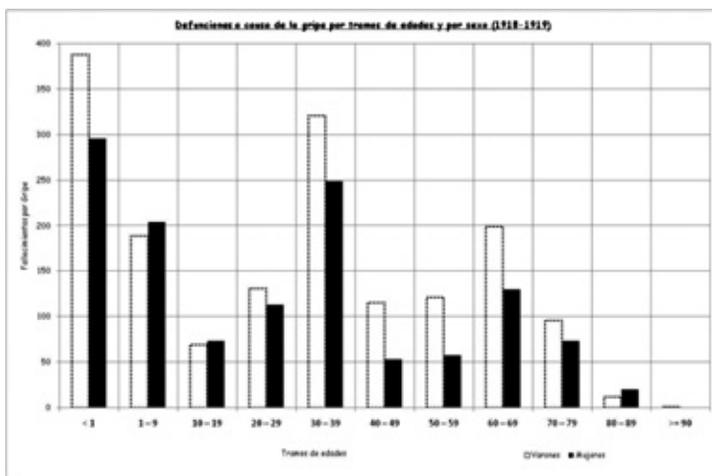
(Gráfico nº 6: Edades de los fallecimientos, sin especificar causa, pero con distinción de sexo)

Como complemento de los datos anteriores, la edad de fallecimiento tanto de «Varones» como de «Mujeres» por separado en los años de la horquilla cronológica de investigación (1918 y 1919), pero tomando como filtro de causa inmediata la «gripe», se muestra en la *tabla nº 9*:

<i>Edades de las personas fallecidas por causa de la gripe en 1918 y 1919</i>			
<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	388	296	684
1 – 9	189	204	393
10 – 19	69	73	142
20 – 29	131	113	244
30 – 39	321	249	570
40 – 49	115	53	168
50 – 59	121	58	179
60 – 69	199	130	329
70 – 79	96	73	169
80 – 89	12	20	32
>= 90	1	0	1
Total	1.642 56,40%	1.269 43,59%	2.911

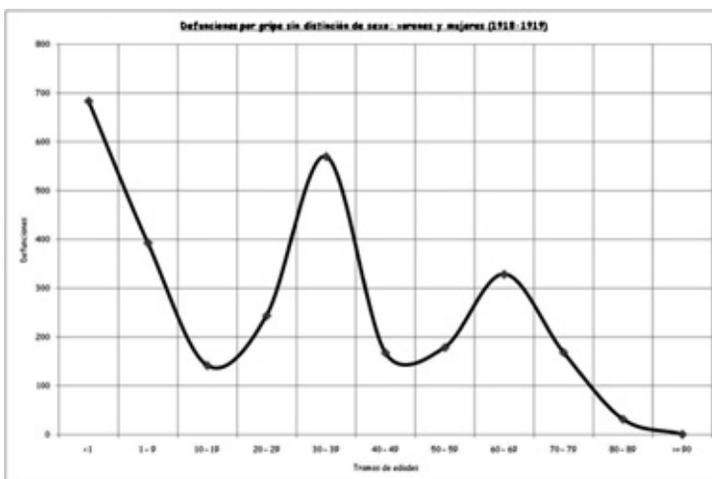
(Tabla nº 9: Edades de las personas fallecidas por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919)

Los datos de la *tabla nº 9* quedan reflejados en el *gráfico nº 7*, en doble columna correspondiente a «Varones» (transparente) y a «Mujeres» (negro).



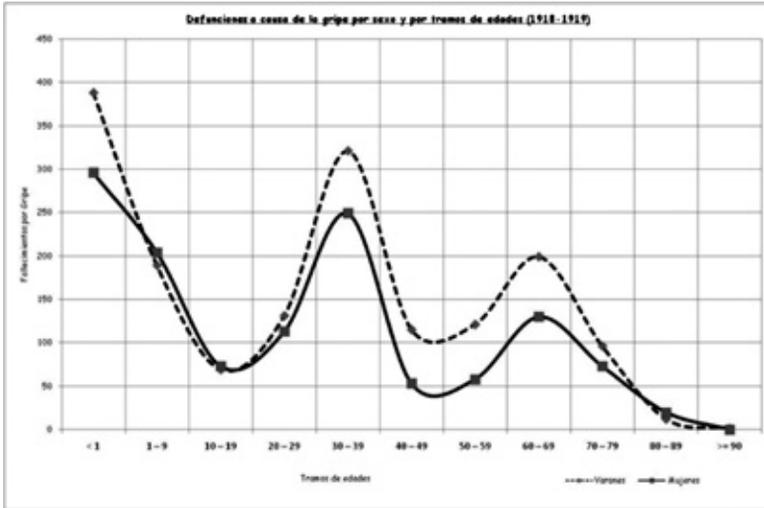
(Gráfico nº 7: Distribución de los fallecimientos por gripe según el sexo y la edad del fallecimiento. Se evidencian tres picos: menores de 10 años; década de los 30 y en la década de los 60)

