

LA EPIDEMIA DE GRIPE DE 1918 Y 1919 EN LAS CIUDADES DE CÁCERES Y DE PLASENCIA (EXTREMADURA)

Carlos María NEILA MUÑOZ

- ② Palabras clave.
- ② Introducción.
- ② Metodología de trabajo.
- ② La gri(p)pe en el mundo y en España. Aproximación.
- ② Población de Cáceres y de Plasencia (1842-2011) según los censos de población.
- ② Personas fallecidas en Cáceres y en Plasencia en 1918 y 1919. Temporalización.
- ② Edades de las personas fallecidas.
- ② Estado civil de las personas fallecidas.
- ② Personas fallecidas por causa de la gripe en Cáceres y en Plasencia.
- ② Personas fallecidas entre los 20 y los 39 años de edad. Causas.
- ② Lugares de defunción.
- ② Procedencia de nacimiento de las personas fallecidas en los dos años.
- ② Conclusiones.
- ② Bibliografía.

Palabras clave.

Grip(p)e; Epidemia; Pandemia; Muerte; Fallecimiento; Defunción; Ethnohistoria; Demografía; Demografía histórica; Antropología; Cáceres; Plasencia; Extremadura.

Introducción.

El objeto de la presente comunicación es el estudio de las personas fallecidas en las localidades cacereñas de Cáceres y de Plasencia en los años 1918 y 1919 como consecuencia de la pandemia de «Gripe Española» («*Señorita Española*»; «*Dama Española*»; «*Spanish Influenza*»; «*Spanish Flu*»; «*Spanish Lady*»; «*Grippe Espagnole*»...) que asoló y devastó el mundo entero. Álvarez Pardo y otros (2008, 94), expresan que *"el nombre de "gripe española" se debe a que los periódicos europeos no incluían ninguna referencia sobre la enfermedad, para no alarmar a las tropas que entonces luchaban en la guerra [I Guerra Mundial]. Los periódicos de España, que no estaba dentro de la contienda, sí informaban sobre la epidemia que se estaba produciendo. Por ello las únicas referencias que se tenían procedían de fuentes españolas y la pandemia fue bautizada como "gripe española"*". La información cuantitativa de los datos recogidos en las dos poblaciones es el paso previo a la explicación social, sanitaria, demográfica e histórica. Aspectos como el sexo, el estado civil, el lugar de defunción y la edad sirven como base para intentar comprobar si la gripe de estos dos años de la segunda década del siglo XX incidió en las causas de defunción de las personas fallecidas, bien sean por ser inmediatas o fundamentales. He dividido la investigación en dos partes: en la primera, hago constar el estudio de los fallecimientos en general -y en total- en las dos localidades sin filtro alguno de causa ni efecto y, en la segunda parte, he abordado 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), desarrollándose ambos con una temporalización que aún criterios sociogeográficos similares en función de factores como el desarrollo económico, el grado de urbanidad frente a ruralidad, la higiene privada y pública y la dieta alimenticia amplia y variada. Cáceres y Plasencia han sido -y son- las localidades con más elevada población en el siglo XX y XXI y por eso he desmenuzado, cotejado y comparado las actas de defunción de los registros civiles de los dos núcleos para evaluar cómo ha incidido la pandemia de gripe en la trayectoria descendente de la mortalidad. Toda una trayectoria histórica, antropológica, sanitaria y demográfica en la última fase del ciclo de la vida en las citadas poblaciones al finalizar -en un contexto mundial- la I Guerra Mundial.

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

Metodología de trabajo.

El trabajo de campo que he estado realizando para conseguir los valores cuantitativos y cualitativos propios de esta investigación se ha prolongado durante dos años. Los datosⁱ anónimos e impersonales que aparecen en ella, salvo los exclusivos de los censos poblacionales del INE, se han extraído de los libros de defunciones depositados en los Registros Civiles de Cáceres y de Plasencia, desde el año 1871 que es cuando se crearon estos organismos administrativos en Españaⁱⁱ 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. Desconozco si ha habido algún tipo de estudio histórico, médico, sociológico, demográfico, antropológico sobre la gripe y sus consecuencias en alguna localidad, comarca, provincia o en la comunidad extremeña. En todas las bases bibliográficas consultadas no ha aparecido documento alguno -publicado o no- que haga referencia a esta pandemia en nuestro entorno geográfico próximo. Todo lo contrario lo sucedido en otras investigaciones en otros ámbitos como los siguientes: Elexpuru Camiruaga (Bilbao); Herrera Rodríguez (Puerto de Santa María -Cádiz- y Cádiz); Álvarez Pardo, Fernández López, González Taboada, Höfer y Gómez Gómez (Oviedo, Gijón, Avilés); García-Consuegra (Daimiel -Ciudad Real-); Barrera Marcos (Palencia); Porras Gallo (Madrid); Vázquez Arias (Pontedeume -A Coruña-); Fernández Fernández y Veiga Ferreira (Betanzos -A Coruña-); Palazón Ferrando (Alicante); Urquía Echave (Guipúzcoa); Sánchez Gozalbo (Castellón); Cardona Ivars (Benisa y comarca -

Alicante-); De Prado Moura (Palencia); Aguirre Leizeaga (Andoain -Guipúzcoa-); Gondra y Erkoreka (Bilbao); Iruzubieta Barragán (Logroño); Astigarraga Lizundia (Navarra); García-Faria del Corral (Zamora); Martínez Pons (Valencia); Ramos Martínez (Pamplona); Sena Espinel (Salamanca) y Herrera Rodríguez y Almenara Barrios (San Fernando -Cádiz-).

Expreso las más sinceras gracias a las personas que han accedido a mis pretensiones investigadoras y han tenido la paciencia de aguantarme durante muchos días a lo largo de estos dos últimos años consultando los libros de defunciones, en el caso que nos ocupa, en los Registros Civiles de las localidades citadas a continuación: en Cáceres a D. Miguel Vicente Gómez González y compañeros¹ y en Plasencia a D. Pedro Caballero Palomero y compañeras². Igualmente debo hacer constar mi sincera gratitud al Dr. D. Juan Antonio Muñoz Muñoz por poner a mi disposición su conocimiento, su experiencia, su paciencia y su formación en el área de salud y más en concreto en este apartado de la medicina histórica. En el INE (Instituto Nacional de Estadística) agradezco la ayuda prestada relacionada con los datos cuantitativos de las dos poblaciones a Dña. Esperanza Guerra Jiménez.

La grip(p)e³ en el mundo y en España. Aproximación.

La gripe española, en forma de epidemia⁴ y de pandemia⁵, fue la gran catástrofe mundial sanitaria del siglo XX y que, junto con las consecuencias derivadas de la Guerra Civil en la década de los años 40, constituyen las dos grandes crisis demográficas en la España del siglo pasado que 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 Texas⁶, 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. Por este motivo, la propagación de la enfermedad se vio favorecida por factores propios e inherentes al conflicto como fueron el hacinamiento, la desnutrición, la falta de higiene, la falta de medicinas, las migraciones, los desplazamientos masivos de personas, etc. Es frecuente emitir una respuesta xenófoba al atribuir las calamidades, miserias, defectos de un hecho, acción, enfermedad, etc. a otros países ajenos al propio así, González García (2013, 310), expresa que *"la proclamación en mayo [de 1918] de la existencia de una enfermedad por parte de las autoridades españolas, unida al recelo de las potencias europeas y mundiales por la neutralidad de España en la guerra, hicieron que esta denominación [Spanish flu o Spanish lady] acuñada por la Royal Academy of Medicine de Gran Bretaña quedara irremediamente asociada para siempre a nuestro país"*. En su momento, esta epidemia no tuvo una importancia relevante porque el mundo estaba inmerso en una contienda que iba a reestructurar de forma temporal las fronteras del viejo continente, escenario del campo de batalla, por lo que aún, al día de hoy, se desconoce el número total aproximado de los fallecimientos.

¹ Moisés, Jesús, Carmela, Inma, Sofía y Manuela.

² Puerto y Guadalupe.

³ A partir de este momento voy a utilizar los términos «gripe» y «grippe» indistintamente.

⁴ Epidemia (del griego *epi*, por sobre y *demos*, pueblo), es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado. Para evitar el sensacionalismo que conlleva esta palabra en ocasiones se utiliza el sinónimo de brote epidémico o brote.

⁵ Una pandemia, vocablo que procede del griego *pan* (todo) + *dêmon* (pueblo) + *nosêma* (= enfermedad), expresión que significa *enfermedad de todo un pueblo* es la afectación de una enfermedad infecciosa de los humanos a lo largo de un área geográficamente extensa.

⁶ Texas o Tejas es un estado situado en la región Sur de Estados Unidos. Tanto en extensión como en población es el segundo de los estados de Estados Unidos; abarca 696 241 km² y posee una población de 24,7 millones, en constante aumento. Limita al sur con los estados mexicanos de Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila y Chihuahua, y con los estados estadounidenses de Luisiana al este, Oklahoma al norte, Arkansas al noreste, y Nuevo México al oeste.

De manera general se han consensuado, en función de los datos registrados en el apartado de 'causa' en las actas de defunción de los registros civiles, varias ondas u olas epidémicas con ciertas modificaciones temporales propias de las estaciones meteorológicas de cada país o continente: primera (mayo-julio, 1918); segunda (septiembre-diciembre, 1918); tercera (enero-julio, 1919) y cierto rebrote en los seis primeros meses del año 1920 de una forma parcial y muy localizada geográficamente. Herrera Rodríguez (1996, 32) expresa que *"en España [...] la pandemia gripal golpeó con intensidad y evolucionó en varias "oleadas". La primera "oleada" abarcó los meses de mayo y junio. Observadores documentados apuntaron que la epidemia venía de Francia, achacándose especialmente al tráfico de trabajadores españoles y portugueses que acudían al país galo con finalidad de sustituir a los trabajadores franceses que estaban en la guerra. El paso de estos obreros por la frontera a su regreso fue quizá un factor determinante en la introducción de la enfermedad en España. La epidemia desapareció rápidamente, pero las zonas más afectadas fueron Extremadura, Andalucía y la mitad sur de la Meseta Central. La segunda "oleada" abarcó los meses de septiembre a diciembre. Los estudiosos señalan dos vías de difusión relacionadas con las líneas de ferrocarril. En primer lugar, Port Bou, difundiendo la epidemia desde Cataluña a Almería; y, la segunda, de Irún hasta Medina del Campo, extendiéndose a todas las poblaciones. Se apuntaron como vectores fundamentales de la difusión a trabajadores y al personal militar constantemente movilizado. Finalmente, la tercera "oleada", que fue menos explosiva, pero que duró de enero a junio de 1919"*. Estas olas u ondas aparecieron casi simultáneamente en toda la orbe, poniendo de manifiesto la deficiente, inexistente e insuficiente estructura sanitaria materializada en organizaciones que tenían que cuidar y velar por la salud comunitaria nacional y mundial y en el desconocimiento de los orígenes, de las causas y de las manifestaciones posteriores de la epidemia. No obstante, tal y como expresa Porras Gallo (1994), se propusieron iniciativas legislativas para reordenar la sanidad española tales como el proyecto de Ley de epidemias (1914); el proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas (julio, 1919); el proyecto que llevó el mismo nombre (noviembre, 1919); el proyecto de Ley de profilaxis pública de enfermedades evitables (1922) y el Real Decreto del 10 de enero de 1919 en relación con la prevención de las enfermedades contagiosas, publicada en la Gaceta de Madrid núm. 23 de 23 de enero de 1919 (páginas 308 a 310) y que entre otras cosas expresa que *"las disposiciones encaminadas a evitarlos [agentes infecciosos] empezarían a redimir a España de su morbosidad crecida y de su mortalidad considerable, superiores a la media de la mayor parte de los países de Europa y de América, y que empobrecen a nuestro pueblo con la pérdida indebida de tantas gentes como enferman sin deber enfermar en tan deplorable proporción, y que mueren sin deber morir tan a destiempo"*. El Ministerio de la Gobernación que *"suscribe entiende que la reforma más urgente que hay que llevar a nuestra legislación sanitaria es la referente a la profilaxis pública de las enfermedades transmisibles: la declaración obligatoria de todo caso de enfermedad de este género; el aislamiento y hospitalización de los enfermos para impedir el contagio; la desinfección de las cosas y personas contaminadas o sospechosas de contaminación, y el empleo de vacunas y sueros preventivos, llevando todo ello con el carácter de imperativo a las prácticas sanitarias, constituyen seguramente medios poderosos para alcanzar en poco tiempo la reducción del tipo ordinario de nuestra mortalidad anual y la prolongación de la vida media del hombre en España"*. En lo que se refiere a la gripe, fue encuadrada en el grupo B de «Infecciones comunes» haciendo contar que la declaración oficial de las infecciones encuadradas en este grupo será publicada por los Gobernadores después de acordadas por las Juntas provinciales, previo informe de las Juntas municipales y el posible aislamiento de la persona infectada se *"procurará llevarlo a cabo siempre que sea posible en el propio domicilio del enfermo; pero cuando a juicio del Inspector municipal de Sanidad sea absolutamente imposible realizarlo de modo que no constituya un grave riesgo para la salud pública, podrá ordenarse el transporte del enfermo a un Hospital de aislamiento o Casa de Salud [...] Todos los Ayuntamientos tendrán, en proporción con sus recursos, un local adecuado y en condiciones de ser utilizado en cualquier caso para aislamiento de los enfermos infecciosos"*.

Este Real Decreto fue redactado siendo Ministro de la Gobernación Amalio Gimeno Cabañas⁷ y firmado por el rey Alfonso XIII.

