

EL IMPACTO DE LA GRIPE DE 1918 EN EL CORREDOR DEL RÍO ARAVALLE (ÁVILA)

The impact of the 1918 flu on the Aravalle river corridor (Ávila)

HERNÁNDEZ SOUSA, José Miguel
Doctor en Historia

RESUMEN

La mal llamada gripe española de 1918 mató a más de cincuenta millones de personas en todo el mundo. Pese a haber transcurrido más de cien años de la pandemia todavía son muchos los interrogantes sin esclarecer. En las últimas décadas ha habido un enorme aumento de la investigación científica sobre este tema, estimulado por la eclosión de nuevos patógenos y la aparición recurrente de letales virus de gripe aviar. El objetivo de este artículo es emprender unas breves reflexiones en torno a esta pandemia, con la finalidad de que se constituyan en material de análisis y discusión¹. El caso del valle del Aravalle puede servirnos como una muestra sobre la que meditar acerca de la expansión de una pandemia en el mundo rural.

PALABRAS CLAVE

Gripe 1918, pandemia, Aravalle, gripe española.

¹ El interés surge no solo por razones estrictamente históricas, sino porque ha crecido el temor a que una pandemia de gripe de características parecidas pueda volver a aparecer, como desgraciadamente ha sucedido. Se estima que, a pesar de los adelantos médicos, una pandemia similar pueda causar un enorme número de muertos, sobre todo en los países más pobres, y desencadenar el caos, aún en sociedades evolucionadas, debido a la infección de millones de personas (Echeverri, 2018: 20).

ABSTRACT

The misnamed Spanish flu of 1918 killed more than 50 million people worldwide. Despite of the fact that more than a hundred years have passed since the pandemic, there are still many unsolved questions. In recent decades there has been a huge increase in scientific research on this topic, stimulated by the emergence of new pathogens and the recurrent appearance of lethal avian influenza viruses. The objective of this article is to undertake some brief reflections on this pandemic, in order to constitute material for analysis and discussion. The case of the Aravalle Valley can serve as an example on which to meditate on the expansion of a pandemic in the rural world.

KEYWORDS

Influenza 1918, pandemic, Aravalle, Spanish flu.

1. INTRODUCCIÓN

Hablar acerca de la gripe de 1918 continúa siendo un tema abierto, aún a día de hoy siguen apareciendo estudios que reinterpretan los análisis hechos con anterioridad. A pesar del importante número de estudios realizados, sigue habiendo cuestiones que suscitan interés, como lo son el comprender el modo de expansión del virus tanto en el espacio como en el tiempo, así como explicar el porqué del diferente impacto entre los diferentes grupos sociales a los que afectó la pandemia.

Debemos ser conscientes que los fenómenos epidémicos siempre han suscitado un destacado interés por la importante repercusión que tienen en la comunidad que lo padece, tanto a nivel social como económico.

La gripe es una enfermedad estacional² y de transmisión fundamentalmente aérea, con un corto periodo de incubación y conocidas características. El término *gripe* proviene del francés y significa «garra» o «gancho» por el significado de atrapamiento; mientras que *influenza* deriva del italiano

² Los virus de la influenza/gripe causan síntomas respiratorios y sistémicos que incluyen: fiebre, tos, dolor de garganta, dolores corporales, dolor de cabeza y escalofríos. Los brotes de gripe estacional ocurren cada año durante los meses de invierno, afectando a una parte importante de la población. La gravedad varía, pero anualmente son cientos de miles de hospitalizaciones y miles de muertes. Estos virus se transmiten a través de gotitas o al tocar manos contaminadas en la boca, nariz u ojos. Algunas de las complicaciones que pueden presentarse incluyen la neumonía viral o bacteriana, así como empeoramiento respiratorio y afecciones cardíacas. Los virus de la gripe mutan constantemente. La mayoría de los brotes están provocados por cepas adaptadas al ser humano, pero periódicamente surgen cepas de gripe aviar o porcina que afectan a los humanos, y pueden ser origen de una cepa pandémica.

porque históricamente se ha considerado influida por factores climáticos externos como el aire o la temperatura (Sánchez, González, Neri, y Hernández, 2019: 79).

Las primeras informaciones fehacientes sobre la gripe en Europa datan de 1170; a partir de este momento son numerosos los brotes documentados (Valdez, 2002: 37). Se cree que se convirtió en endémica en el continente asiático y que desde mediados del siglo XIX, debido a las grandes mejoras en los transportes de larga distancia, se dispersó por todo el mundo³.