En el *gráfico nº 8* aparece la edad global de fallecimiento sin distinción de sexo en los dos años y con el filtro de la gripe como causa fundamental del óbito, a modo de comparación con todos y cada uno de los valores obtenidos en las distintas localidades:



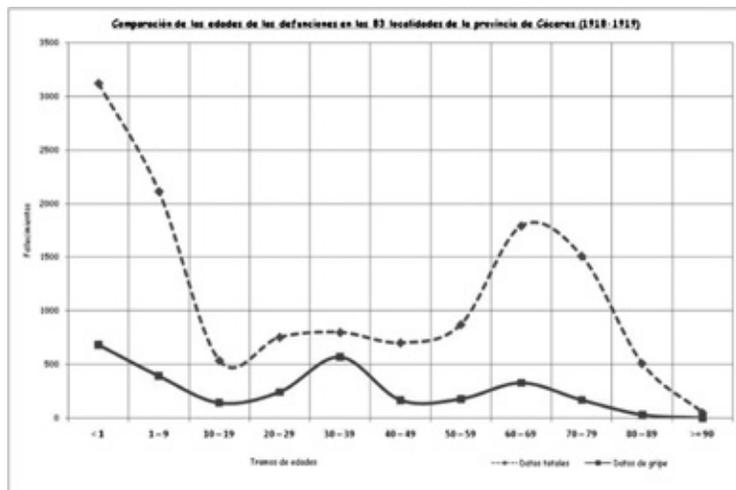
(Gráfico nº 8: Defunciones por gripe según los tramos de edad valorados e incluyendo a los dos sexos. Se observa el pico en la década de los años 30)

Se aprecian en el *gráfico n° 9* tres picos o máximos claramente definidos donde la gripe y sus variantes han incidido más causando mayor mortalidad. Son: [<1], [30-39] y [60-69]. Los tres picos de edades en los que la gripe causó más fallecimientos en las 83 localidades objeto de esta investigación, en función del sexo en las personas nacidas en los años 1918 y 1919.



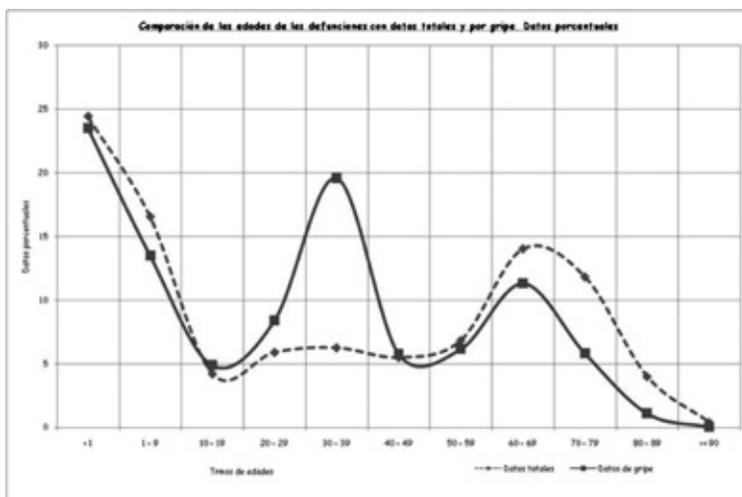
(Gráfico n° 9: Defunciones por causa de la gripe (y sus variantes) por sexo y por tramos de edades)

En el *gráfico n° 10* se muestra el total de personas fallecidas de forma global (general) y parcial por la gripe por tramos de edad y con la distinción, como único factor, del sexo de las personas fallecidas, como muestra comparativa de cómo incidieron las distintas causas de los óbitos en los tramos de edades representadas en el eje de abscisas.



(Gráfico nº 10: Se muestran en comparación las defunciones globales (datos totales) y por gripe (datos de gripe) en las 83 localidades de la provincia por tramos o grupos de edad de la población analizada. Se observa el pico en el grupo de 30 a 39 años causado por la gripe)

¿Y si el gráfico nº 10, con datos cuantitativos reales se transforman en porcentajes para que las dos variables «Datos totales» y «Datos por gripe» se iguallen de manera explicativa? Pues se traduce visualmente en el gráfico nº 11.