Aguirre Leizeaga (2002, 247) escribe que *"si exceptuamos el sida, la pandemia gripal de 1918 constituyó, en su momento, uno de los últimos eclipses sanitarios del siglo XX a escala planetaria. Tuvo la capacidad de cincelar las pirámides de población, testimonio funesto que aleja dudas sobre la trascendencia del acontecimiento, las reservas del cuerpo médico -con posturas encontradas, quizá producto de la impotencia- empañaron el ejercicio de su actividad, así como los pronósticos sobre la pandemia en función de sus manifestaciones. En la actualidad, los textos científicos, divulgativos o históricos se hacen eco del año 1918 a modo de lacra indeleble; pero desde planos diversos y divergentes, lo que permite distintos enfoques históricos: ni correctos ni incorrectos, simplemente complementarios"*.

Población de Cáceres y de Plasencia (1842-2011) según los censos de población.

La población de Hecho⁸ y de Derecho⁹ de las localidades de Cáceres y de Plasencia, según los datos que obran en el INE (Instituto Nacional de Estadística) y recogida en los correspondientes censos municipales ha sido la siguiente:

Censos de Población (1842 – 2011) en Cáceres y Plasencia «Población de Hecho y de Derecho». Evolución				
Población de Hecho			Población de Derecho	
Cáceres	Plasencia	Cáceres	Plasencia	
1842	N.D.	N.D.	12052	6026
1857	14795	6842	N.D.	N.D.
1860	13466	6206	N.D.	N.D.
1877	14816	7090	11847	6404
1887	14880	8044	13749	7608
1897	15433	8351	13665	8067
1900	16933	8208	13617	7965
1910	17910	9459	14562	8923
1920	23563	10002	20218	10016
1930	25869	12418	24352	11805
1940	39392	16255	29030	15308
1950	45429	18203	40009	17507
1960	48005	21297	45960	20962
1970	56064	27174	55341	26051
1981	71852	32178	65758	31201
1991	84319	36826	74589	36060

⁷ Amalio Gimeno y Cabañas, conde de Gimeno, (Cartagena, 31 de mayo de 1852 – Madrid, 13 de septiembre de 1936) fue un médico, científico y político español, ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, de Marina, de Gobernación, de Fomento y de Estado durante el reinado de Alfonso XIII.

⁸ La población de «hecho (o *de facto*)» es, para un determinado momento, la población compuesta por presentes y transeúntes.

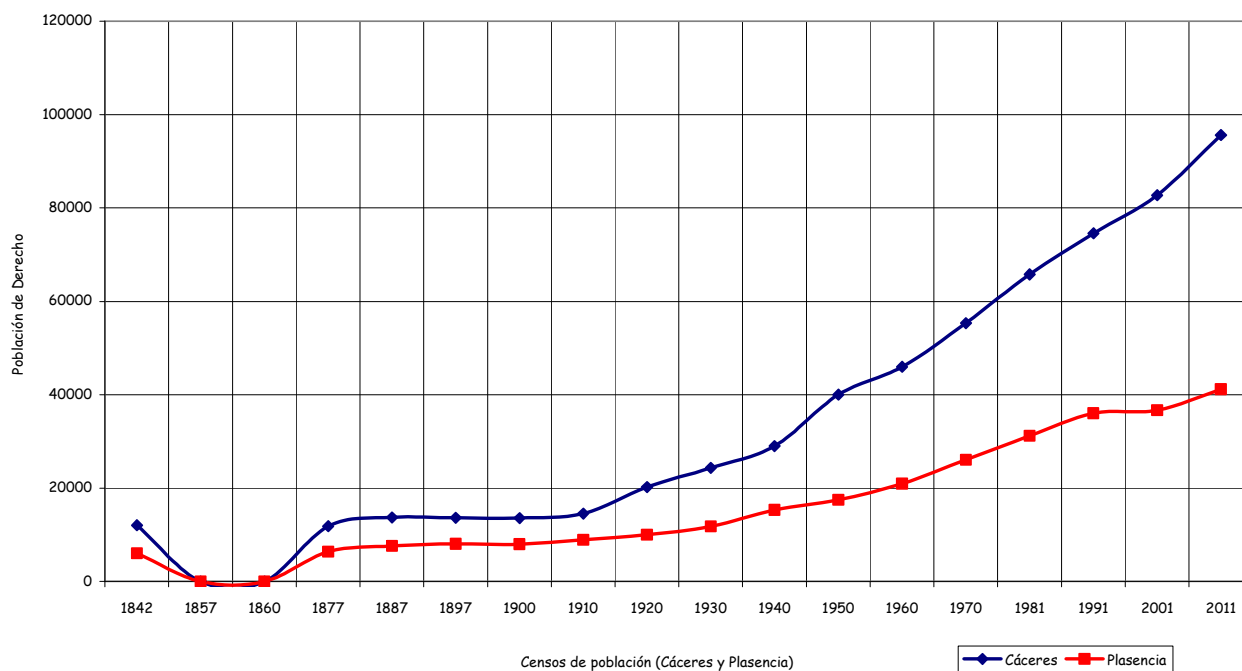
⁹ La población de «derecho (o *de jure*)» es, para un determinado momento, la población compuesta por personas empadronadas en un lugar donde ejercen sus derechos civiles, incluso si no viven ahí.

2001 ¹⁰	N.D.	N.D.	82716	36690
2011	N.D.	N.D.	95616	41162

N.D.: Datos no disponibles

En la gráfica que a continuación aparece se observa cómo ha ido evolucionando la población en las comunidades de Cáceres y de Plasencia desde el censo poblacional de 1842 hasta el de 2011.

Evolución de la Población de Derecho en Cáceres y en Plasencia (1842-2011)



La población de Cáceres, como capital de la provincia, siempre ha sido mayor que la de Plasencia y ha mantenido su progresión hasta la segunda década del siglo XX. A partir de este momento, las dos poblaciones crecerán pero en mayor proporción la cacereña, como foco de atención laboral, administrativo, sanitario y político de la provincia del norte de Extremadura.

Personas fallecidas en Cáceres y en Plasencia en 1918 y 1919. Temporalización.

Las personas fallecidas en las localidades de Cáceres y de Plasencia en los dos años objeto de este estudio, han sido 1785 personas, correspondiendo 1075 a Cáceres (60,22%) y 710 a Plasencia (39,77%) y a las que he dividido de la siguiente manera para su estudio detallado:

	1918	1919	Total
Cáceres	538	537	1075 (60,22%)
Plasencia	362	348	710 (39,77%)
	900	885	1785

¹⁰ A partir del Censo de 2001, la población que aparece es la población «residente», equivalente a la de «derecho».

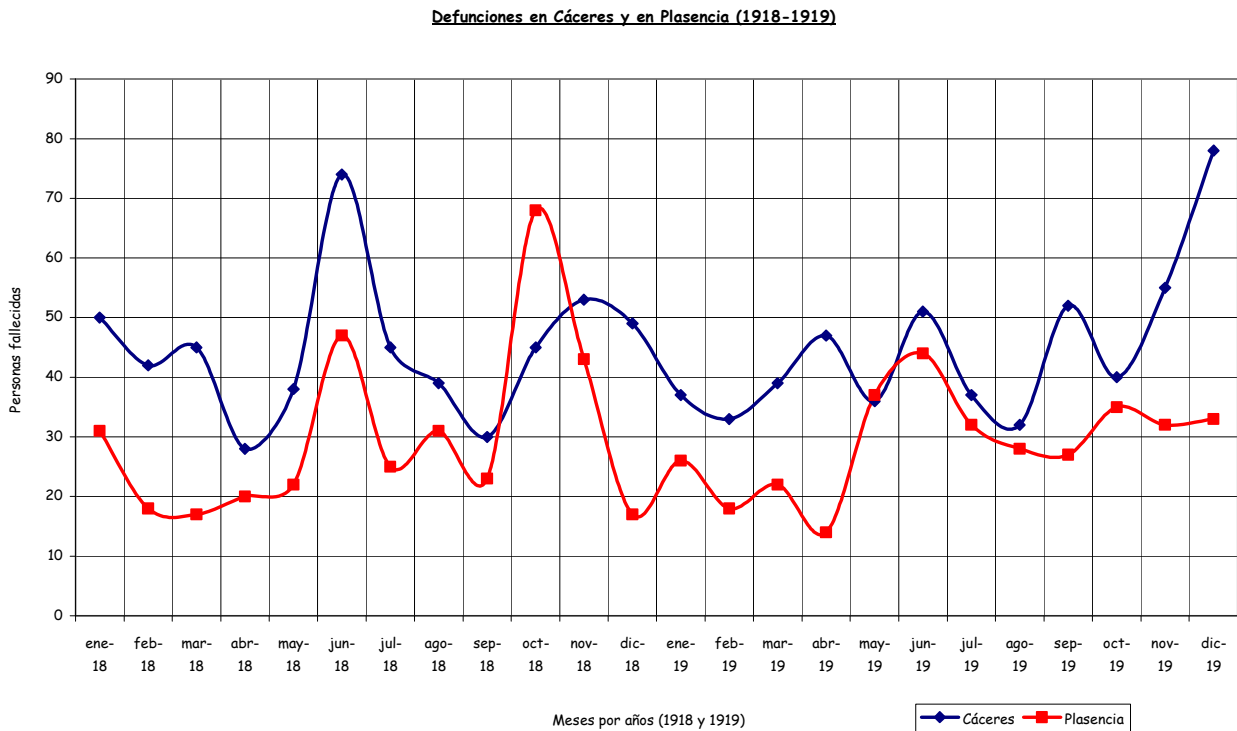
Y de esas 1785 personas, ¿cuántas eran hombres y cuántas eran mujeres? Según los datos que a continuación aparecen, han fallecido un 4,64% más de hombres (52,32%) que de mujeres (47,67%) en el conjunto de las dos localidades más importantes en cuanto a población de la provincia cacereña. Además se aprecia que han sido sólo cinco personas más las fallecidas en 1918 en el conjunto de hombres y de mujeres en las dos comunidades que en 1919, lo que equivale sólo a un 0,28% más, dato casi inapreciable. Tal y como se refleja en la tabla que se muestra:

Sexo		1918	1919	Total
Hombres	Cáceres	280	284	934 (52,32%)
	Plasencia	175	195	
Mujeres	Cáceres	258	253	851 (47,67%)
	Plasencia	187	153	
Total.....		900	885	1785

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 de referencia, ya que esta pandemia de gripe es, como he 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 la historia de Cáceres y de Plasencia. Los datos sobre los meses de los fallecimientos de las personas (hombres y mujeres) en ambas localidades con la temporalización correspondiente, son los siguientes:

Meses	Cáceres 1918	Plasencia 1918	Cáceres 1919	Plasencia 1919
Enero	50	31	37	26
Febrero	42	18	33	18
Marzo	45	17	39	22
Abril	28	20	47	14
Mayo	38	22	36	37
Junio	74	47	51	44
Julio	45	25	37	32
Agosto	39	31	32	28
Septiembre	30	23	52	27
Octubre	45	68	40	35
Noviembre	53	43	55	32
Diciembre	49	17	78	33
	538	362	537	348
	1785			

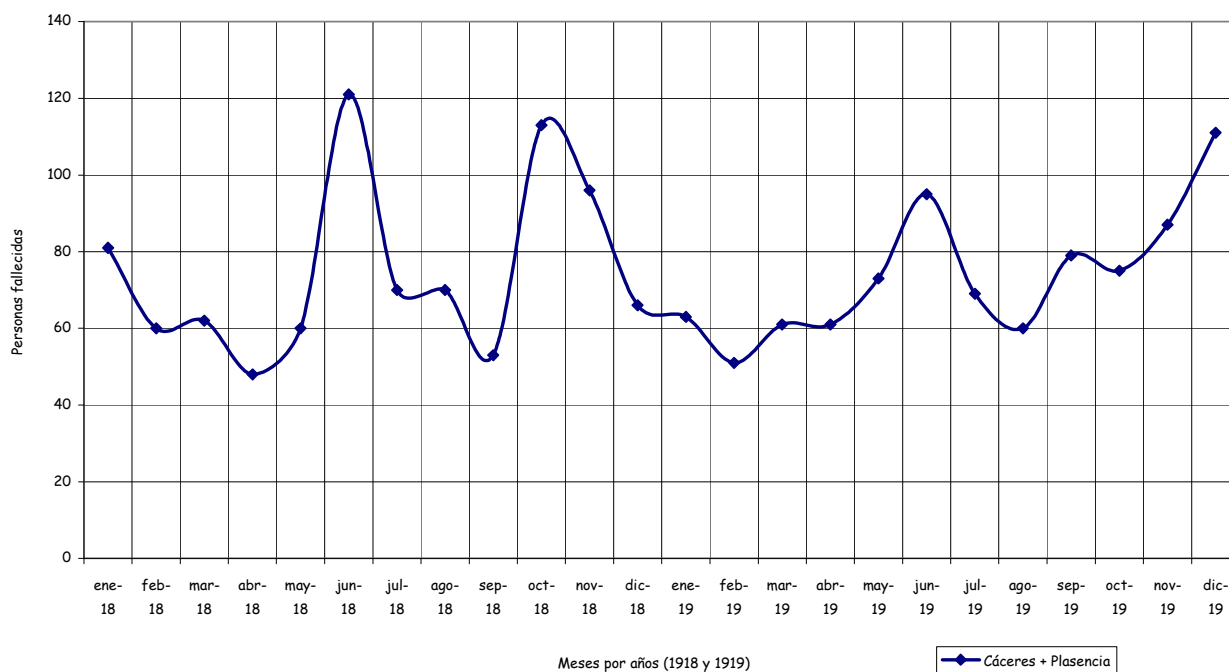
Los valores anteriores tomados de forma global en las dos localidades, divididos en los dos años (1918 y 1919), quedan reflejados en el siguiente gráfico...



Junio es el mes que se ha cobrado más defunciones en los dos años de las dos localidades, consideradas como un núcleo indivisible en plena estación meteorológica¹¹ de verano; sin olvidar el mes de diciembre de 1919 en Cáceres y en el mes de octubre de 1918 en Plasencia, en los cuales las defunciones se dispararon de forma puntual y sorpresiva. Si considero como una sola las dos poblaciones en el transcurso de los veinticuatro meses, se observa la siguiente evolución de la mortalidad:

¹¹ Primavera (21 marzo a 20 junio); verano (21 junio a 20 septiembre); otoño (21 septiembre a 20 diciembre) e invierno (21 diciembre a 20 marzo).