La gripe no era una desconocida en nuestro país (Erkoreka, 2006). Conocemos, a lo largo de la historia, varios momentos en los que mostró su virulencia, como en 1580⁴ cuando hubo una gran epidemia que afectó a la población de grandes ciudades como Madrid o Barcelona, causando innumerables muertes, entre las que se encontraba Ana de Austria, la cuarta esposa de Felipe II (Pérez, 1980). Con posterioridad reaparecerá con cierta asiduidad a lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX dejando un importante rastro de muerte a su paso (Bertrán, 2006).

Pero, mientras que la gripe estacional muestra su afectación en los distintos países según las diferentes estaciones climáticas (Ånestad, Vainio, y Hungnes, 2015), mostrando su prevalencia durante los meses invernales, la pandemia de 1918 no se atuvo a estos principios.

Esta pandemia afectó tanto a las ciudades como al medio rural. A nivel europeo tuvo una afección centrada entre los años 1918 y 1920, a pesar de lo cual siguió habiendo rebrotes a nivel mundial hasta casi finales de la década de los 20 del siglo pasado. El desarrollo general de la misma fue en tres oleadas sucesivas: primavera y otoño de 1918 e invierno de 1919; sin embargo este desarrollo no fue universal, sino que en algunos lugares tuvieron una, dos o las tres olas (Johnson y Mueller, 2002: 107); lo mismo sucede con su intensidad, muy dispar en cada uno de los lugares a los que afectó.

Estudios recientes parecen demostrar que en 1907 un virus humano del tipo H1 interaccionó con otro aviar N1 dando lugar al virus pandémico de 1918⁵; este permaneció activo hasta 1957 y emergió de nuevo en China y en Rusia en 1977 (Tumpey *et alii*, 2005).

³ Entre 1700 y 1800 hubo dos pandemias de gripe. En el siglo XIX se produjeron dos pandemias, una en 1830 y otra en 1889.

⁴ Se cree que la primera pandemia de gripe que afectó a varios países o continentes empezó en Asia en 1580 y se propagó por África, Europa y posiblemente por el continente americano.

⁵ En 1918, la causa de la gripe humana y sus relaciones con la gripe aviar y la porcina eran desconocidas (Taubenberger y Morens, 2006, vol. 12, 1: 15).

En la actualidad este virus y otros similares están presentes a nivel mundial⁶. Dado que estos virus son propios de las aves silvestres y acuáticas, la posibilidad de su erradicación es nula, por lo que entre las pocas medidas con las que contamos para evitar la enfermedad y su propagación son la prevención y el control mediante vacunación (Sánchez Fernández, González Arcos, Neri Vela, y Hernández Martín, 2019: 80). Debemos ser conscientes que este tipo de enfermedad ataca a todas las poblaciones, pero tiene una incidencia más destacada en aquellas en las que se presentan una serie de factores como la falta de higiene, hacinamiento, desnutrición y carencia de medicinas.

2. HISTORIOGRAFÍA

Los estudios sobre el alcance de la pandemia en sus diferentes aspectos: número de muertos, formación del virus, distribución espacial y temporal, etc., comenzaron muy temprano, casi al mismo tiempo que la pandemia se extendía por todo el mundo. Ya desde 1918 comenzaron a publicarse investigaciones que trataban de analizar y comprender los diferentes aspectos de la gripe⁷.

Unos de los más tempranos fueron los realizados por el Instituto de Salud de los Estados Unidos basándose en encuestas entre los afectados (Frost, 1919; Pearl, 1919). Existe, también, una gran cantidad de información sobre los campamentos militares en Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia, que ha contribuido de forma importante a nuestra comprensión del fenómeno, con registros rigurosos de la morbilidad y la mortalidad entre las tropas (Ministry of Health, 1920: 281-299; Hall, 1928). Entre ellos merece la pena destacar el trabajo de recopilación que realizó E. O. Jordan (1927: 228), que fue el primero que se atrevió a hacer una estimación del número de muertes causadas por el virus.

En las décadas centrales del siglo pasado Burnet retomó el tema (Burnet y Clark, 1942; Burnet, 1967). Durante los últimos años ha suscitado un creciente interés en Europa, Asia, Estados Unidos y países hispanoamericanos, tal y como lo acredita la amplia bibliografía existente hoy en día.

En España también se publicaron durante los años posteriores a la pandemia⁸ múltiples estudios locales, memorias médicas y datos estadísticos, destacando la recopilación de los datos de mortalidad de esos años, separados

⁶ Muchos de los cambios en los virus H1N1 de 1918 se han encontrado en los H5N1 desde 2005, por lo que la Organización Mundial de la Salud instó a llevar a cabo planes nacionales de preparación ante la amenaza de una pandemia de gripe (Astray y López, 2009).

⁷ Algunos ejemplos de los estudios que fueron apareciendo en ese momento: Sydenstricker, 1918; Frost, 1919, 1920; Tobías, 1920 y Jordan, 1927.