(Gráfico nº 11: Se muestran en comparación las defunciones globales (datos totales) y por gripe (datos de gripe) en las 83 localidades de la provincia por tramos o grupos de edad de la población analizada. Se observa el pico en el grupo de 30 a 39 años causado por la gripe)

El tramo [30-39] es el que muestra claramente definido e indica que entre esas edades es cuando más fallecimientos se produjeron en las localidades objeto de este estudio en cuanto a la “gripe” y sus variantes relacionadas con el aparato respiratorio. A parte de esta “anomalía demográfica” las dos líneas van paralelas y hasta llegan a coincidir. El tramo [60-69] es en el que se han producido más fallecimientos de manera general, como «Datos totales» y como «Datos de Gripe».

¿Qué conclusiones se extraen de la visión pormenorizada de los gráficos nº 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10? Las siguientes:

- Alta mortalidad en niños de hasta 9 años de vida, tanto por la gripe como por otras causas generales.
- Elevada mortandad en los dos tramos de edad claramente diferenciados y separados en el eje cronológico; [30-39] años y [60-69] años, en ambos sexos.
- Pocas defunciones y datos prácticamente inexistentes en la edad que transcurre en la horquilla que va desde los 10 a los 19 años y desde los 40 a los 56 años de edad: gráfico nº 10.
- A causa de la gripe, elevada mortalidad en las personas fallecidas entre los 30 y los 39 años de edad, grupo destinatario diana de la enfermedad: *gráfico nº 11*.
- Muy pocas personas han sobrepasado los 90 años, esperanza de vida altamente inalcanzable e impensable en los habitantes de las distintas localidades, en las primeras décadas del siglo XX.
- Entre [20 y 39] años fallecieron más «Mujeres» que «Varones», entre otras cosas por los riesgos de los embarazos y de los consiguientes partos, tanto para el recién nacido como para la madre.
- Desde [40 a 69] años, los «Varones» fallecieron más que las «Mujeres» y, a partir de esta franja de edad, las «Mujeres» más que los «Varones» porque hay mayor número de personas del sexo femenino vivas que del sexo masculino.

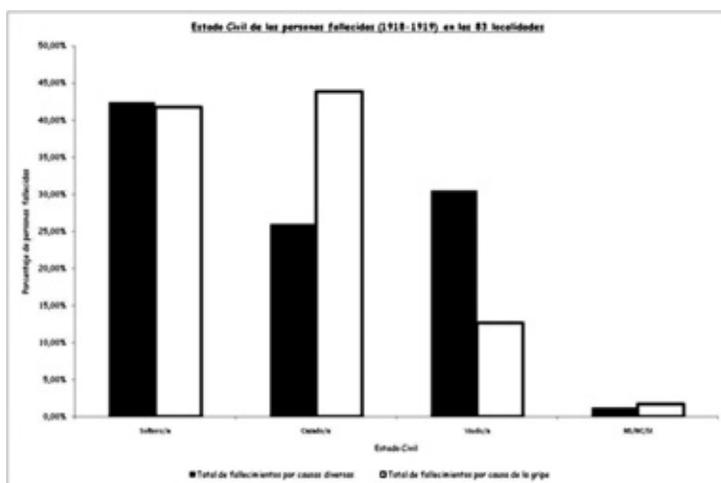
7. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otra variable para seguir profundizando en la intrahistoria de la muerte en el grupo destinatario de personas fallecidas en las diversas localidades objeto del trabajo de campo, es el estado civil que tenían en el momento de la defunción. En la *tabla nº 10* y en el *gráfico nº 12* se aprecian los valores porcentuales:

	1918 y 1919	
	Fallecimientos por todas las causas	Fallecimientos a causa de la gripe
Soltero/a	42,39%	41,74%
Casado/a	25,93%	43,87%
Viudo/a	30,46%	12,69%
NS/NC/SI	1,22%	1,70%

(Tabla nº 10: Estado civil de las personas fallecidas por fallecimiento globales y por gripe en los tres estados civiles)

En este apartado se observa el porcentaje de personas fallecidas según su estado civil, siendo más numeroso el de «solteros/as» (42,39% y 41,74%, respectivamente) por el elevado número de niños/as que fallecieron, apreciándose un cambio considerable de porcentajes en el apartado de «casados/as»: 25,93% frente a 43,87% y de «viudos/as»: un 30,46% frente a 12,69%, en los dos años en las ochenta y tres localidades.