Defunciones en Cáceres y en Plasencia (1918-1919)



Del gráfico anterior se desprende que el número de fallecimientos fue muy elevado en los meses de: junio de 1918 (121 personas: 13,44%); octubre de 1918 (113 personas: 12,55%); junio de 1919 (95 personas: 10,73%) y diciembre de 1919 (111 personas: 12,54%). Claros y manifiestos picos de sierra con sus correspondientes valles que anteceden y son posteriores a los máximos establecidos.

Edades de las personas fallecidas

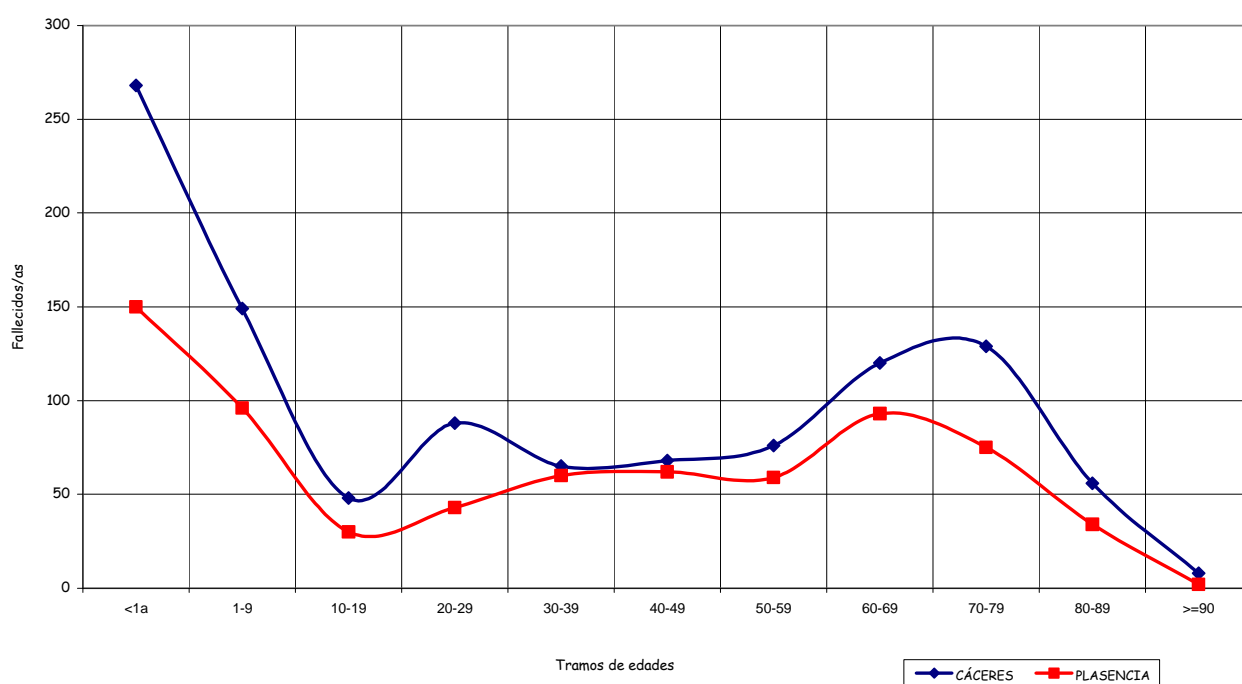
Otro factor a tener en cuenta en el estudio de los fallecimientos en las dos localidades, es la edad de las personas muertas. En la tabla que a continuación aparece se aprecia la edad de fallecimiento tanto de hombres como de mujeres por separado en los años de la horquilla cronológica de investigación (1918 y 1919).

Edades	Cáceres		Plasencia		Total
	1918	1919	1918	1919	
<1	142	126	69	81	418
1-9	82	67	49	47	245
10-19	25	23	13	17	78
20-29	39	49	29	14	131
30-39	33	32	31	29	125
40-49	31	37	37	25	130
50-59	35	41	31	28	135
60-69	58	62	51	42	213
70-79	57	72	33	42	204
80-89	31	25	19	15	90

>=90	5	3	0	2	10
NS/NC	0	0	0	6	6
Total	538	537	362	348	1785
	1075		710		

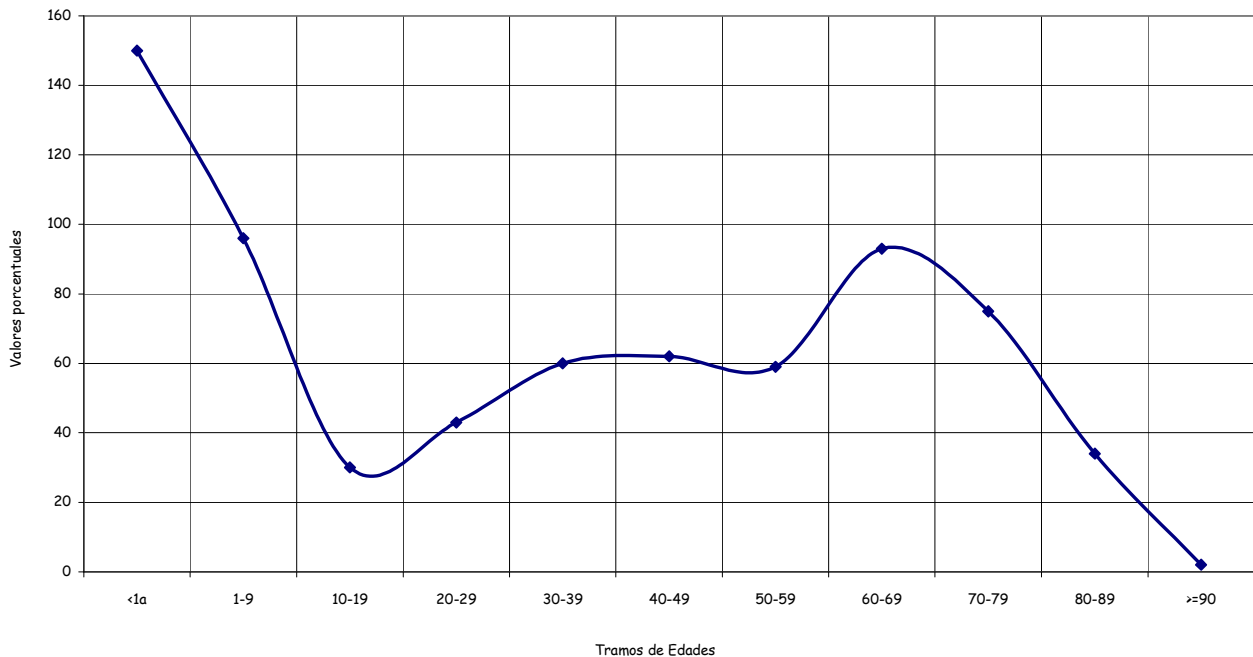
Plasmo estos datos en el gráfico de líneas que a continuación se visualiza, con los valores correspondientes a las localidades de Cáceres y de Plasencia:

Cáceres y Plasencia. Edades de las personas fallecidas (1918 y 1919)



En esta otra gráfica, y a modo de conclusión, muestro la edad global de fallecimiento sin distinción de sexo en los dos años, sin sesgo de causa alguna y sin el filtro de la gripe como causa fundamental del óbito.

Cáceres y Plasencia (datos totales) 1918 y 1919



¿Qué conclusiones puedo extraer de la visión pormenorizada de ambos gráficos? Las siguientes:

- ✓ Muy alta mortandad en niños/as menores de un año (primer tramo de edad).
- ✓ Elevada mortandad en niños/as hasta los nueve años (primer y segundo tramo de edad).
- ✓ Elevada mortandad entre los sesenta y los setenta y nueve años, en ambos sexos.
- ✓ Pocas defunciones en la edad que transcurre en la horquilla que va desde los 10 a los 29 años.
- ✓ Defunciones estables -sin altibajos- entre los 30 y los 49 años, que corresponde a una edad intermedia del ciclo de la vida.
- ✓ Muy pocas personas han sobrepasado los 90 años, esperanza de vida altamente inalcanzable e impensable en los habitantes de Cáceres y de Plasencia en las primeras décadas del siglo XX.

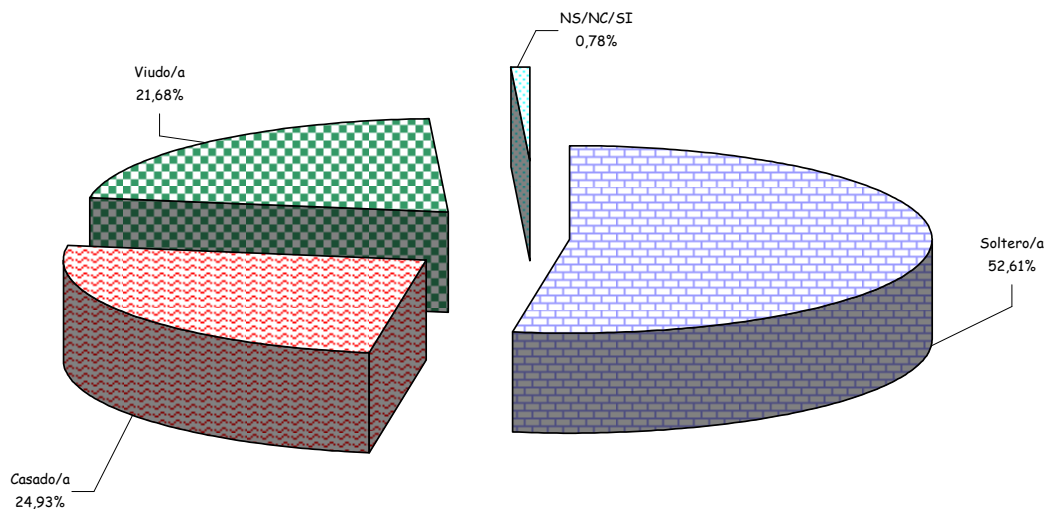
Estado civil de las personas fallecidas

Otra variable que sirve para seguir profundizando en la intrahistoria de la muerte en Cáceres y en Plasencia, son las personas que han fallecido en función del estado civil que tenían en el momento del óbito. En la tabla y en el gráfico que aparece a continuación, se puede apreciar los valores absolutos y porcentuales:

	Año 1918		Años 1919		
	Cáceres	Plasencia	Cáceres	Plasencia	Total
Soltero/a	303 (56,31%)	168 (46,40%)	277 (51,58%)	191 (54,88%)	939
Casado/a	127 (23,60%)	99 (27,34%)	141 (26,25%)	78 (22,41%)	445
Viudo/a	104 (19,33%)	93 (25,69%)	117 (21,78%)	73 (20,97%)	387
Desconocido	4 (0,74%)	2 (0,55%)	2 (0,37%)	6 (1,72%)	14
	538	362	537	348	1785

Se observa el porcentaje de personas fallecidas según su estado civil, siendo más numeroso el de «solteros/as» (52,61%) por el elevado número de niños/as que fallecieron en los dos años en las dos localidades, seguido por «casados/as» (24,93%) y a «viudos/as» (21,68%).

Estado Civil Fallecimientos. Cáceres y Plasencia. (1918-1919)

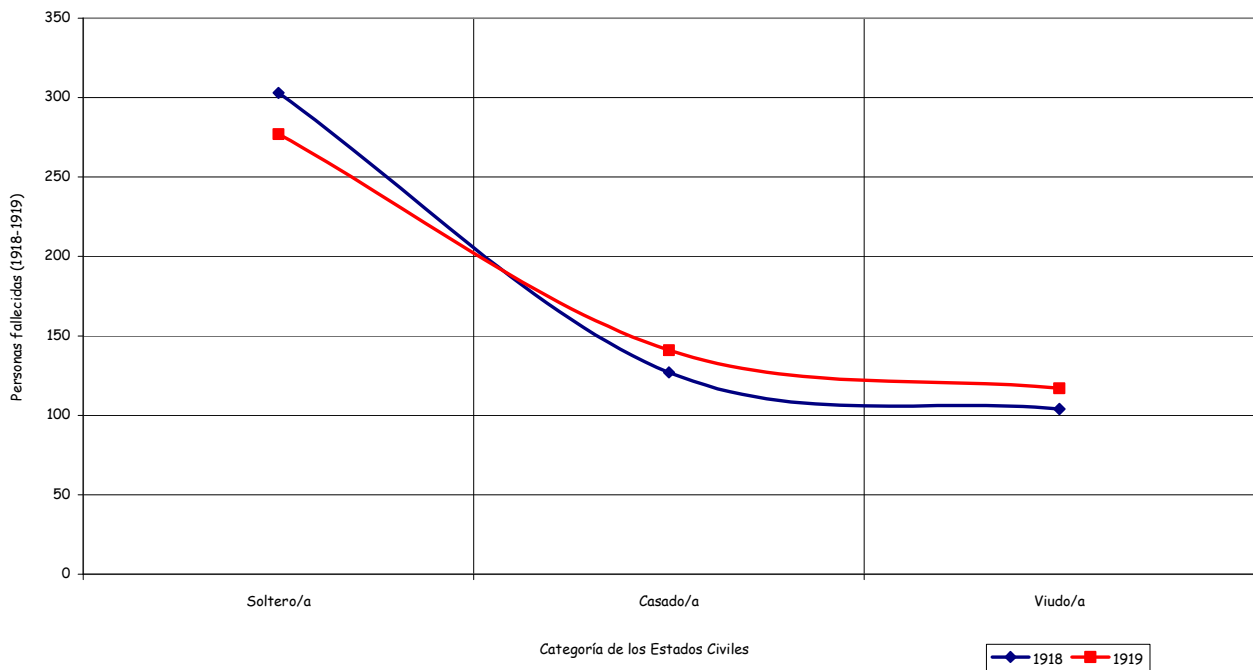


En esta segunda tabla de este apartado se visualiza cuál ha sido la trayectoria del sexo de las personas fallecidas y la relación que tenían con el estado civil en la localidad de Cáceres. Es necesario puntualizar que únicamente he tomado los valores correspondientes a las variables de «soltero/a», «casado/a» y «viuda/a», eliminando aquellos datos que hacen referencia al apartado de «no sabe/no contesta/se ignora» (NS/NC/SI) y de «separados/as-divorciados/as» (otros), :