⁸ Algunos ejemplos de los estudios que fueron apareciendo en ese momento: Porpeta, 1918; Castillo, 1919; Sánchez, 1919 y Rodrigo, 1919.

por causa, provincias y capitales que publicó el *Boletín Mensual de Estadística Demográfica-Sanitaria* (1915-19). Tras un importante parón que abarcó hasta la década final de los años 90, se retomó el tema, y en la actualidad el número de publicaciones se ha incrementado notablemente, sobre todo en estos últimos años con motivo de la consecución del centenario de la pandemia, destacando su marcado carácter interdisciplinar, centrándose mayormente en la evolución de la pandemia en las grandes ciudades⁹. El primer estudio global de la epidemia en la península fue el realizado por Echeverri (1993).

Es cuatro o cinco décadas después de la pandemia cuando, como señala González (2013: 317), las nuevas corrientes historiográficas que surgen en los años 60-70 convierten a las enfermedades en protagonistas de la historia y se genera un gran interés por la gripe española (Crosby, 1976; Hoehling, 1961 y McNeill, 1984). Coincide, por otra parte, con que el mundo toma conciencia de que está expuesto a nuevas enfermedades como el SIDA o el SARS, y a otras pandemias de gripe. Fruto de este renovado interés fue la celebración en 1998 de la conferencia internacional en Ciudad del Cabo para conmemorar su ochenta aniversario, en la que se concluyó en mantener activa la investigación bajo nuevas perspectivas y acercamientos multidisciplinares (González, 2013: 317 y 319). La imagen actual que tenemos de la misma es que el mayor impacto ocurrió en África y Asia y que las zonas menos estudiadas corresponden a Europa del Este, China, Sudeste Asiático y Oriente Medio (Patterson y Pyle, 1991; Phillips y Killingley, 2003; González, 2013: 319 y Phillips, 2014: 792-96).

3. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA GRIPE DE 1918-1919

Durante la mayor parte del siglo XX, la pandemia de gripe fue una catástrofe olvidada. No deja de ser curioso, si tenemos en cuenta que afectó a una de cada tres personas del planeta, que ocasionó más de cincuenta millones¹⁰ de muertes (Johnson y Mueller, 2002), y que causó en pocos meses cerca de tres veces más muertes que las resultantes de la Primera Guerra Mundial (Echeverri, 2018: 18 y Johnson y Mueller, 2002).

3.1. Origen de la gripe de 1918-1919

Sobre el origen y dispersión de la epidemia, han surgido multitud de teorías, y la mayoría tiene relación con el desarrollo de la Primera Guerra Mundial. Fuera como fuese, sin duda el conflicto bélico contribuyó enormemente a su rápida y extensa propagación (Echeverri, 2018). La mayoría de las muertes se produjo en unas pocas semanas. Su desarrollo fue amplio en el espacio y breve en

⁹ Algunos ejemplos de los estudios: Bernabéu, 1991; Rodríguez, 2001 y Porras, 1994, 1997.

¹⁰ Se calcula que la pandemia mató entre cincuenta y cien millones de personas, es decir entre el 2,5 y el 5 % de la población mundial. Superó a la Primera Guerra Mundial, en la que se produjeron unos diecisiete millones de muertes y a la Segunda Guerra Mundial, con unos sesenta millones.

el tiempo, comparado con una guerra prolongada y limitada geográficamente como lo fue la Primera Guerra Mundial con la que convivió temporalmente. Llama la atención de esta pandemia las elevadas cifras de mortalidad frente a otras pandemias de gripe como las de 1889, la de 1957-58 o la de 1968-69¹¹.

Las hipótesis actuales sobre el origen del virus de 1918 apuntan a una introducción de todos los segmentos del genoma de una fuente aviar poco antes de 1918 (Gibbs y Gibbs, 2006).

La teoría comúnmente más aceptada¹² es que durante en el mes de marzo de 1918 los médicos del campamento militar de Funston, en Kansas, registraron la aparición repentina de miles de casos de gripe entre los soldados Kansas¹³ (Echeverri 1993; Crosby, 1976 y Humphreys, 201: 223). Aunque quizás la primera detección del virus pudo producirse en el mes de febrero cuando en Haskell County, también en Kansas, se detectó un brote de gripe más severo de lo habitual que afectaba principalmente a los adultos jóvenes (Echeverri, 2018: 26).