(Gráfico nº 12: Estado civil del total de las personas fallecidas en los dos años de referencia)

Se han extraído las siguientes conclusiones sobre la evolución de los fallecimientos de los «Varones» y de las «Mujeres» en función de los tres estados civiles más relevantes: «soltero/a»; «casado/a» y «viudo/a». En todas y en cada una de las 83 localidades los «solteros/as» han fallecido más a causa de alto número de infantes muertos en los tres tramos de edad establecidos: menos de un año, entre un año y nueve años y entre diez años y diecinueve años. Todo lo contrario sucede con las personas casadas y viudas,

donde hay un cruce o intercambio de valores si se toma como referencia las defunciones generales (menos casadas y más viudas) o los valores a causa de la gripe (más casados y menos viudos). Con estas premisas constatables, el contagio de la gripe era por convivencia (aire) y los solteros en los años de referencia vivían todos en la casa de los padres y superaban, con mucho, a los casados y a los viudos que, por lo general, habitaban con los hijos, bien porque esos eran pequeños bien porque el viudo era de edad avanzada y vivía con el hijo casado con hijos; es decir, la «*regla de las tres generaciones*» que existía en aquella época: en la casa siempre había tres generaciones: abuelo, hijo y nieto; cuando el abuelo moría, el hijo pasaba a abuelo y el nieto a padre, apareciendo una nueva generación y así sucesivamente.

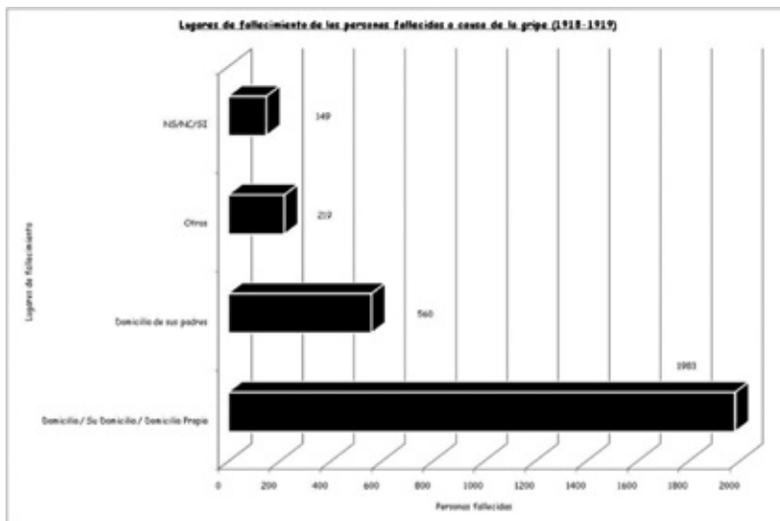
8. LUGARES DE DEFUNCIÓN

El lugar de defunción de las personas fallecidas en los dos años en las distintas localidades con el factor de filtro de “gripe” es un aspecto relevante importante para conocer cuáles fueron las tradiciones funerarias imperantes en la época en función de la mentalidad de cada persona y de cada familia a la espera de la llegada de la muerte, de la gravedad de la causa fundamental y/o inmediata y de las posibilidades económicas del entorno parental. De los datos obtenidos (*Tabla nº 11*) se observa que el 68,12% de las personas registradas, fallecían en sus respectivos domicilios en los entornos vivenciales próximos, seguidos del domicilio de sus padres (19,23%).

<i>Lugares de fallecimiento por gripe</i>	<i>Personas (%)</i>
Domicilio / Su Domicilio / Domicilio Propio	1.983 (68,12%)
Domicilio de sus padres	560 (19,23%)
Otros	219 (07,52%)
NS/NC/SI	149 (05,11%)
Total	2.911

(*Tabla nº 11: Muestra de la distribución de los fallecimientos por gripe según el lugar de dicho fallecimiento*)

Los datos cuantitativos de la *tabla nº 11*, con las correspondientes variables, se visualizan en el *gráfico nº 13*, donde la opción « NS/NC/SI » se ignora, con unos datos «Domicilio / Su Domicilio / Domicilio Propio» muy por encima de la frecuencia de « Domicilio de sus padres»: 68,12% frente a 19,23%.



(Gráfico nº 13 Muestra de la distribución de los fallecimientos por gripe según el lugar de dicho fallecimiento)

Es lógico suponer que casi todas las personas fallecían en el “*Domicilio*”, en “*Su domicilio*”, en el “*Domicilio Propio*”, en el “*Propio Domicilio*” (1983 personas) rodeadas de sus familiares y en un ambiente de espera de la muerte sin poder hacer nada y al libre albedrío de la diosa naturaleza, de la madre Tierra o del dios espiritual personal; aunque sí rodeados del calor de los ascendientes y descendientes. Pero no es un valor a tener en cuenta de una manera rigurosa, ya que cuando aparece la expresión “*Su domicilio*” no se ajusta con exactitud al lugar donde se produjo el deceso y más si las personas en cuestión tienen una edad menor, aproximadamente, de veinte años, que tendrán que fallecer en el “*Domicilio de sus padres*”, como es lógico. Esto se debe a dos cuestiones principales: la economía lingüística y de trabajo del encargado de turno de reflejar en las correspondientes actas los oportunos datos y, la segunda, que se podía sobreentender que hacía referencia al lugar donde moraban sus padres, ya que un tanto por ciento del número de menores fallecidos no podían hacerlo en “su domicilio” porque no lo tenían y sí vivían con los padres cuya referencia no aparece como tal. Después de las personas que fallecían en sus respectivos domicilios, les siguen las personas que fallecieron en el “*Domicilio de sus padres*”.