Hombres	Mujeres
---------	---------

	Cáceres	Cáceres
Soltero/a	303 (56,31%)	277 (51,58%)
Casado/a	127 (23,60%)	141 (26,25%)
Viudo/a	104 (19,33%)	117 (21,78%)
Total ¹²	534 + 4	535 + 2
	538	537

Cáceres. Estado Civil de las personas fallecidas



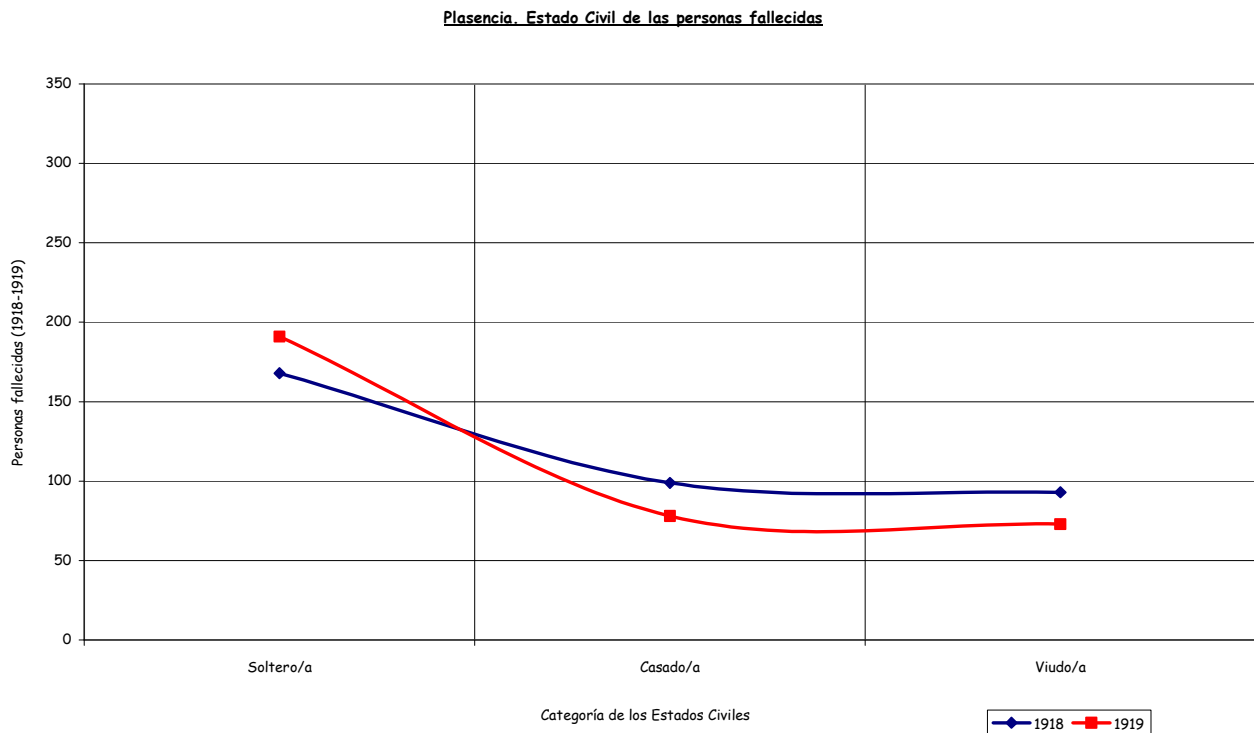
Una vez que se han comprobado los datos de la localidad de Cáceres, es conveniente hacer lo mismo y con la misma metodología comparativa en la localidad de *Plasencia*, de la siguiente manera en esta tercera tabla y última de este apartado:

	Hombres Plasencia	Mujeres Plasencia
Soltero/a	168 (46,40%)	191 (54,88%)
Casado/a	99 (27,34%)	78 (22,41%)
Viudo/a	93 (25,69%)	73 (20,97%)
Total ¹³	360 + 2	342 + 6
	362	348

¹² Valor total de las tres variables más "NS/NC/SI".

¹³ Valor total de las tres variables más "NS/NC/SI".

En el gráfico que aparece a continuación he optado por unificar los datos obtenidos en porcentajes para comprobar cómo ha ido evolucionando en claro descenso y retroceso las defunciones de las personas casadas y viudas en los dos años.



Para concluir este apartado, he querido extraer las siguientes conclusiones sobre la evolución de los fallecimientos de los hombres y de las mujeres en función de los tres estados civiles más relevantes: «soltero/a»; «casado/a» y «viudo/a»:

- ⇒ Tanto en Cáceres como en Plasencia, los «solteros/as» han fallecido más en el año 1919 que en el año 1918 a causa de alto número de infantes muertos.
- ⇒ En 1918 murieron más hombres y mujeres «casados/as» y «viudos/as» que en el año 1919 en una proporción constante e invariable en las dos localidades objeto de estudio.
- ⇒ En la localidad de Cáceres se aprecia una pendiente descendente más pronunciada del estado civil de «solteros/as», comparándola con la de «casados/as» y «viudos/as», manteniéndose estos dos últimos grupos en una proporción muy semejante y constante.
- ⇒ En la localidad de Plasencia, la pendiente tiene muy poco valor negativo, lo que quiere decir que ese descenso iguala, de forma aproximada, las defunciones producidas en los tres estados civiles.
- ⇒ El contagio de la gripe es 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, vivían con los hijos, bien porque esos eran pequeños bien porque el viudo era viejo 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.

García-Consuegra (2013: 344) escribe que *"la ignorancia higiénico-sanitaria era uno de los más visibles exponentes de la miseria económica y educativa que reinaba entre las clases populares; en este contexto, las pésimas condiciones de la higiene pública y privada asumían recurrentemente la culpabilidad de las extraordinarias cifras de morbilidad y mortalidad del ataque epidémico porque el virus gripal no atacaba con la misma intensidad a todos los individuos. La pobreza en connivencia con el hambre limitaba los recursos biológicos para poder enfrentarse con mínimas garantías de éxito a cualquier patología; por no mencionar el acceso a los medicamentos que no siempre estaba amparado por la beneficencia municipal y que, como cualquier otro producto, estaba sometido a las leyes de oferta y demanda de los mercados"*. Esta elevada mortalidad también se veía influenciada por una elevada densidad de población, por la precariedad de la higiene maternoinfantil, 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 deba 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 Cáceres y de Plasencia, de las respectivas comarcas, de la comunidad y de España. Sus efectos más directos están relacionados con el crecimiento del número de habitantes y la paulatina modificación de la estructura poblacional dibujada claramente de la forma de las pirámides de población con mucha base, por lo menos hasta las últimas décadas del siglo XX (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 1999).

Tanto Cáceres como Plasencia, han pasado de una alta mortalidad infantil y juvenil en los últimos años del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a ser prácticamente nula en las últimas décadas del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI. Esta mortalidad se ha desplazado a edades más avanzadas. El descenso de la mortalidad (Gómez Redondo, 1985) se ha debido, entre otras causas, a una mejora sustancial de las condiciones de vida, una disminución de los vectores derivados de una inadecuada alimentación en cuanto a cantidad, digeribilidad y dosificación, y a las medidas de intervención como desecación de charcas y pozos o a la reconversión o diseño de espacios de agua estancada e insalubre. A esto se puede unir mejoras en la higiene tanto personal como pública, un constante y continuo desarrollo en materia higiénico sanitaria, la ampliación y extensión de la red sanitaria en el ámbito rural y la asistencia médico-ambulatoria-sanitaria. Otros factores a tener en cuenta es la mejora en el abastecimiento de aguas a la población, el alcantarillado, el encauzamiento de aguas fecales y la adopción de medidas de higiene públicas a cargo de las instituciones políticas y administrativas competentes. En la segunda década del siglo XX, lo único que existía era la aspirina¹⁴ 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. 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

¹⁴ El ácido acetilsalicílico o AAS (C₉H₈O₄) (conocido popularmente como aspirina), es un fármaco de la familia de los salicilatos, usado frecuentemente como antiinflamatorio, analgésico (para el alivio del dolor leve y moderado), antipirético (para reducir la fiebre) y antiagregante plaquetario (indicado para personas con riesgo de formación de trombos sanguíneos, principalmente individuos que han tenido un infarto agudo de miocardio). Los efectos adversos de la aspirina son principalmente gastrointestinales, es decir, úlcera péptica gástrica y sangrado estomacal. En pacientes menores de catorce años se ha dejado de usar la aspirina para reducir la fiebre en la gripe o la varicela debido al elevado riesgo de contraer el síndrome de Reye.

con el transcurso de los años, han hecho posible que el descenso de la mortalidad se haya convertido en un hecho significativo, relevante e imparabile.

Personas fallecidas por causa de la gripe en Cáceres y en Plasencia.

La pandemia de gripe denominada también "*El soldado de Nápoles*", porque estaba más en boca de los españoles que ciertos pasajes de la zarzuela de éxito en esos años llamada "*La canción del olvido*"¹⁵, 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 es por lo que me he centrado en los dos núcleos más importantes de población cacereña en función de la densidad poblacional que está, en relación directa, con la posible extensión del contagio. La extrapolación o no de las conclusiones en base a un análisis y a una valoración cuantitativa y cualitativa a una Extremadura rural, queda reservada para futuras investigaciones que amplíen la variable geográfica a otros núcleos poblacionales, ya que "*la pobreza es un factor de riesgo añadido frente a cualquier enfermedad. Las poblaciones empobrecidas y desnutridas, que viven hacinadas, en malas condiciones higiénicas y con poco accesos a servicios médicos y a una educación sanitaria, padecen más infecciones y con peor pronóstico*" (Echevarri Dávila; 1993, 103).

Por lo tanto, ¿cuántas personas de las 1785 personas fallecidas constatadas y contrastadas en las actas de defunción en las dos localidades y en los dos años murieron de una manera directa -y expresada textualmente- por la gripe (grip(p)e) y sus variantes?. Fueron un total de 92 personas, lo que supone un 5,15%. A continuación muestro la tabla con los datos cuantitativos:

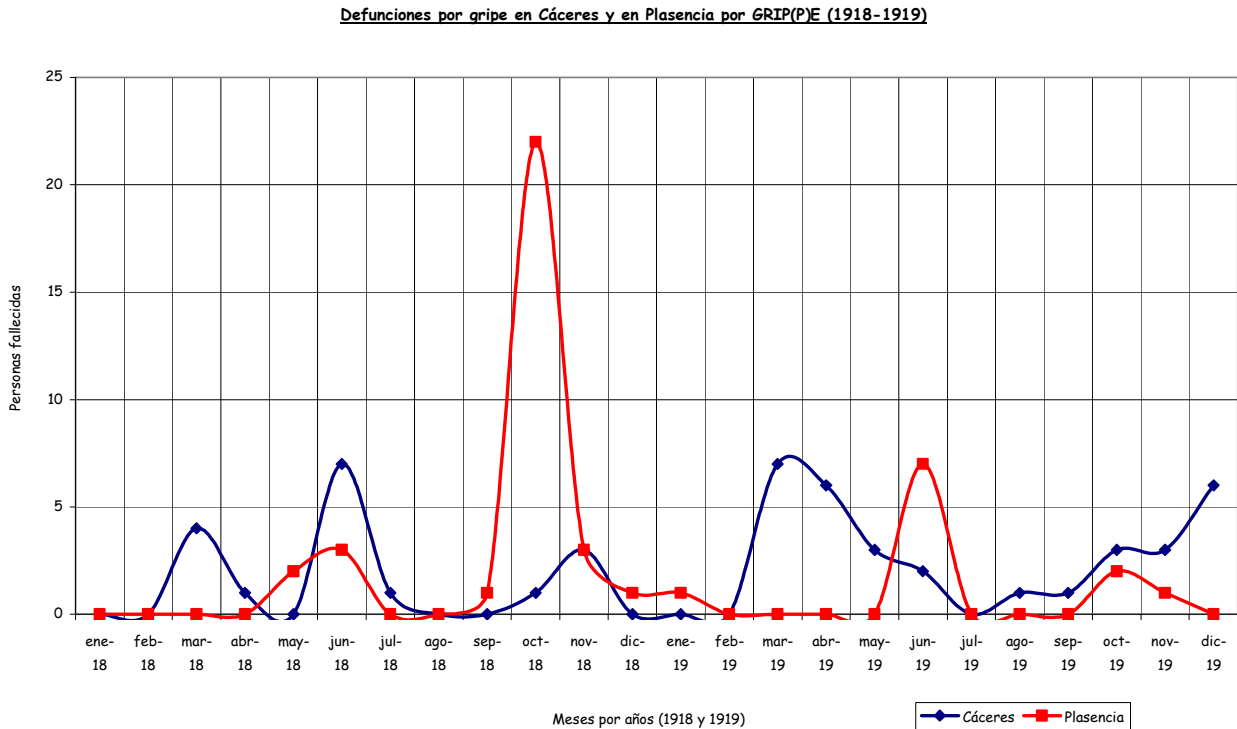
Meses	Cáceres 1918	Plasencia 1918	Cáceres 1919	Plasencia 1919
Enero	0	0	0	1
Febrero	0	0	0	0
Marzo	4	0	7	0
Abril	1	0	6	0
Mayo	0	2	3	0
Junio	7	3	2	7
Julio	1	0	0	0
Agosto	0	0	1	0
Septiembre	0	1	1	0
Octubre	1	22	3	2
Noviembre	3	3	3	1
Diciembre	0	1	6	0
	17	32	32	11

¹⁵ *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.