El brote epidémico fue saltando de un campamento militar a otro, donde miles de soldados se concentraban y adiestraban para ser enviados rumbo a Francia (Porrás, 2018). Los primeros casos en suelo europeo se documentaron a mediados de abril, reportándose entre soldados americanos enviados al frente francés y entre los propios soldados franceses. Pese al gran número de soldados¹⁴ que enfermaron tanto en un continente como en otro, no se detuvo el envío masivo de tropas permitiendo de este modo que el virus campara a sus anchas. La epidemia llegó a África en mayo de 1918, poco después aparece en China y Japón y en julio había llegado a Australia. Algo después, en junio, y debido al constante tráfico marítimo, el virus apareció en Sudáfrica y la India.

Esta primera ola acaecida durante la primavera-verano de 1918 fue bastante benigna, afectando a un elevado número de personas, pero causando pocas muertes (Erkoreka, 2010: 83), alrededor de un 10 % de las totales (Patterson

¹¹ Se estima que la pandemia de 1889-90 causó entre trescientas mil y un millón de muertes en el mundo, la de 1957-58, cuatro millones y la de 1968-69, dos millones (Viboud, Grais, Lafont, Miller, y Simonsen, 2005; Viboud, Simonsen, Fuentes, Flores, y Miller, 2013 y García, 2017: 24-27).

¹² Otras teorías que se han barajado buscan atribuir un origen alemán al virus, teoría defendida por los aliados en el contexto de la guerra (Martínez, 2003). Otros autores creen que la epidemia ya se había manifestado en las tropas inglesas en 1916-1917 o podría tener relación con la desarrollada en Francia en esos mismos años (Oxford *et alii*, 2005 y Erkoreka, 2006). Otra teoría representa una híbrida de las anteriores, afirmando que la procedencia del virus habría que situarlo en China, de donde se trasladó a Filipinas y a través de ella, a los Estados Unidos (García, Sánchez y Tuñón de Lara, 1984 y Bertrán, 2006: 164).

¹³ Estados Unidos había entrado en la Primera Guerra Mundial en abril de 1917, y en ese otoño muchos jóvenes procedentes principalmente de zonas rurales del país acudieron a los campamentos militares.

¹⁴ En los campamentos militares la rápida transmisión del virus entre un elevado número de huéspedes pudo acelerar las mutaciones víricas (Echeverri, 2018: 23).

y Pyle, 1991); se caracterizó por la elevada mortalidad en las ciudades, una limitada difusión geográfica y una baja mortalidad. En muchas áreas del mundo no se observó esta ola inicial, ya sea porque no la hubo o porque pasara desapercibida (Vaughan, 1921: 140). Esta circunstancia hizo que muchas de las personas que se contagiaron en este primer envite quedaran de alguna manera inmunizados para las siguientes (Vaughan, Vaughan y Palmer, 1922).

La segunda oleada, más letal que la anterior, se inició a mediados de agosto simultáneamente en tres lugares tan alejados como Boston (EEUU), Brest (Francia) y Sierra Leona, expandiéndose rápidamente por Estados Unidos, Europa y África a principios de septiembre (Sydenstricker, 1918), y se caracterizó por su extremada virulencia. En pocos días, hubo un aumento importante de mortalidad y la enfermedad se propagó en uno o dos meses por todo el mundo, con muy pocas excepciones. Su impacto en número de afectados y muertes fue brutal, ya que durante la misma se produjeron alrededor del 64 % del total¹⁵. Esta ola ocasionó al mismo tiempo brotes en los dos hemisferios entre septiembre y noviembre con tan breves intervalos que en algunos sitios fueron imperceptibles (Jordan, 1927; Patterson y Pyle, 1991; Tabenberger, Reid y Fanning, 2001, 358). Para diciembre, la mayor parte del mundo volvía a estar libre de gripe, muy pocos lugares habían escapado a esta ola.

Estas dos primeras olas tuvieron lugar en épocas en las que los virus gripales no suelen actuar¹⁶, y cuando los factores ambientales son más desfavorables para la transmisión del virus.

Posteriormente hubo una tercera oleada, en el invierno de 1919, más benigna que la anterior, con una desigual afectación en cuanto a la geografía y mortalidad, en la que se produjeron alrededor de un 24 % de las muertes totales (Jordan, 1927 y Taubenberger y Morens, 2006, vol. 12, 1).

Según la opinión mayoritaria, esta tercera ola, y con ella la pandemia, terminó en el hemisferio norte en mayo de 1919; no sucedió lo mismo en el sur, donde continuó durante varios meses. En Japón se prolongó hasta 1920.

La presentación de esas ondas en rápida sucesión, sin apenas intervalo, seguía siendo, hasta hace poco, una cuestión abierta (Burnet y Clark, 1942; Frost, 1920; Taubenberger y Morens, 2006, vol. 12, 1). Al igual que sucede con la brusca caída de casos entre la primera y segunda onda seguida del rápido aumento de casos en la segunda y tercera (Ortiz de Lejarazu, 2018: 371).