9. CONCLUSIONES

Del análisis pormenorizado de las variables cuantitativas y cualitativas y del estudio realizado de la epidemia de gripe española (1918-1919) en 83 localidades de la provincia de Cáceres se extraen las siguientes conclusiones: se han detectado 2.911 (22,78%)

personas fallecidas de gripe de un total de 12.777 fallecidos por todas las causas, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos para el total de fallecimientos, pero siendo superior en «Varones» que en «Mujeres» en el caso de los fallecimientos por gripe. Del análisis del estado civil relacionado con la mortalidad general destaca que los solteros y casados presenta una tasa superior a los viudos mientras que, en el caso de los fallecimientos por gripe, disminuye significativamente el número de viudos y aumenta el de casados, permaneciendo estable el de los solteros. Por último, en el análisis de la edad es posible obtener tres picos en el caso de la “grippe”, menores de 10 años, de 30 a 40 años y de 60 a 90 años sin diferencias entre ambos sexos. Se concluye que el paciente que fallece de gripe española es un varón de 1 a 9 años (soltero) o de 30 a 40 años (casado) y que lo hace en su domicilio.

La perspectiva de los estudios sobre la pandemia de gripe de 1918 y 1919 ha transitado desde la rama sanitaria (epidemiología), la cual ha permitido la aproximación a la naturaleza biológica de la enfermedad, hasta la histórica, sociológica y antropológica, porque se desarrolló en un contexto de tragedia humana en el cual provocó sangre, sudor y lágrimas. La presente investigación con 83 localidades investigadas, a fecha julio de 2023, ha tratado de cubrir el vacío existente sobre el tema en el entorno geográfico cacereño, extrapolando el análisis de la crisis al ámbito cronológico, espacial, social y demográfico.

Los efectos demográficos de las tres variables relacionadas directamente con el ciclo de la vida: natalidad, nupcialidad y mortalidad, llevó consigo, de forma global, pocos nacimientos porque los descendientes no se concibieron ya que no hubo matrimonios celebrados por la muerte de personas en tragedias individuales y colectivas. En los dos años, los enlaces después de recolección y de la venta de las cosechas descendieron porque la epidemia (pandemia) de gripe no fue selectiva en cuanto a sexo, al contrario que la Guerra Civil española que en un elevado porcentaje se llevó consigo al sexo masculino. La alta mortalidad y la baja natalidad provocaron una nupcialidad muy reducida y, en muchos casos, con muchos problemas genéticos y vulnerables a cualquier enfermedad vírica y estacional, ya que *“uno de los principales factores para saber si estamos en un ciclo demográfico antiguo, de transición o moderno reside en las causas de mortalidad. El predominio de la mortalidad exógena –epidemias infecciosas, crisis de subsistencias-, es característico de una demografía y una sociedad con bajos niveles sanitarios, educativos y de prevención. Este tipo de mortalidad irá cediendo a medida que se cuente con mejoras sanitarias e higiénicas”*⁸.

García-Consuegra⁹ escribe que *“... la ignorancia higiénico-sanitaria era uno de los más visibles exponentes de la miseria económica y educativa que reinaba entre las clases populares; en este contexto, las pésimas condiciones de la higiene pública y privada asumían recurrentemente la culpabilidad de las extraordinarias cifras de morbilidad y mortalidad del ataque epidémico porque el virus gripal no atacaba con la misma intensidad a todos lo individuos. La pobreza en convivencia con el hambre limitaba los recursos biológicos para poder enfrentarse*