Total...

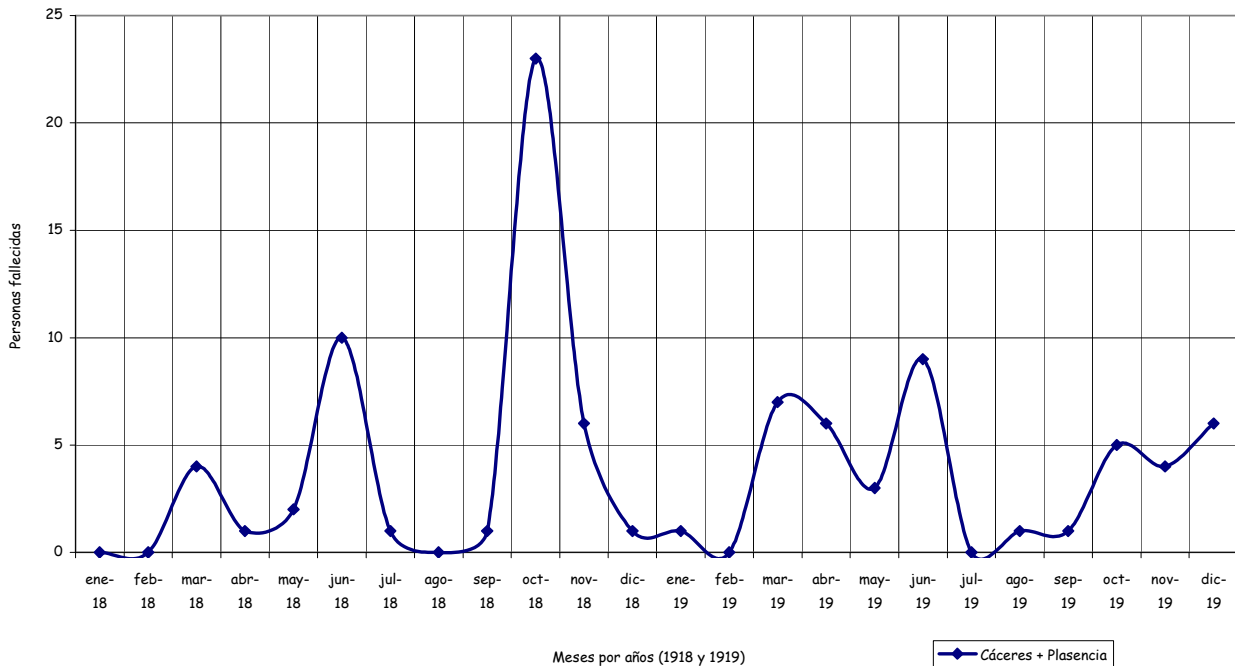
92

Los valores anteriores tomados de forma global en las dos localidades, divididos en los dos años (1918 y 1919), quedan reflejados en el siguiente gráfico...



El mes de junio de 1918 y 1919, es el que se ha cobrado más defunciones en los dos años de las dos localidades, consideradas como un núcleo indivisible a caballo entre las estaciones meteorológicas de primavera y verano; sin olvidar los meses de marzo y abril de 1919 en Cáceres. Pero lo que aparece en los datos y en la gráfica es el número elevado de fallecimientos en el mes de octubre de 1918 en la ciudad de Plasencia, donde la epidemia de gripe atacó y se cebó con su población; esto lo puedo explicar, posiblemente, porque la infección entró por los Pirineos fundamentalmente, y pasó a la meseta central y Extremadura y Andalucía, pudiendo ser una causa del aumento de la mortalidad en el otoño de 1918. Si considero como una sola las dos poblaciones en el transcurso de los veinticuatro meses, se observa la siguiente evolución de la mortalidad:

Defunciones en Cáceres y en Plasencia por GRIP(P)E (1918-1919)

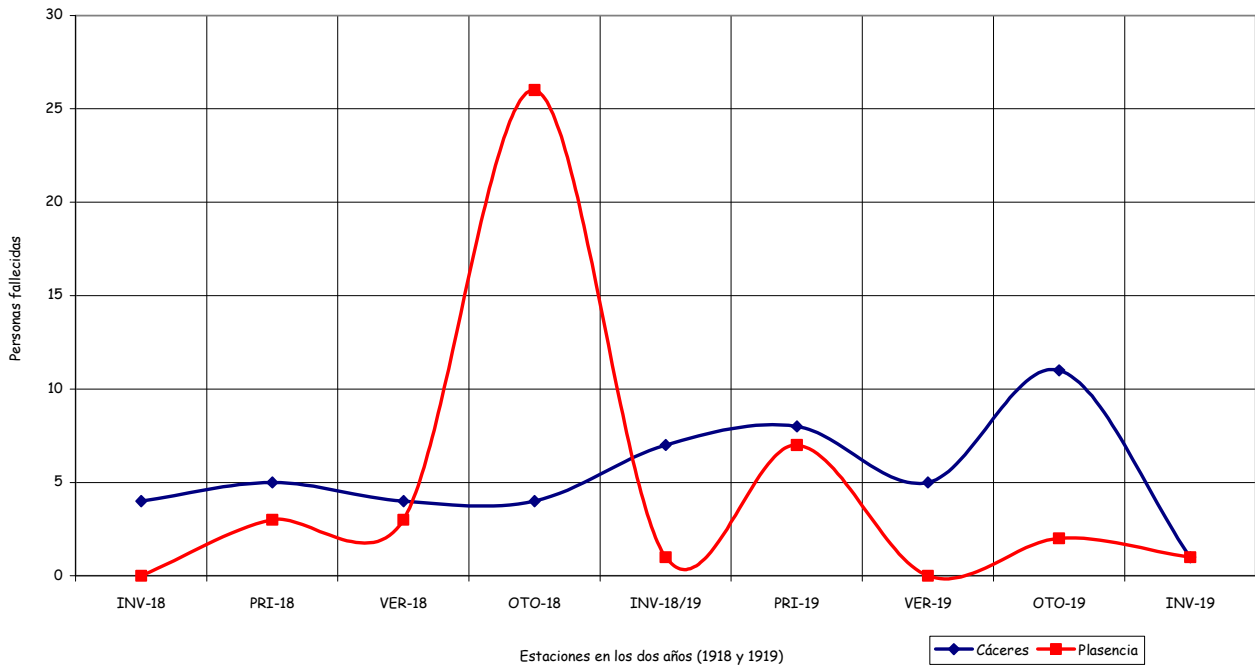


Los datos y los gráficos anteriores hacen referencia a los meses de los dos años de forma consecutiva, correspondiendo a los de junio de 1918 (primera oleada); octubre de 1918 (segunda oleada); marzo de 1919 y junio de 1919 (tercera oleada) cuando más incidencia tuvo la epidemia de gripe en la población de las dos localidades. ¿Qué sucede con las estaciones meteorológicas de esos dos períodos de tiempo? Para un estudio más operativo y detallado, las he dividido de la siguiente manera: Invierno-1918; Primavera-1918; Verano-1918; Otoño-1918; Invierno-1918/1919; Primavera-1919; Verano-1919; Otoño-1919 e Invierno-1919:

Estaciones	Cáceres	Plasencia	Total
Invierno-1918	4	0	4
Primavera-1918	5	3	8
Verano-1918	4	3	7
Otoño-1918	4	26	30
Invierno-1918/1919	7	1	8
Primavera-1919	8	7	15
Verano-1919	5	0	5
Otoño-1919	11	2	13
Invierno-1919	1	1	2
Total de fallecidos	49	43	92

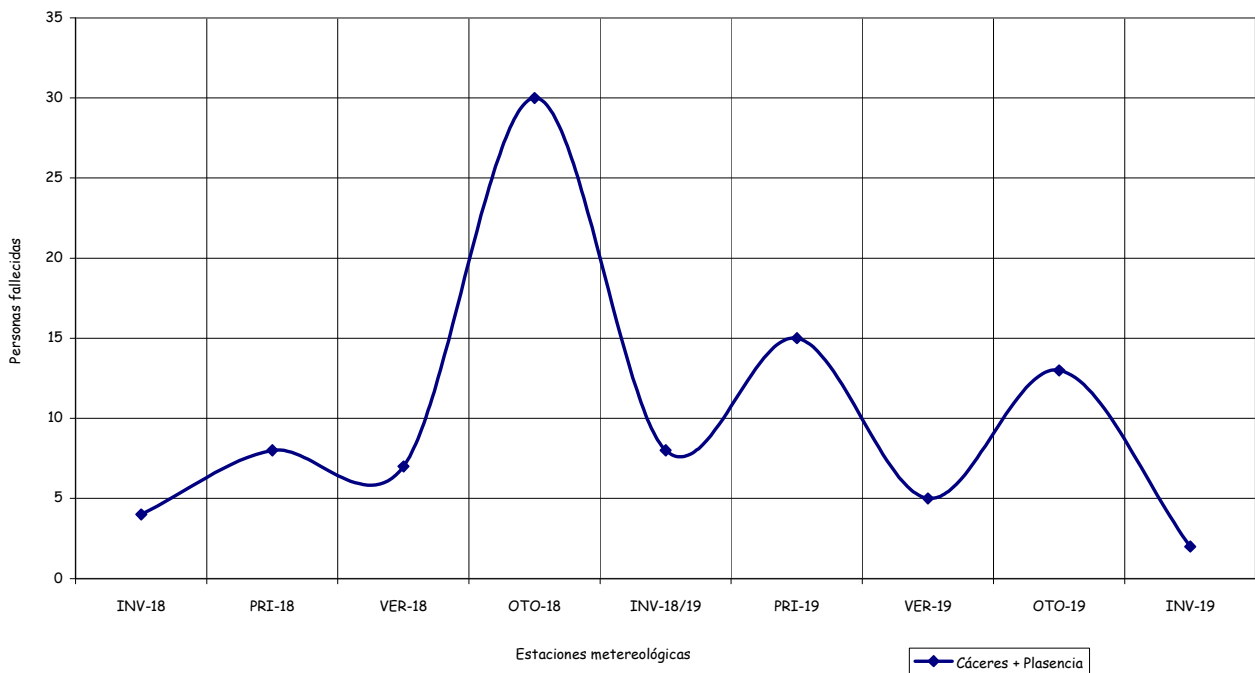
Los datos cuantitativos anteriores se reflejan en el gráfico que figura a continuación:

Estaciones Meteorológicas. Fallecimientos por Gripe (Cáceres y Plasencia)



Para extraer conclusiones, ¿cómo se visualizan los datos anteriores de Cáceres y de Plasencia de forma conjunta, teniendo presente que son dos poblaciones que están separadas por 66,27 km en línea recta y por 79 km por carretera en la actualidad teniendo presente, además, que Cáceres es tierra de secano sin río caudaloso en sus inmediaciones y que Plasencia es cruzada por el río Jerte?

Cáceres + Plasencia. Fallecimientos por "Gripe"



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

Así, 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 pero, en muchas ocasiones, los motivos del fallecimiento son expresados a los encargados de la cumplimentación y de la custodia de las actas, por personas allegadas a los fallecidos con escasa o nula formación en el mundo de la medicina y con un conocimiento derivado de la experiencia vivencial o de las modas diagnósticas imperantes en la zona o en el tiempo, lo que lleva consigo un problema añadido de cara a una correcta y precisa interpretación de los datos diagnósticos. En el cuadro que a continuación muestro aparecen reflejadas las causas directas relacionadas con el término "grip(p)e" y sus diversas acepciones¹⁶: (P)Neumonía gripal; Bronco(p)neumonía gripal; Bronquitis gripal; Fiebre gripal; Grip(p)e; Grip(p)e cardiaca; Grip(p)e de forma nerviosa; Grip(p)e abdominal; Infección gripal; Meningitis gripal; Pleuresía gripal; Pulmonía gripal y Septicemia gripal. Aguirre Leizeaga (2002, 207) expresa que *"el síndrome [de la gripe] se distinguía por una aparición súbita: fiebre alta, dolor de cabeza, dolor de los miembros, signos hemorrágicos, trastornos nerviosos, sensación de frío, tos y, rasgo rotundamente definitorio, la neumopatía infecciosa aguda: mortal -caso de que se diera tal desenlace- en 48 ó 72 horas. Un edema pulmonar, incontrolable en ocasiones, provocaba el ahogo de los contagiados en sus propios líquidos. La bronquitis y la bronconeumonía se incorporaban como la complicaciones de mayor incidencia"*.

En las tablas aparecen reflejados los datos cuantitativos de las personas que han fallecido de causas relacionadas directamente con la gripe y que como tal se hacía constar expresamente en los apartados de "causas" (con la terminología expresada como tal) de 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 distintas acepciones.

Causas de la gripe	Cáceres			Plasencia		
	1918	1919	Total	1918	1919	Total

(P)Neumonía gripal	2	4	6	9	2	11
Bronco(p)neumonía gripal	6	10	16	4	5	9
Bronquitis gripal	-----	-----	-----	0	1	1
Fiebre gripal	3	0	3	-----	-----	-----
Grip(p)e	1	4	5	14	2	16
Grip(p)e cardiaca	0	1	1	-----	-----	-----

¹⁶ Hay que especificar que, aunque la terminología expuesta es la que se recoge en las actas de defunción de los correspondientes libros de registro, la «neumonía» y la «bronconeumonía» son el mismo proceso y varía, exclusivamente, en el concepto; lo mismo podemos decir de la «pulmonía gripal» y la «pleuresía gripal». Todas son lo mismo: complicaciones infecciosas broncopulmonares. La «septicemia gripal» es un fallo multiorgánico que suele ir acompañado de manifestaciones hemorrágicas tan típicas en estos pacientes. La «gripe cardiaca» (fallo multiorgánico), la «gripe abdominal» y la «meningitis gripal» son complicaciones localizadas de la infección gripal sistemática.