¹⁵ En la segunda oleada, la neumonía bacteriana fue la causante de la mayor parte de las muertes.

¹⁶ Los registros históricos desde el siglo XVI sugieren que las nuevas pandemias de gripe pueden aparecer en cualquier momento del año, presumiblemente porque los virus de la gripe recién desplazados se comportan de manera diferente cuando encuentran una población humana universal o altamente susceptible (Taubenberger y Morens, 2006, vol. 12, 1: 16).

La expansión del virus por los frentes de combate se vio favorecido, sin duda, por la escasez de medidas higiénicas, el hacinamiento de los soldados, la escasez y mal estado de los alimentos, además de la falta de medios sanitarios (Burnet, 1967 y Erkoreka Barrena, 2009).

Las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas han dejado claro que la gripe humana está relacionada de diversas formas con los diferentes subtipos de gripe aviar identificados. Estos virus viven en las aves salvajes, que en muchos casos se integran en las bandadas migratorias que estacionalmente recorren nuestros cielos. A medida que las aves se reúnen intercambian los virus de la gripe de forma promiscua. Desde estas aves los virus pueden pasar a las domésticas por propagación fecal-oral a través del agua y los suelos¹⁷, así como a los mamíferos, incluidos los murciélagos, los caballos, los cerdos¹⁸ y de ellos a los seres humanos (Morens y Taubenberger, 2010).

Cuando dos virus de la gripe diferentes se encuentran en un único huésped intercambian genes y generan uno nuevo, este tipo de cambio suele desencadenar una pandemia.

Una vez que el sistema inmunológico se moviliza ante el virus, se establece un equilibrio más estable con su huésped; la pandemia pasa, pero el virus continúa circulando en una variante benigna y estacional.

La pandemia durante su desarrollo presenta tres características fundamentales: provoca una elevada mortalidad, las muertes suceden rápidamente tras los primeros síntomas y una parte muy importante de las víctimas son adultos jóvenes (Erkoreka, 2010: 81).

La mayoría de los casos de infectados presentaban síntomas típicos de un cuadro gripal con fiebre elevada (Ånestad, Vainio, y Hungnes, 2015). Sin embargo, la causa más frecuente de muerte fue la neumonía (Dowdle, 1999; Rabadan, Levine y Robins, 2006). A las pocas horas del ingreso los pacientes presentaban en las mejillas unas manchas de color marrón oscuro¹⁹, horas más tarde aparecía la cianosis facial y más tarde la muerte. Con menor frecuencia la neumonía era de tipo hemorrágico agudo presentándose a los 5-6 días de iniciado el cuadro. La enfermedad frecuentemente progresó con fallo multiorgánico (Hsieh *et alii*, 2006), siendo el curso clínico en ocasiones fulminante, con defunciones acaecidas entre las 24-48 horas del comienzo (Frost, 1919).

¹⁷ No es fácil que un virus salte la barrera entre especies puesto que las células son distintas en los diferentes huéspedes y para invadirlos son necesarias herramientas distintas.

¹⁸ Hace falta un huésped intermedio entre las aves y los humanos que hoy se considera que es el cerdo.

¹⁹ El color de las mejillas se denominó «cianosis heliotrópica», de marrón se tornaba azul que se iba oscureciendo hasta volverse negro, empezando por las extremidades. Una vez que aparecía el color negro, la muerte sobrevénia en cuestión de horas o de días.

Una característica a destacar de esta epidemia son las altas tasas de mortalidad que se referencian entre los adultos jóvenes en comparación con los momentos anteriores a la llegada de la enfermedad (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 1; Olson, Simonsen, Edelson, y Morse, 2005, 102(31); Chowell, Viboud, Simonsen, Miller, y Acuña, 2010 y Erkoreka, 2010). Estas tasas se han relacionado con una sobrerreacción del sistema inmunológico al contagio del virus (Barry, 2004). Esta situación se traduce en la representación de una inusual W en la distribución de la mortalidad por edades, es decir, mientras la gripe estacional presenta una forma de U (Luk, Gross, y Thompson, 2020: 1375), siendo los principales afectados los recién nacidos y las personas de mayor edad, en este caso se suman a los anteriores los adultos jóvenes, entre los que en algunas regiones se informaron tasas de mortalidad situadas entre el 5 y el 10 %²⁰, en contraposición a zonas donde las muertes fueron muy inferiores.