8 Campos Luque, 1999: 17.

9 García-Consuegra (2013: 344).

con mínimas garantías de éxito a cualquier patología; por no mencionar el acceso a los medicamentos que no siempre estaba amparado por la beneficencia municipal y que, como cualquier otro producto, estaba sometido a las leyes de oferta y demanda de los mercados". Esta elevada mortalidad también se veía influenciada por una elevada densidad de población, por la precariedad de la higiene materno-infantil, por una inadecuada manipulación de los alimentos, por prácticas erróneas de cuidado, atención y recuperación de los trastornos de salud y por unas malas condiciones de vida ligadas a un retraso importante de España en materia de sanidad e higiene hasta bien entrada la década de los años sesenta. Aunque la lactancia ejerció un papel decisivo en la prevención de ciertas enfermedades, el destete antes de tiempo, la dentición y el paso a una alimentación variada sin contar con la debida información médico sanitaria y la adaptación a los productos que el campo daba temporalmente, fueron variables que incrementaron el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas. La disminución de la mortalidad infantil, claramente determinada por la fuerte reducción de factores de carácter exógeno, ha tenido claras repercusiones e implicaciones en la evolución demográfica de las distintas localidades de la provincia cacereña, de las respectivas comarcas, de la comunidad y de España. Sus efectos más directos están relacionados con el crecimiento del número de habitantes y la paulatina modificación de la estructura poblacional dibujada claramente de la forma de las pirámides de población con mucha base, por lo menos hasta las últimas décadas del siglo XX¹⁰.

En un tanto por ciento muy elevado de poblaciones se ha pasado de una alta mortalidad infantil y juvenil en los últimos años del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a ser prácticamente nula en las últimas décadas del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI. Esta mortalidad se ha desplazado a edades más avanzadas. El descenso de la mortalidad¹¹ se ha debido, entre otras causas, a una mejora sustancial de las condiciones de vida, una disminución de los vectores derivados de una inadecuada alimentación en cuanto a cantidad, digeribilidad y dosificación, y a las medidas de intervención como desecación de charcas y pozos o a la reconversión o diseño de espacios de agua estancada e insalubre. A esto se puede unir mejoras en la higiene tanto personal como pública, un constante y continuo desarrollo en materia higiénico sanitaria, la ampliación y extensión de la red sanitaria en el ámbito rural y la asistencia médico-ambulatoria-sanitaria. Otros factores a tener en cuenta son la mejora en el abastecimiento de aguas a la población, el alcantarillado, el encauzamiento de aguas fecales y la adopción de medidas de higiene públicas a cargo de las instituciones políticas y administrativas competentes. En la segunda década del siglo XX, lo único que existía era la aspirina como antitérmico y analgésico pero carece de importancia en la evolución de la gripe; por otra parte, los pacientes solían morir de complicaciones infecciosas pulmonares (no había nada que hacer pues no había antibióticos ni sulfamidas) o fallos multiorgánicos. Estas eran las recomendaciones para evitar los efectos de la gripe en el organismo.

10 Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 1999.

11 Gómez Redondo, 1985.

“Los preparados de arsénico eran populares por su efecto tónico y analgésico, al igual que el aceite de alcanfor para tratar las dificultades respiratorias. Se suponía que la dedalera y la estricnina estimulaban la circulación, se recetaban sulfato de magnesio y aceite de ricino como purgantes, y varios fármacos derivados de yodo para la «desinfección interna»”¹². A partir de los años cuarenta, con los avances médico sanitarios, el acceso a las sulfamidas y antibióticos, la intervención médica sin distinción de sexo y la mentalidad más acorde con el transcurso de los años, han hecho posible que el descenso de la mortalidad se haya convertido en un hecho significativo, relevante e imparable.

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

Las pocas —o muchas medidas— que la administración política y sanitaria puso en funcionamiento, causaron una alarma social que se tradujo en una alteración de la vida cotidiana de cacereños —en particular— y de extremeños —en general— en aspectos como el cierre de escuelas, la prohibición de fiestas, las ceremonias funerarias rápidas y reducidas a los familiares más directos, la prohibición de visita a enfermos, la vigilancia de los viajeros terrestres por las rutas de comunicación más frecuentadas; la duda sobre la persona que no era de la calle, del barrio de la ciudad; la desconfianza en el “otro”; etc. Tres acciones fueron, a grandes rasgos, los motivos de contagio que —si no prohibidos— sí se recomendó su reducción o disminución por el peligro que conllevaban:

- a) la costumbre humanitaria de visitar a los enfermos en sus domicilios;
- b) la acumulación de personas en las iglesias, bien en los rituales litúrgicos diarios o en los extraordinarios (rogativas) que se hicieron para tratar de manera divina de parar o atenuar la epidemia y, por último,
- c) la celebración de fiestas tradicionales, bien fueran de barrios o locales.

Muchas de ellas llevaron consigo una respuesta social no comprendida ni comprometida con el tipo de profilaxis a utilizar, en forma de protestas y disturbios más que nada cuando había que prohibir o reducir el programa en la celebración de actividades lúdico-festivas.