Grip(p)e de forma nerviosa	1	0	1	-----	-----	-----
Grip(p)e abdominal	-----	-----	-----	1	0	1
Infección gripal	3	11	14	3	0	3
Meningitis gripal	0	1	1	-----	-----	-----
Pleuresía gripal	1	0	1	0	1	1
Pulmonía gripal	-----	-----	-----	1	0	1
Septicemia gripal	0	1	1	-----	-----	-----

Total parcial:	17	32		32	11	
Total general:			49			43
Total de personas fallecidas a causa de la gripe:				92		

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, siendo las siguientes: Bronco(p)neumonía; Broncopulmonía; Bronquitis (aguda) (capilar) (crónica) (catarral); (P)neumonía; Pulmonía y Pleuro(p)neumonía, tal y como a continuación se relaciona:

Variaciones de la gripe	Cáceres			Plasencia		
	1918	1919	Total	1918	1919	Total

Bronco(p)neumonía	19	18	37	14	11	25
Broncopulmonía	0	0	0	0	3	3
Bronquitis (aguda) (capilar) (crónica) (catarral)	25	40	65	21	23	44
(P)neumonía	13	7	20	7	8	15
Pulmonía	2	0	2	5	6	11
Pleuro(p)neumonía	6	0	6	0	0	0

Total parcial:	65	65	130	47	51	98
Total general:	130 + 98 = 228					

Si unimos las causas y las variaciones de la gripe en los fallecidos de las dos poblaciones por número de incidencia en las personas, separados ambos grupos para una mejor diferenciación, aparecerá el número de casos (muertes) de forma conjunta:

Causas y variaciones de la gripe	Casos
Bronco(p)neumonía gripal	25
Grip(p)e	21
(P)Neumonía gripal	17
Infección gripal	17
Fiebre gripal	3

Pleuresía gripal	2
Bronquitis gripal	1
Grip(p)e cardiaca	1
Grip(p)e de forma nerviosa	1
Grip(p)e abdominal	1
Meningitis gripal	1
Pulmonía gripal	1
Septicemia gripal	1

Bronquitis (aguda) (capilar) (crónica) (catarral)	109
Bronco(p)neumonía	62
(P)neumonía	35
Pulmonía	13
Pleuro(p)neumonía	6
Broncopulmonía	3

Total:

92 + 228
320

Hay 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 enmascarse 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, una confusión a la hora de una clasificación más o menos estándar (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002). A lo largo del periodo de tiempo estudiado cualitativamente, y como consecuencia de los avances médicos, las enfermedades han sido mejor y más concretamente diagnosticadas. La agrupación de las diversas causas de muertes citadas en las actas de defunción en estos años se resuelve por la Clasificación de Causas de Muerte propuesta por Jacques Bertillon¹⁷ y modificada, entre otros, por Thomas McKeown¹⁸. He tomado como referencia para una clasificación lo más acertada posible y ajustada a la realidad sanitaria española la CIE-9-MC, aunque para este documento y buscando siempre la forma más clara posible, amena y pedagógica de presentar los datos cualitativos, he optado por una clasificación no científica pero que se adapta a la forma y al contenido de los XLIII Coloquios Históricos de Extremadura.

¿Y las edades de las personas fallecidas directamente relacionadas con la gripe como causa y con sus variaciones derivadas? Pues a continuación se muestra dividida la edad cronológica en once tramos de edad: menor de 1 año; 1-9; 10-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79 80-89 y mayor o igual a 90 años.

¹⁷ Jacques Bertillon (11 noviembre 1851 hasta 7 julio 1922) fue un francés estadístico y demógrafo. Nacido en París, Bertillon era el hijo de estadística Louis Bertillon. Fue educado como médico, pero volvió para el análisis estadístico. En 1880 escribió *La Statistique humaine en France*. En 1891-93 presidió un comité que presentó la Clasificación Bertillon de Causas de Muerte, adoptado por varios países; fue el precursor de la actual Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE).

¹⁸ Thomas McKeown (1912-1988) fue un médico británico e historiador médico. McKeown argumentó de 1955 que el crecimiento poblacional del Reino Unido post-1700 era debido a las condiciones económicas más una medicina mejorada y la salud pública. Esto se conoce como la "tesis de McKeown".

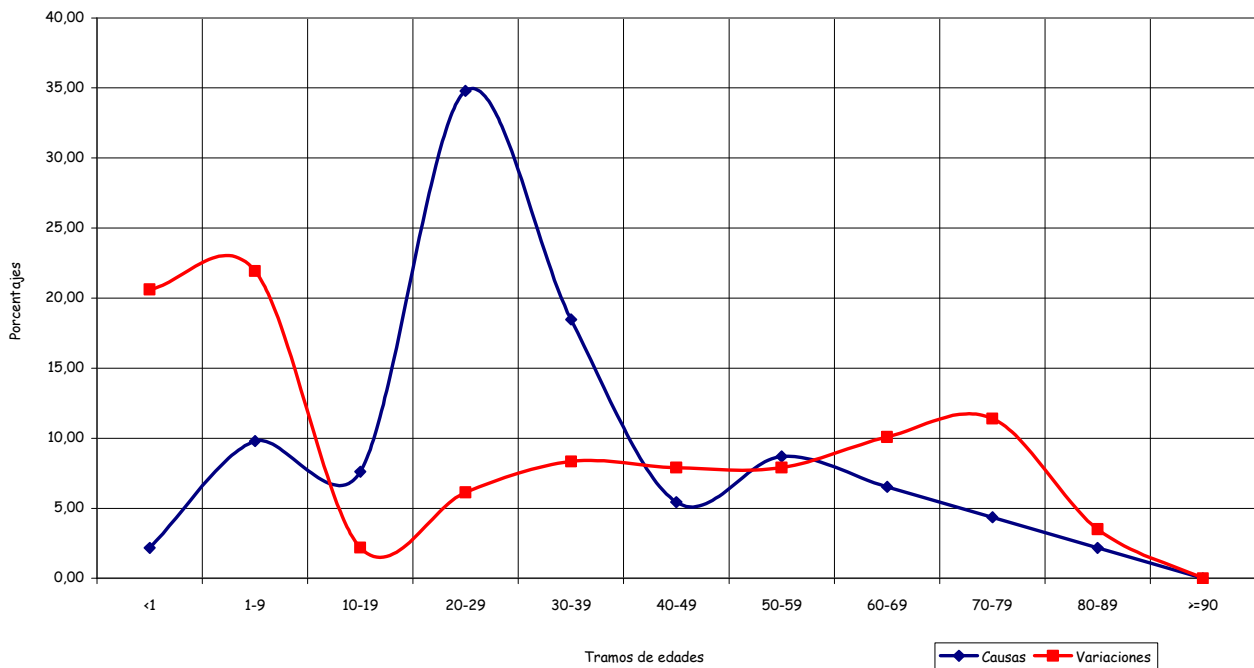
Tramos de edades	Cáceres	Plasencia	Total
	(Causas + Variaciones)	(Causas + Variaciones)	(Causas + Variaciones)

<1	2 + 21	0 + 26	2 + 47
1-9	4 + 28	5 + 22	9 + 50
10-19	1 + 4	6 + 1	7 + 5
20-29	16 + 9	16 + 5	32 + 14
30-39	9 + 8	8 + 11	17 + 19
40-49	2 + 8	3 + 10	5 + 18
50-59	5 + 13	3 + 5	8 + 18
60-69	5 + 17	1 + 6	6 + 23
70-79	3 + 18	1 + 8	4 + 26
80-89	2 + 4	0 + 4	2 + 8
>=90	0 + 0	0 + 0	0 + 0

Total:	49 + 130	43 + 98	92 + 228
	179	141	320

En el gráfico de este apartado se visualiza los porcentajes de los fallecimientos que se produjeron en los tramos de edad de referencia pero con los dos filtros establecidos: directa (causas) e indirectamente (variaciones) relacionados con la gripe.

Porcentajes de Causas y de Variaciones en las personas fallecidas por gripe



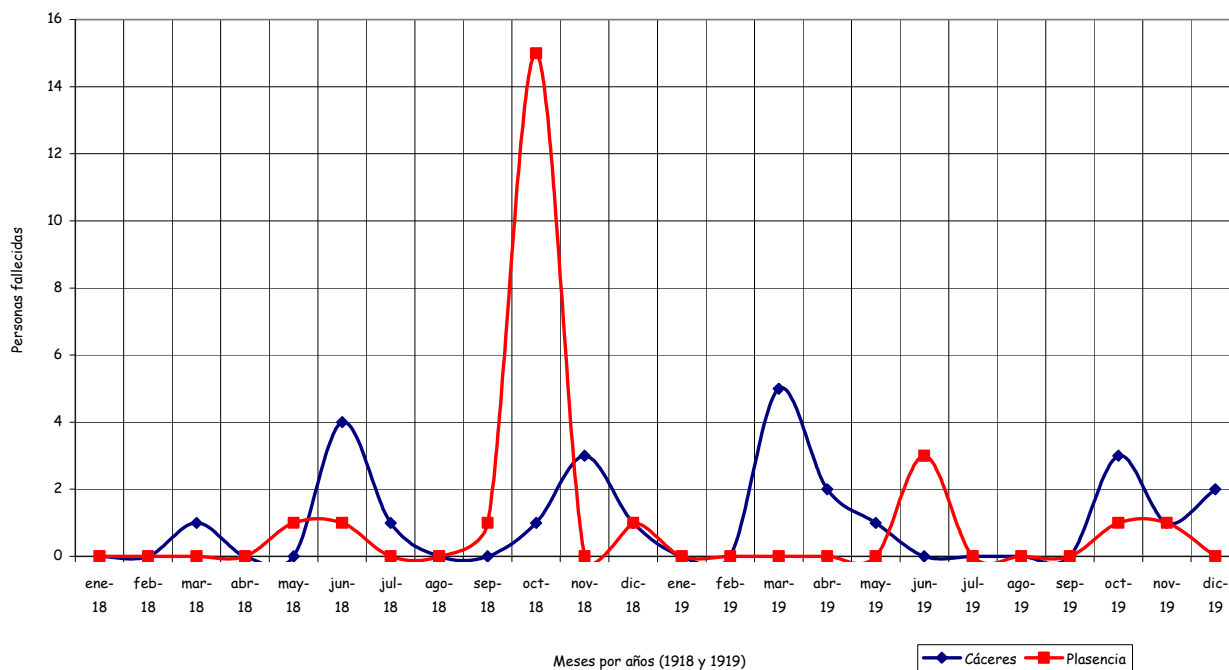
Hay un gran número de niños/as fallecidos menores de nueve años en lo que eran las "variaciones" o diagnósticos paralelos o complementarios de la gripe, lo que supone un porcentaje muy elevado con respecto al número total de defunciones en los dos años y en todos los tramos de edades.

Personas fallecidas entre los 20 y los 39 años de edad. Causas.

Otro apartado importante a tener en cuenta son las causas de los fallecimientos en hombres y en mujeres entre los 20 y los 39 años de edad, que es el tramo en el que se aprecia un máximo en la curva de sexos por razón de edad y prevalencia. Los datos de este grupo de personas afectadas de forma principal por la gripe española son los siguientes referidos a la localidad de *Cáceres*: fallecieron 25 personas de alguna variante de la gripe entre los 20 y los 39 años de edad, distribuidos en 11 (44%) en 1918 y 14 (56%) en 1919. De éstas, 16 (64%) eran hombres y 9 (36%) eran mujeres. Es conveniente conocer cuáles eran los estados civiles de esas defunciones para saber cómo estaba estructurada administrativamente la población en el tramo doble de edad (20-29 y 30-39): 16 (64%) eran solteros; 8 (32%) estaban casados y 1 (4%) era viudo, lo que antropológica y sociológicamente se traduce en una estructura normalizada de la vida social en un tramo en concreto de la cronología vivencial de estas dos localidades. En la población de *Plasencia*, fueron 24 las personas que, según las actas procedentes de los libros de defunciones del registro civil, fallecieron de alguna variante de la gripe en la horquilla de edad que va desde los 20 hasta los 39 años de edad, correspondiendo un 79,16% (19) al año 1918 y un 20,83% (5) al año 1919. Estas personas se repartieron al 50% entre hombres y mujeres. Por último, y en lo que hace referencia a la distribución en cuanto a las situaciones administrativas, los seres humanos quedaron repartidos en solteros (11; 45,83%); casados (13; 54,16%) y viudos (0; 0,00%).

¿Cuándo fallecían estas personas entre los 20 y los 39 años a lo largo de los meses? Los datos son contundentes: en el mes de octubre de 1918 (segunda oleada) en Plasencia con cierto repunte en junio del año siguiente y Cáceres, de forma intermitente, en los meses de junio y de noviembre de 1918 y de junio y octubre de 1919.

Defunciones por gripe en Cáceres y en Plasencia entre los 20 y los 39 años (1918-1919)



Según los datos que obran en el gráfico anterior, las causas de los fallecimientos que aparecen relacionadas como causadas por la gripe entre los 20 y los 39 años de edad, representa un porcentaje muy significativo.

Lugares de defunción.