Una teoría que puede explicar parcialmente estos resultados es que el virus de 1918 tenía una alta virulencia, únicamente atenuada en aquellos pacientes que habían nacido antes de 1889, debido a la exposición que pudieron tener a un virus que entonces circulaba y que fue capaz de proporcionar una inmunoprotección parcial contra el virus de 1918 (Taubenberger y Morens, 2006, vol. 12, 1: 19; Humphreys, 2018: 221) y que se daría únicamente en ciertas zonas²¹ geográficas (Luk, Gross, y Thompson, 2020; Chowell, Viboud, Simonsen, Miller, y Acuña, 2010); Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014 y Mamelund, 2011). Un virus antiguo puede causar una pandemia nueva si surge en una población sin experiencia inmunológica frente al mismo, es decir, en una generación que nunca haya estado expuesta a él.

Hay investigadores que piensan que mortalidad infantil fue causada por la exposición al virus tras el nacimiento y a las elevadas tasas de nacimientos prematuros (Reid, 2005).

Los investigadores han tratado de relacionar la expansión del virus con diferentes variables como el nivel de pobreza de la población, niveles de educación (Tuckel, Sassler, Maisel, y Leykam, 2006 y Grantz, Rane, Salje, Glass, y Schachterle, 2016), proximidad a las bases militares (Sydenstricker, 1918; Barry, 2004 y Byerly, 2010) o con la polución del aire (Clay, Lewis y Severnini, 2018). Estudios recientes actualizan los números de la pandemia por el mundo (Echeverri, 2018) siempre al alza.

²⁰ Ver por ejemplo: Echeverri, 1993; Mills, 1986; Rice, 1988 y Tomkins, 1992.

²¹ Los datos conocidos en diferentes lugares pueden variar ampliamente, debido a los límites de los mismos que pueden deberse a casos no registrados, datos perdidos, falta de diagnóstico, falta de certificación médica, etc. (Johnson y Mueller, 2002: 105).

3.2. La llegada a España de la mal llamada gripe española

Los estudios realizados sobre la llegada de la pandemia a la península, proponen diferentes vías de acceso. Hay autores que defienden que su entrada tuvo lugar por la frontera francesa debido al retorno de emigrantes desde el país vecino motivado por el enfrentamiento bélico europeo (García, Sánchez y Tuñón de Lara, 1984 y Echeverri, 1993, 2003). Otros autores, coincidiendo en el origen de los portadores, piensan que estos fueron inmigrantes portugueses que retornaban o soldados de este país que regresaban del frente (Porras, 1994). Sin embargo la tesis más defendida es la que defiende su llegada desde Lisboa (Patterson y Pyle, 1991 y Erkoreka, 2006). Independientemente de la procedencia de su llegada, lo que estaba claro es que su origen era foráneo. España fue uno de los países europeos en el que la pandemia se extendió por amplios sectores de la población.

Esta pandemia fue así denominada porque las primeras noticias acerca de la misma aparecieron en diferentes periódicos españoles entre mayo y junio de 1918 (Echeverri, 1993). La primera información que apareció en la prensa española se produjo el 22 de mayo en el periódico *El Sol*²². No ocurrió lo mismo en los periódicos de los países europeos²³, que censuraron²⁴ las noticias al estar inmersos en la Primera Guerra Mundial tratando de evitar un deterioro en la moral de las tropas combatientes²⁵ (Winter, 2010: 288; Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 1).

En España la primera ola cedió durante el verano, sin embargo en septiembre la prensa española informó de nuevo de la aparición de nuevos casos, que comenzaron como sucesos aislados, pero que se fueron generalizando. El 17 de septiembre la situación había empeorado de tal manera que se informaba del cierre de la frontera francesa²⁶ para el 20 de ese mes y la portuguesa²⁷ para el 30. El mayor número de muertes se produjo durante el mes de octubre, comenzando a descender durante el de noviembre.

²² «¿Cuál es la causa? Una epidemia en Madrid». *El Sol*, Madrid, 22 de mayo de 1918.

²³ Debido a la situación de neutralidad española, la ausencia de censura militar y el real decreto del 31 de octubre de 1901 por el que la gripe era enfermedad de declaración obligatoria, permitió una gran publicidad y la desafortunada denominación de gripe española (Porras, 1994).

²⁴ La censura: todavía el 29 de junio el inspector general de Sanidad español Martín Salazar anunció en la Real Academia de Madrid que no tenían constancia de que existieran casos de una enfermedad similar en otros lugares de Europa.

²⁵ En 1918 el mundo estaba en guerra y muchos gobiernos tenían un incentivo para culpar de una enfermedad devastadora a otros países, y esto fue lo que ocurrió.

²⁶ «Última hora. La frontera francesa». *El Sol*, Madrid, septiembre de 1918.

²⁷ «La salud pública en España». *El Sol*, Madrid, 30 de septiembre de 1918.