La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad registrada por la pandemia de gripe y el crecimiento vegetativo fue negativo en la mayor parte de las poblaciones objeto de la investigación durante los años de la pandemia. A esto hay que unir la constante

¹² Spinney (2020, 131).

inmigración que se estaba produciendo del campo a la ciudad y la continua emigración a otras provincias españolas con un futuro vivencial y laboral más esperanzador. Para concluir, se transcribe un párrafo escrito por Echevarri Dávila¹³:

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

10. BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE LEIZEAGA, I. (2002): “Otoño de 1918: Diario histórico-demográfico de la pandemia de gripe en Andoain”. *Leyçaur* 7, Pp. 205-254.
- ÁLVAREZ PARDO, E. et al (2008): «Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918». *Magister* 22, pp. 93-106.
- AYORA-TALAVERA, G. (1999): “Influenza: Historia de una enfermedad”, *Rev Biomed* 10 (1), Pp. 57-61.
- BARREDA MARCOS, P. M. (2009): “Palencia cuando la gripe de 1918”. *PITTM (Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses)*80, Pp. 309-339.
- BARRY J. M. (2004): “The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications” *J. Translational Med* 2004, 2: 3
- BERNABEU-MESTRE, J.; RAMIRO FARIÑAS, D.; SANZ GIMENO, A. y ROBLES GONZÁLEZ, E. (2003): “El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones” *Revista de Demografía Histórica* XXI (1), Pp. 167 – 193.
- BLANES LLORENS, A. (2007): “La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial”. Tesis doctoral. Departament de Geografia. Facultat de Filosofia i Lletres. Universitat Autònoma de Barcelona.
- CAMPOS LUQUE, C. (1999): *La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social*. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales. Papeles de trabajo nº 25.
- CARBONETTI, A. (2010): “Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919”. *Desacatos* 32, Pp. 159 - 174.
- CATANZARO, M. (2014): “¿Fiebre de guerra?”. *Historia y Vida*. 4 (553) pp. 54 – 61.

13 Echevarri Dávila (1993, 138).

- ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*. CIS/ Siglo XXI. N° 32.
- ELEXPURU CAMIRUAGA, L. (1987): “Consecuencias demográficas de la epidemia gripal de 1918 en la villa de Bilbao”. *Zainak* 4 Pp 267 – 277.
- ERKOREKA, A. (2006): *La pandemia de gripe española en el País Vasco (1918-1919)*. Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Bilbao.
- ERKOREKA A (2010): “The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age”. *Influenza Other Respir Viruses* 2010; 4 (2): 81-89
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, C. M. y VEIGA FERREIRA, X. M. (1995): “La “gripe” de 1918-19 en Batanzos”, *Anuario Brigantino*. 18, pp 143 - 158.
- GARCÍA-CONSUEGRA, J. (2013): “Una tragedia olvidada: la pandemia de gripe de 1918 en Daimiel”, *Vínculos de Historia* 2, Pp 331 - 350.
- GARCÍA SÁNCHEZ, J. E. y GARCÍA SÁNCHEZ, E. (2006): “La gripe en el cine. De la enfermedad aparentemente banal a la epidemia apocalíptica”, *Revista Medicina y Cine* 2 (1) pp. 1- 2
- GÓMEZ REDONDO, R. (1985): “El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970” *REIS* 32, pp 101 - 139.
- GONDRA, J. y ERKOREKA, A. (2010): “El cuerpo médico municipal (1897-1937) y la pandemia de gripe española en Bilbao”. *Bidebarrieta* 21, pp 139 – 152.
- GONZÁLEZ GARCÍA, A. (2013): “Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919”, *Vínculos de Historia* 2, Pp. 309 - 330.
- GUÉNEL, J. (2004): “La grippe “espagnole” en France en 1918-1919”, en *Histoire des Sciences Médicales*. 38 (2) pp. 165 – 175.
- HERNÁNDEZ FERRER, F. I. (2003): “Análisis epidemiológico de la mortalidad en Cartagena (1871-1935) y semántico-documental de las expresiones diagnosticadas”. Tesis doctoral. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. Universidad de Murcia.
- HERRERA RODRÍGUEZ, F. (2009): “Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918”. *Medicina Marítima*. 9 (2), pp. 1-5.
- (1996b): “Incidencia social de la gripe de 1918-1919 en la ciudad de Cádiz”. *Llull*. 19 (37) Pp. 455-470.
- (1996a): “La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María”. *Revista de Historia de El Puerto* 17 Pp. 31-63.
- HERRERA RODRÍGUEZ, F. y ALMENARA BARRIOS, J. (1994): “La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz)”. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*. 30 pp. 133-187
- IRUZUBIETA BARRAGÁN, F. J. (2008): “La pandemia gripal de 1918 en la ciudad de Logroño”. *Berceo* 154 pp. 345 - 363.
- MAMELUND, S. E. (2004): “Can the Spanish Influenza pandemic of 1918 explain the baby boom of 1920 in neutral Norway?”. *Population*. 59 (2) Pp.229-260.