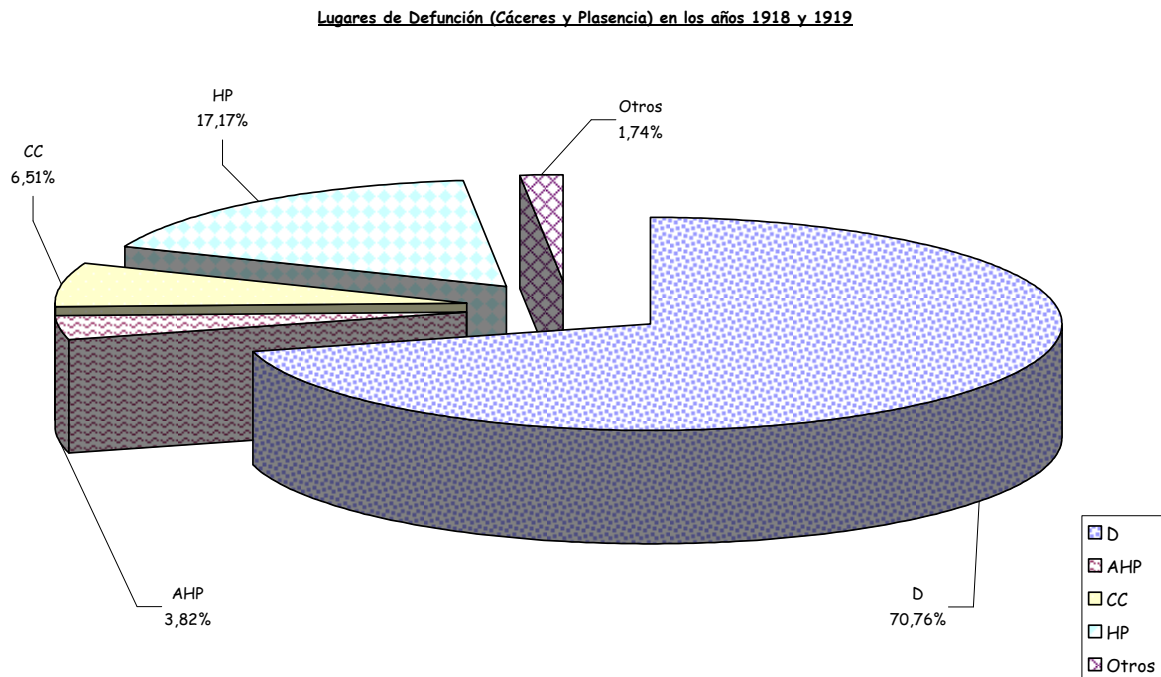
El lugar de defunción de las personas fallecidas en los dos años en Cáceres y Plasencia es otro factor importante para conocer cuáles fueron las tradiciones funerarias imperantes en la época en función de la mentalidad de cada persona y de cada familia a la espera de la llegada de la muerte, de la gravedad de la causa fundamental del futuro óbito y de las posibilidades económicas del entorno parental. De los datos obtenidos se observa que el 70,64% (setenta de cada cien) de las personas registradas, fallecían en sus respectivos domicilios en los entornos vivenciales próximos, seguidos de los hospitales ubicados en cada una de las dos localidades (17,14%: diecisiete de cada cien). Lo que se ignora es el número de hombres y de mujeres que, procedentes de estos centros sanitarios, regresan a sus respectivos domicilios ya desahuciados de la medicina a uso, muy limitada en cuanto a conocimientos y remedios más o menos eficaces.

Lugares de fallecimiento	Localidad		Total
	Cáceres	Plasencia	
Domicilio (D)	791 (73,58%)	470 (66,19%)	1261 (70,64%)
Asilo Hermanitas de los Pobres (AHP)	50 (4,65%)	18 (2,53%)	68 (3,80%)
Casa Cuna (CC)	76 (7,06%)	40 (5,63%)	116 (6,49%)
Hospital Provincial (HP)	133 (12,37%)	173 (24,36%)	306 (17,14%)
Otros	22 (2,04%)	9 (1,26%)	31 (1,73%)
NS/NC/SI	3 (0,27%)	0 (0,00%)	3 (0,16%)

Total

1075	710	1785
------	-----	------

Es lógico suponer que casi todas las personas fallecían en sus domicilios (70,64%) rodeadas de sus familiares y en un ambiente de espera de la muerte sin poder hacer nada 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.



Después de las personas que fallecían en sus respectivos domicilios, les sigue las personas que fallecieron en un establecimiento sanitario (17,14%: diecisiete de cada cien) al concluir el tratamiento acorde con su tiempo y su enfermedad. Los niños depositados en la Casa Cuna y en el Hospicio local también sufrían muchas pérdidas (6,49%: seis de cada cien) ocasionadas por un ambiente hostil, una alimentación deficiente y un calor afectivo limitado a personas o matronas contratadas por las instituciones públicas asistenciales de la época. Si esto sucedía en los primeros meses y años de vida, en la última etapa del periodo cronológico vivencial, las personas fallecían en el Asilo de las Hermanitas de los Pobres (3,80%: tres de cada cien), desahuciados de la vida social, afectiva y sanitaria.

Procedencia de nacimiento de las personas fallecidas en los dos años.

Una vez que se han determinado los fallecimientos en las dos localidades en los dos años, es conveniente saber la procedencia de esas personas, conocer dónde nacieron y poder comprobar cómo estaba formada la estructura poblacional de esos núcleos de población y cuáles eran los que, en su momento temporal, contribuyeron a que Cáceres y Plasencia fueran –y sean- los núcleos cuantitativamente más importantes en la provincia de Cáceres. Así, los espacios geográficos de procedencia de las personas fallecidas en *Cáceres* capital, fueron los siguientes distribuidos en cinco grandes grupos:

Espacios geográficos de procedencia de las personas fallecidas en
Cáceres (1918 y 1919)

	1918	1919	Total
Cáceres	286	307	593 (55,16%)
Provincia de Cáceres (excepto Cáceres)	186	172	358 (33,30%)
Provincia de Badajoz	19	13	31 (2,88%)
España	43	40	83 (7,72%)
Extranjero	3	3	6 (0,56%)
NS/NC/SI	1	3	4 (0,37%)

538	537	1075
-----	-----	------

Se comprueba que en esos dos años, la mitad de la población (55,16%) había nacido en la comunidad cacereña y un 33,30% habían nacido en pueblos de la provincia de Cáceres distintos a la localidad de referencia. Le sigue los valores que hacen referencia a los lugares de nacimiento del resto de España (7,72%) y pueblos de la provincia de Badajoz (2,88%). A continuación se reflejan las localidades de la provincia de Cáceres (excepto Cáceres) donde han nacido en mayor proporción cuantitativa las personas fallecidas en la localidad cacereña en los años 1918 y 1919.

Localidades de procedencia de la provincia de Cáceres de las
personas fallecidas en Cáceres (1918 y 1919)

	1918	1919	Total
Brozas	10	17	27
Casar de Cáceres	18	7	25
Trujillo	17	8	25
Valencia de Alcántara	7	13	20
Malpartida de Cáceres	10	6	16
Navas del Madroño	7	9	16
Arroyo del Puerco	3	8	11

Brozas era la localidad que más efectivos aportó a la población de Cáceres en general (27 personas), seguidas por Casar de Cáceres (25 personas) y de Trujillo (25 personas), núcleos de población de los que emigraron hombres y mujeres en busca de unas condiciones de vida más favorables. Un dato curioso es que Plasencia no aporta casi ninguna persona al censo poblacional de la capital de la provincia.

En cuanto a *Plasencia*, el fin -al igual que en Cáceres-, es conocer la procedencia de los habitantes de la localidad, en pleno proceso emigratorio del campo a la localidad, aunque también es verdad que se puede objetar que tales personas eligieron la concentración humana para fallecer, trasladándose desde su lugar de nacimiento a Plasencia. Este dato no se podrá comprobar pero, salvo excepciones muy reducidas, creo que fallecieron en la localidad placentina porque habitaban allí aunque no nacieron en ella. Los datos que se reflejan a continuación muestran la procedencia o el lugar de nacimiento de las personas que fallecieron en Plasencia en los dos años. Hay que señalar

que los hombres y las mujeres nacidos en ella eran menos de la mitad de su hipotético censo configurado a través de las actas de defunción (48,45%).

Espacios geográficos de procedencia de las personas fallecidas en Plasencia (1918 y 1919)

	<i>1918</i>	<i>1919</i>	<i>Total</i>
Plasencia	174	170	344 (48,45%)
Provincia de Cáceres (excepto Plasencia)	133	124	257 (36,19%)
Provincia de Badajoz	4	2	6 (0,85%)
España	49	33	82 (11,55%)
Extranjero	0	1	1 (0,14%)
NS/NC/SI	2	18	20 (2,82%)

362	348	710
-----	-----	-----

Un 36,19% de las personas procedían de otros lugares de la provincia cacereña, excepto el propio pueblo de referencia (36,19%). Un 11,55% eran naturales de comunidades autónomas actuales distintas de la extremeña y un 0,85% tenían su origen en la provincia de Badajoz.

A continuación se reflejan las localidades de la provincia de Cáceres (excepto la población placentina) donde han nacido en mayor proporción cuantitativa las personas fallecidas en Plasencia en los años 1918 y 1919.

Localidades de procedencia de la provincia de Cáceres de las personas fallecidas en Plasencia (1918 y 1919)

	<i>1918</i>	<i>1919</i>	<i>Total</i>
El Torno	9	2	11
Cáceres	6	4	10
Navaconejo	4	5	9
Cabezuela del Valle	3	5	8
Hervás	3	5	8
Casas de Millán	5	2	7
Montehermoso	4	3	7
Casas del Castañar	4	2	6
Garganta la Olla	4	2	6

Al igual que sucedía en las localidades de la provincia con Cáceres, El Torno es la población de la que inmigraron más personas a Plasencia de las que fallecieron en los dos años: 11 personas. A ella le sigue Cáceres (10 personas) –como capital de la provincia- y las localidades del valle del Jerte.

Conclusiones.

De un análisis pormenorizado de las variables cuantitativas y cualitativas se extraen las siguientes conclusiones:

1918.....	900 personas fallecidas en total
1918.....	49 personas fallecidas a causa de la gripe
1919.....	885 personas fallecidas en total
1919.....	43 personas fallecidas a causa de la gripe
1918 y 1919 (dos localidades)	92 personas fallecidas por gripe
Cáceres	1075 personas fallecidas en total
Plasencia.....	710 personas fallecidas en total
Hombres (dos localidades).....	934 fallecidos en total
Mujeres (dos localidades)	885 fallecidas en total
1918 y 1919 (dos localidades) solteros/as.....	52,61% fallecidos del total
1918 y 1919 (dos localidades) casados/as.....	24,83% fallecidos del total
1918 y 1919 (dos localidades) viudos/as	21,68% fallecidos del total

- ◆ 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 aproximarnos 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 ha tratado de cubrir el vacío existente en el entorno geográfico cacereño (Cáceres y Plasencia) existente sobre el tema, 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 provocó una nupcialidad muy reducida y, en muchos casos, con muchos problemas genéticos y vulnerables a cualquier enfermedad vírica y estacional.
- ◆ En los casos de Cáceres y de Plasencia, fueron múltiples los factores que agravaron, atenuaron o disminuyeron el impacto de la epidemia; unos, como la concentración o densidad de la población en los dos ejemplos de esta investigación separados por apenas cien kilómetros de distancia, la cultura sanitaria existente en Extremadura y las defensas inmunológicas que se tenían contra la enfermedad, incidieron sobre la extensión del contagio; otros determinaron las probabilidades de muerte del individuo enfermo y, en una gran mayoría de las ocasiones, de la muerte de familias enteras. Entre estos últimos se encontraron el estado de salud, el grupo de edad y el nivel socioeconómico de los hombres y de las mujeres afectadas.
- ◆ La epidemia asoló la ciudad de Plasencia en el mes de octubre de 1918 de una manera muy severa, produciéndose un número muy elevado de fallecimientos comparados con otros meses de los dos años en ambas localidades investigadas.

- ◆ 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 y placentinos -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. Con estas acciones, fueron a grandes rasgos tres los motivos de contagio -si no prohibidos- sí recomendados su reducción o disminución por el peligro que conllevaban: la costumbre humanitaria de visitar a los enfermos en sus domicilios; la acumulación de personas en las iglesias, bien en los rituales litúrgicos diarios o en los extraordinarios (rogativas) que se hicieron para tratar de manera divina de parar la epidemia y, por último, la celebración de fiestas tradicionales, bien fueran de barrios o locales para que, dentro de la campaña sanitaria, evitar la propagación de la gripe y el contagio a otras personas. Muchas de ellas llevaron consigo una respuesta social no comprendida ni comprometida con el tipo de profilaxis a utilizar, en forma de protestas y disturbios más que nada cuando había que prohibir o reducir el programa en la celebración de actividades lúdico-festivas.
- ◆ La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad registrada por la pandemia de gripe y el crecimiento vegetativo¹⁹ fue negativo en las dos ciudades objeto de la investigación durante los años de la pandemia. A esto hay que unir la constante inmigración que se estaba produciendo del campo a la ciudad y la continua emigración a otras provincias españolas con un futuro vivencial y laboral más esperanzador.

Para concluir, voy a transcribir un párrafo escrito por Echevarri Dávila (1993, 138): "*La historia de una catástrofe epidemiológica, como fue la pandemia de gripe de 1918, no debe ceñirse únicamente a una serie de fríos datos mesurables a través de los cuales es difíciles aprehender la dimensión total de la tragedia. No hay que olvidar que sus protagonistas tuvieron rostros y nombre, que sintieron miedo e impotencia ante la marcha arrolladora de la enfermedad, que lloraron a sus muertos y que al final encontraron consuelo en el solo hecho de haber sobrevivido. Por ello, también debe ser parte de esta crónica la reacción de toda la sociedad frente a la amenaza de la epidemia. El relato de los esfuerzos de sus instituciones sanitarias para combatirla, de la respuesta solidaria de los médicos y hasta de las oraciones que elevó la Iglesia nos permiten reconstruir de una forma más completa este trozo de la historia social del país*".

Bibliografía.

AGIRRE LEIZEAGA, I. (2002): "Otoño de 1918: Diario histórico-demográfico de la pandemia de gripe en Andoain", en *LEYÇAUR (Andoaingo Udala)*. Número 7. Páginas: 205 - 254. Revista de Estudios Históricos de Andoain. Archivo Municipal. Excmo. Ayuntamiento. Andoain (Gipuzkoa).