3.3. Desarrollo de la epidemia en España

Lo primero que debemos tener en cuenta es que en 1918 no existía ningún sistema de alerta ante este tipo de enfermedades, ya que la obligatoriedad de notificar la enfermedad se impuso tardíamente, y que ninguna autoridad central tenía una visión general de la situación. A nivel nacional, la epidemia se desarrolló en tres fases: la primera en primavera-verano de 1918, la segunda otoño de 1918 y la tercera en invierno de 1919, salvo algunas regiones que no sufrieron esta tercera ola (Erkoreka, 2006).

En mayo de 1918 comenzó la primera ola²⁸ de la epidemia (González, 2013; Gibbs y Gibbs, 2006), que generó un leve repunte en las tasas de exceso de mortalidad en gran parte de las provincias españolas (Chowell, Erkoreka, Viboud y Echeverri, 2014: 5). Entre las afectadas, las que mayores tasas presentan son las que tenían índices de mortalidad anteriores a la pandemia más elevados y un mayor desarrollo urbanístico (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 5). Principalmente fue afectado el centro peninsular y particularmente Madrid; este hecho, el que se tratara de la capital, junto con las altas tasas de afectados y las noticias sobre la misma, contribuyeron a que aún hoy esta pandemia sea conocida como «*Spanish flu*». Al mismo tiempo, hubo algunos casos de tifus en varias ciudades como Palencia, Burgos y Logroño (Barreda, 2009); pensando que el vehículo principal de propagación era el comercio de trapos y ropas usadas, se prohibió su circulación en las zonas afectadas, aunque con posterioridad esta medida se haría extensiva a nivel nacional.

La segunda ola de la epidemia comenzó en septiembre y mostró su punto álgido en octubre, coincidiendo en muchos casos con las celebraciones patronales de muchos lugares (Echeverri, 1993; Porras, 1994; Erkoreka, 2006 y González, 2013), permaneciendo hasta diciembre de 1918. En esta segunda ola se vieron más afectadas las provincias del norte que las del sur y las provincias con mayores densidades de población sobre todo infantil (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 8). En ella todas las provincias españolas sufrieron una elevación de las tasas de mortalidad con la excepción de las Islas Canarias; la provincia de Burgos sufrió la tasa más elevada de la península (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 5), mientras que Sevilla y Málaga presentaron una tasa por debajo de lo normal. A pesar de los datos que conocemos, todavía hoy hay dudas en las causas de tal exceso de mortandad y los diferentes motivos a los que pueden ser atribuidas.

En cuanto a la tercera ola, se desarrolló durante el invierno de 1919 (Porras, 1997). En ella algo más de la mitad de las provincias españolas presentan tasas de mortalidad por encima de la media. En este caso fue Madrid una

²⁸ En muchos lugares los primeros casos de la epidemia fueron interpretados con normalidad (Barreda, 2009), debiéndose seguramente a una simple gripe estacional, aunque no se descarta la presencia del virus con anterioridad (Oxford *et alii*, 2005).

de las que menos casos presentó y se supone esta circunstancia al impacto de la primera oleada (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 8). El desarrollo nacional fue dispar: mientras en algunas regiones esta oleada fue menos grave que en la anterior (Erkoreka, 2006 y Porras, 2018), en otras tuvo mayor incidencia (González, 2013).

Como datos aproximados se calcula un exceso de muertos entre mayo de 1918 y abril de 1919 de alrededor de 195 000 personas por causas respiratorias y 238 000 por todos los motivos (Chowell, Erkoreka, Viboud, y Echeverri, 2014: 4). Entre las provincias españolas más afectadas se localizan las del noroeste y Almería (Chowell, Erkoreka, Viboud y Echeverri, 2014: 6).

Las informaciones hablan de calles vacías, trabajadores ausentes del puesto de trabajo y población en pánico sin saber cómo gestionar la situación.

3.4. Profilaxis frente a la epidemia

Ya desde los primeros momentos de la pandemia se tuvo claro que unos de los principales problemas que presentaba para poder combatirla era la frecuente mutación del virus; se creía que este se transmitía a través de las gotas o mucosidad expulsada con la tos, estornudos o la propia respiración, en la que hasta una distancia de treinta centímetros era posible su contagio (Tobías, 1920), sin descartar que cualquier objeto pudiera ser un vehículo de transmisión (Porpeta, 1918).

Sin embargo, y como sucede otras veces, una cosa era la teoría y otra la práctica, y en muchos casos, ante la presencia de infectados, la población entraba en pánico por el desconocimiento de la procedencia y transmisión del virus.