- MÁRQUEZ MORFÍN, L. y MOLINA DEL VILLAR, A. (2010): “El otoño de 1918. Las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México”. *Desacatos* 32. Pp. 121-144.
- MARÍN GUTIÉRREZ, A. (2013): “El tratamiento informativo de la gran gripe en España y Francia (1918)”. Proyecto fin de máster. Departamento de Historia Contemporánea. Universidad de Oviedo.
- MONTES-SANTIAGO, J. (2010): “El beso mortal de la “Dama Española”. La gripe de 1918: un asesino de artistas geniales”. *Galicia Clínica* 71 (1) Pp. 37-39.
- MUÑOZ MUÑOZ, J. A. y NEILA MUÑOZ, C. M. (2021): “La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en la provincia de Cáceres (Extremadura)”, en *ADEH. Revista de Demografía Histórica. Journal of Iberoamerican Population Studies*. XXXIX. III. Páginas 175 a 204.
- NÁJERA MORRONDO, R. (2010): “Historia de la gripe”, en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*. Desde la memoria. Pp. 161 - 196. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid.
- NEBEL, A. (2006): *La gripe española. Su naturaleza, su tratamiento curativo y preventivo*. Medidas profilácticas. Editorial Mínima. Sevilla.
- NEILA MUÑOZ, C. M. (2023): “Morir en la localidad de Cáceres (1900-1993). Introducción demográfica el sueño eterno presente”, en *Alcántara. Revista del Seminario de Estudios Cacerenses*. Número 95. Sexta época. Enero-Junio, 2023. Pp. 117 a 141. Área de Cultura de la Excm. Diputación Provincial de Cáceres.
- (2020b): “La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (segunda parte)”, en *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*. Nº 221. Julio-Agosto, 2020. Pp. 15, 16 y 17. Brozas (Cáceres).
- (2020a): “La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (primera parte)”, en *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*. Nº 220. Marzo-Junio, 2020. Pp. 16, 17 y 18. Brozas (Cáceres).
- (2014): “La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en las ciudades de Cáceres y de Plasencia (Extremadura)”. *Coloquios Históricos de Extremadura*. Pp. 505-546.
<https://chdetrujillo.com/i2014/>
- (2013): “Demografía histórica en Brozas (Cáceres). La muerte a través del Registro Civil (1981-2012)”. *Coloquios Históricos de Extremadura*. Pp. 425- 453.
<https://chdetrujillo.com/i2013/>
- PÉREZ MOREDA, V. (2010): “Las epidemias en la Historia”, en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*. Desde la memoria. Páginas: 9 - 30. Fundación de Ciencias de la Salud.
- PRADO MOURA, A. de (1987): “La epidemia de gripe de 1918 en Palencia”. *PITTM (Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses)* 56. Pp. 159 - 215.
- PORRAS GALLO, M. I. (1996): “Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid”. *Boletín de ADEH* 14 (1) pp. 75-116.
- (1995): “La prensa madrileña de información general ante la epidemia de gripe de 1918-19”. *Medicina & Historia* 57 (3). Pp. 5-28.

- (1994): Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid. Tesis doctoral. Directores: Luis Montiel Llorente y José Martínez Pérez. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
- (1994): “La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19”. *DYNAMIS* 14 pp. 159-183.
- RAMOS MARTÍNEZ, J. (1992): “La pandemia de gripe de 1918 en Pamplona”. *II Congreso de Historia de Navarra en los siglos XVIII, XIX y XX*. pp. 109 – 130.
- SANZ GIMENO, A. y RAMIRO FARIÑAS, D. (2002): “La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte”. *Cuadernos de Historia Contemporánea*. 24. Pp. 151-188.
- SPINNEY, Laura (2020): *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Editorial Planeta (Barcelona).
- URKÍA ETXABE, J. M. (1986): “La pandemia gripal de 1918 en Guipúzcoa”, en *Cuadernos de historia de la medicina vasca* 4. Pp. 37-86.
- VALDEZ AGUILAR, R. (2002): “Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919”. *Elementos* (47). Pp. 37 - 43.
- VÁZQUEZ ARIAS, J. C. (2010): “A gripe de 1918 en Pontedeume”. *Cátedra* 17. Pp. 141-162.