¹⁹ El crecimiento natural o vegetativo de una población es la diferencia entre el número de nacimientos y el número de defunciones de una población. Si el número de nacimientos en un año es superior al número de defunciones en ese mismo año se dice que la tasa de natalidad es mayor a la de mortalidad, es decir, la población aumenta. La tasa de crecimiento natural se calcula restándole a la tasa de natalidad la tasa de mortalidad de un país o un lugar determinado. La tasa de crecimiento vegetativo se considera alta si supera el 4%, moderada si se encuentra entre el 1% y el 2%, y baja si es inferior al 1%, aunque esta escala no debe tomarse en sentido estricto. Para determinar la tasa de crecimiento de la población, los demógrafos y otros especialistas han utilizado las tasas de mortalidad y de natalidad, es decir, el número de nacimientos y de defunciones por cada mil habitantes durante un año. La diferencia entre ambos indicadores constituye lo que se conoce como crecimiento natural y puede ser positiva, cuando los nacimientos superan a las defunciones, y negativa en caso contrario.

- ÁLVAREZ PARDO, E.** y otros (2008): "Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918", en *Magister. Revista Miscelánea de Investigación*. Número 22. Páginas: 93 - 106. Universidad de Oviedo.
- AYORA-TALAVERA, G.** (1999): "Influenza: Historia de una enfermedad", en *Rev Biomed 1999*. Vol. 10. Número 1. Páginas: 57 - 61. «Historia de la Medicina». Medigraphic Artemisa en línea. México.
- BARREDA MARCOS, P. M.** (2009): "Palencia cuando la gripe de 1918", en *ITTM (Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses)*. Número 80 (2009). Páginas: 309 - 339. Palencia.
- 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", en *Revista de Demografía Histórica*. Vol. XXI, I. Páginas 167 - 193. ADEH (Asociación de Demografía Histórica). CSIC (Centro de Ciencias Humanas y Sociales). Madrid.
- CARBONETTI, A.** (2010): "Historia de una epidemia olvidada", en *Desacatos*. Número 32. Páginas: 159 - 174. Enero-Abril, 2010. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- CATANZARO, M.** (2014): "¿Fiebre de guerra? ¿Fue la gripe de 1918 un producto de la Gran Guerra, o la coincidencia de ambos eventos fue puramente casual? Las opiniones están divididas", en *Historia y Vida*. Vol. 4/2014. Número 553. Año XLVI. Páginas: 54 - 61. Prisma Publicaciones 2002, s. l. Barcelona.
- ECHEVERRI DÁVILA, B.** (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*. Colección «Monografías» nº 132. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) & Siglo XXI de España Editores, s. a. Madrid.
- ELEXPURU CAMIRUAGA, L.** (1987): "Consecuencias demográficas de la epidemia gripal de 1918 en la villa de Bilbao", en *ZAINAK. Cuadernos de Antropología - Etnografía*. Páginas: 267 - 277. Donostia-San Sebastián. Eusko-Ikaskuntza. Bilbao.
- 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. Facultad de Medicina (UPV/EHU). Leioa (Bizkaia).
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, C. M. y VEIGA FERREIRA, X. M.** (1995): "La "gripe" de 1918-19 en Batanzos", en *Anuario Brigantino*. Número 18 (2013). Páginas: 143 - 158. Concello de Betanzos. A Coruña.
- GARCÍA-CONSUEGRA, J.** (2013): "Una tragedia olvidada: la pandemia de gripe de 1918 en Daimiel", en *Vínculos de Historia*. Número 2 (2013). Páginas: 331 - 350. Revista del Departamento de Historia de la Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real.
- GARCÍA SÁNCHEZ, J. E. y GARCÍA SÁNCHEZ, E.** (2006): "La gripe en el cine. De la enfermedad aparentemente banal a la epidemia apocalíptica", en *RCM (Revista de Medicina y de Cine)*. Volumen 2. Nº 1; enero, 2006. Páginas 1 y 2. Ediciones Universidad. Salamanca.
- GÓMEZ REDONDO, R.** (1985): "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970", en *REIS (Revista Española de Investigaciones Sociológicas)*. Vol. 32/85. Páginas 101 - 139. CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). Madrid.
- GONDRA, J. y ERKOREKA, A.** (2010): "El cuerpo médico municipal (1897-1937) y la pandemia de gripe española en Bilbao", en *BIDEBARRIETA*. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales. Nº 21. Páginas: 139 - 152. Bilbao.
- GONZÁLEZ GARCÍA, A.** (2013): "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", en *Vínculos de Historia*. Número 2 (2013). Páginas: 309 - 330. Revista del Departamento de Historia de la Universidad de Castilla-La Mancha. Ciudad Real.
- HERRERA RODRÍGUEZ, F.** (2009): "Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918", en *Medicina Marítima*. Vol. 9. Nº 2. Diciembre, 2009. Páginas 1 - 5. Barcelona.
- (1996a): "Incidencia social de la gripe de 1918-1919 en la ciudad de Cádiz", en *Llull*. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas (SEHCYT). Volumen 19. Páginas: 455 - 470. Facultad de Ciencias (Matemáticas). Universidad de Zaragoza. Zaragoza.
- (1996b): "La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María", en *Revista de Historia de El Puerto*. Número 17. Aula de Historia "Menesteo" de El Puerto de Santa María (Cádiz).
- HERRERA RODRÍGUEZ y ALMENARA BARRIOS, J.** (1994): "La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz)", en *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*. XXX (1994), 1. Páginas: 131 - 187. Cádiz.
- IRUZUBIETA BARRAGÁN, F. J.** (2008): "La pandemia gripal de 1918 en la ciudad de Logroño", en *Berceo*. Número 154. Páginas: 345 - 363. Instituto de Estudios Riojanos. Logroño.

- 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", en *Desacatos*. Número 32. Páginas: 121 - 144. Enero-Abril, 2010. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- MONTES-SANTIAGO, J.** (2010): "El beso mortal de la "Dama Española". La gripe de 1918: un asesino de artistas geniales", en *Galicia Clínica*. Número 71 (1). Páginas: 37 - 39. Sociedade Galega de Medicina Interna. A Coruña.
- NEBEL, A.** (2006): *La gripe española. Su naturaleza, su tratamiento curativo y preventivo. Medidas profilácticas*. Editorial Mínima. Sevilla.
- PRADO MOURA, A. de** (1987): "La epidemia de gripe de 1918 en Palencia", en *ITTM (Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses)*. Número 56 (1987). Páginas: 159 - 215. Palencia.
- PORRAS GALLO, M. I.** (1996): "Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid", en *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. Año XIV, 1, 1996. Páginas 75-116.
- (1995): "La prensa madrileña de información general ante la epidemia de gripe de 1918-19", en *Medicina & Historia (Revista de Estudios Históricos de las Ciencias Médicas)*. Nº 57. 1995 (tercera época). Centro de Documentación de Historia de la Medicina de J. Uriach & Cía., s. a. Barcelona.
- (1994a): *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.
- (1994b): "La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19", en *DYNAMIS (Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam)*. Volumen 14. Páginas 159-183. Granada.
- RAMOS MARTÍNEZ, J.** (1992): "La pandemia de gripe de 1918 en Pamplona", en *II Congreso de Historia de Navarra en los siglos XVIII, XIX y XX*. Anejo 16. Año LIII. Páginas: 109 - 130. Ed. Príncipe de Viana y Gobierno de Pamplona. Pamplona.
- 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", en *Cuadernos de Historia Contemporánea*. Vol. 24. Páginas. 151 - 188. Universidad Complutense. Madrid.
- URKÍA ETXABE, J. M.** (1986): "La pandemia gripal de 1918 en Gipuzkoa", en *Cuadernos de historia de la medicina vasca*. Volumen 4. Páginas: 37 -86. Bilbao.
- VALDEZ AGUILAR, R.** (2002): "Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919", en *Elementos, Ciencia y cultura*. Número 47. Volumen 9 (Septiembre-Noviembre, 2002). Páginas: 37 - 43. Universidad Autónoma de Puebla (México).
- VÁZQUEZ ARIAS, J. C.** (2010): "A gripe de 1918 en Pontedeume", en *Cátedra. Revista Eumesa de Estudios*. Año 2010. Nº 17. Páginas 141-162. Concello de Pontedeume. A Coruña.

ⁱ La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, tiene por objeto "...garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Se entiende por datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables". La misma Ley en el título II, en el artículo 4.2 dice que "...los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos. No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos", por lo tanto esta etnohistoria y su posterior tratamiento de datos, se ajusta a la opción de considerar ésta como "...operaciones y procedimientos técnicos de carácter automatizado o no, que permitan la recogida, grabación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo y cancelación, así como las cesiones de datos que resulten de comunicaciones, consultas, interconexiones y transferencias".

ⁱ El lunes 20 de junio de 1870, apareció en la Gaceta de Madrid la "Ley Provisional de Registro Civil", firmada por el entonces Ministro de Gracia y Justicia Eugenio Montero Ríos (1832-1914). Espín Cánovas (1959) expresa que "la novedad que en su día supuso la ley de 17 de junio de 1870 del Registro civil, al regular por primera vez en España esta materia, anteriormente disciplinada por la Iglesia a través de sus Registros parroquiales, le dio un carácter de ensayo que no escapó a sus autores y hasta quedó plasmado en su propia denominación, calificándola de «Ley provisional». Pero esta provisionalidad que preveía una ley definitiva que recogiese ulteriores experiencias al implantar el Estado el Registro civil, se ha prolongado excesivamente al estar en vigor hasta el 1º de enero de 1959 en que una nueva ley, definitiva, viene a sustituir a aquélla". Por lo tanto esta ley que entró en vigor el día 1 de enero de 1871 y fue derogada el día 1 de enero de 1959, mantuvo su vigencia a través de dos Repúblicas (1873-1874 y 1931-1939), la Restauración Borbónica (1874-1931) y la dictadura del general Franco (1939-1945) en varias etapas sociales y políticas muy variopintas en cuanto a

ideas y en cuanto a la plasmación de las mismas en la sociedad. Esta «ley provisional» y su Reglamento de fecha 13 de diciembre de 1871 expresaba en su artículo 5º que “El Registro civil se dividirá en cuatro secciones denominadas: la primera de nacimientos, la segunda de matrimonios, la tercera de defunciones y la cuarta de ciudadanía; habiendo de llevarse cada una de ellas en libros distintos”. En los que hace referencia a las personas expósitas o depositadas, el artículo 47 dice que “Están obligados a hacer la presentación y declaraciones que se expresarán en los artículos sucesivos de esta ley las personas siguientes por el orden en que se mencionan: [...] 3º. El pariente más próximo, siendo de mayor de edad, de lo que se hubiesen hallado en el lugar del alumbramiento al tiempo de verificarse. [...]. 6º. Respecto a los recién nacidos abandonados, la persona que los haya recogido. 7º. Respecto a los expósitos, el cabeza de familia de la casa o el jefe del establecimiento dentro de cuyo recinto haya tenido lugar la exposición. [...]”. Y el artículo 49 expresa que “Respecto a los recién nacidos abandonados o expósitos, en vez de las circunstancias números 3º, 6º y 7º del artículo anterior [48] se expresarán: 1º. La hora, día, mes y año y lugar en que el niño hubiese sido hallado o expuesto. 2º. Su edad aparente. 3º. Las señas particulares y defectos de conformación que le distingan. 4º. Los documentos u objetos que sobre él o a su inmediación se hubiesen encontrado; y demás circunstancias cuya memoria sea útil conservar para la futura identificación de su persona”.

ⁱⁱ El lunes 20 de junio de 1870, apareció en la Gaceta de Madrid la “Ley Provisional de Registro Civil”, firmada por el entonces Ministro de Gracia y Justicia Eugenio Montero Ríos (1832-1914). Espín Cánovas (1959) expresa que “la novedad que en su día supuso la ley de 17 de junio de 1870 del Registro civil, al regular por primera vez en España esta materia, anteriormente disciplinada por la Iglesia a través de sus Registros parroquiales, le dio un carácter de ensayo que no escapó a sus autores y hasta quedó plasmado en su propia denominación, calificándola de «Ley provisional». Pero esta provisionalidad que preveía una ley definitiva que recogiese ulteriores experiencias al implantar el Estado el Registro civil, se ha prolongado excesivamente al estar en vigor hasta el 1º de enero de 1959 en que una nueva ley, definitiva, viene a sustituir a aquélla”. Por lo tanto esta ley que entró en vigor el día 1 de enero de 1871 y fue derogada el día 1 de enero de 1959, mantuvo su vigencia a través de dos Repúblicas (1873-1874 y 1931-1939), la Restauración Borbónica (1874-1931) y la dictadura del general Franco (1939-1945) en varias etapas sociales y políticas muy variopintas en cuanto a ideas y en cuanto a la plasmación de las mismas en la sociedad. Esta «ley provisional» y su Reglamento de fecha 13 de diciembre de 1871 expresaba en su artículo 5º que “El Registro civil se dividirá en cuatro secciones denominadas: la primera de nacimientos, la segunda de matrimonios, la tercera de defunciones y la cuarta de ciudadanía; habiendo de llevarse cada una de ellas en libros distintos”. En los que hace referencia a las personas expósitas o depositadas, el artículo 47 dice que “Están obligados a hacer la presentación y declaraciones que se expresarán en los artículos sucesivos de esta ley las personas siguientes por el orden en que se mencionan: [...] 3º. El pariente más próximo, siendo de mayor de edad, de lo que se hubiesen hallado en el lugar del alumbramiento al tiempo de verificarse. [...]. 6º. Respecto a los recién nacidos abandonados, la persona que los haya recogido. 7º. Respecto a los expósitos, el cabeza de familia de la casa o el jefe del establecimiento dentro de cuyo recinto haya tenido lugar la exposición. [...]”. Y el artículo 49 expresa que “Respecto a los recién nacidos abandonados o expósitos, en vez de las circunstancias números 3º, 6º y 7º del artículo anterior [48] se expresarán: 1º. La hora, día, mes y año y lugar en que el niño hubiese sido hallado o expuesto. 2º. Su edad aparente. 3º. Las señas particulares y defectos de conformación que le distingan. 4º. Los documentos u objetos que sobre él o a su inmediación se hubiesen encontrado; y demás circunstancias cuya memoria sea útil conservar para la futura identificación de su persona”.