Para evitar su expansión, a nivel nacional se tomó una batería de medidas que abarcaban diferentes aspectos, desde la inspección de mercancías y pasajeros que llegaban a las localidades (Herrera, 1996), a la prohibición de las aglomeraciones²⁹, el aislamiento de los enfermos, limpieza y desinfección de ropa³⁰ (Porpeta, 1918), hasta el control del consumo de alcohol, o eliminación

²⁹ En Zamora, mientras se prohibían por parte del gobernador las grandes reuniones, a la vez se seguían celebrando misas en las iglesias. El 30 de septiembre, en Zamora, el obispo Álvaro y Bellido organizó una novena en honor de san Roque, patrón de los enfermos de peste y pestilencia, buscando su favor. Durante octubre siguieron celebrándose misas y procesiones pese a la prohibición de realizarlas por la autoridad civil.

³⁰ Sabemos que en la provincia segoviana durante la primera ola se insistió en la higiene de las casas y de las calles, prohibiendo el barrido en seco o sacudir la ropa por la ventana. Además, se hizo un llamamiento para evitar aglomeraciones (no impidiéndolas) y se realizó un control de tránsito en las posadas (Fuente, 2021: 455). Durante la segunda oleada las medidas fueron más numerosas y de muy diferente calado, persistiendo en su gran mayoría hasta el final de la pandemia. Respecto a la actuación de las autoridades y la eficacia de las medidas tomadas, ha habido una amplia bibliografía a nivel nacional valorando sus principales acciones (Echeverri, 1991 y 1993; Porras, 1994 y 2018; Herrera, 1996; Astigarraga, 2006; Blacik, 2009 y González, 2012).

de aquellos focos de posible contagio, como podía ser el agua de las pilas bautismales (Fernández Fernández y Veiga Ferreira, 1995).

La detección de los primeros casos en España hizo que se comenzaran a tomar medidas para evitar la propagación de la pandemia³¹. Entre las medidas adoptadas destacan el cierre de escuelas y el aplazamiento de la apertura del curso académico, buscando evitar la transmisión del virus a través del aire. Al mismo tiempo se informaba de la necesidad de cerrar otras instituciones entre ellas las academias militares³², cines y teatros³³, además de cuarentenas³⁴ y el aislamiento de los enfermos³⁵.

También se produjo la suspensión de algunas fiestas populares para evitar grandes aglomeraciones. Así, en septiembre de 1918, en el periódico *La Acción*³⁶ se plasmaba al respecto: «Se eviten en lo posible las aglomeraciones en los pueblos y que procuren retrasar las ferias o fiestas que hayan de celebrarse ahora para evitar que se presenten casos de gripe». O en la edición de *La Vanguardia*³⁷ donde se informaba que en Tarrasa se producía el cambio de día en la celebración local; o incluso las del Pilar en Zaragoza³⁸, trasladadas a la primavera siguiente.

Desde muy pronto se recalcaron las necesarias medidas de profilaxis para evitar la propagación del virus³⁹, entre las que destacaban: evitar el saludo mediante contacto directo, el lavado frecuente de las manos y emplear los medios de limpieza y antisépticos necesarios, además de evitar los lugares cerrados y procurar la ventilación y cambio de aire en las habitaciones⁴⁰.

³¹ *El País*, 28 de septiembre de 1918, p. 1.

³² *ABC*, 18 de octubre de 1918, p. 13.

³³ *La Vanguardia*, 28 de octubre de 1918, p. 6.

³⁴ El término *cuarentena* lo inventaron los venecianos en el siglo XV cuando obligaron a los barcos que llegaban de Levante a permanecer fondeados durante cuarenta días, antes de permitir desembarcar a quienes viajaban a bordo, aunque el concepto es mucho más antiguo.

³⁵ Así se manifestaba en *El Imparcial*, 8 de octubre, p. 4 que publicaba una nota desde Ávila en la que se expresaba la necesidad de ordenar «el aislamiento de los enfermos en la frontera, sobre todo los sospechosos de tifus y cólera que pudieran difundir estas infecciones, como ha ocurrido con la gripe y dichos enfermos sigan enviándose a sus provincias». Del mismo modo, en Vigo el diario *El Sol* el 27 de diciembre, p. 3, informaba que: «Se sabe que el Gobierno se ha dirigido al Ayuntamiento solicitando que se habiliten locales para aislar a los atacados de gripe».

³⁶ *La Acción*, 23 de septiembre de 1918, p. 3.

³⁷ *La Vanguardia*, 28 de octubre de 1918, p. 6.

³⁸ *La Correspondencia de España*, 17 de mayo de 1919, p. 3.

³⁹ *El País*, 21 de octubre de 1918, p. 2.

⁴⁰ Así, en el periódico *La Época*, de 27 de octubre, p. 2, se informaba del desarrollo de la gripe en Francia: «Las observaciones llevadas a cabo han permitido establecer que la gripe ataca, sobre todo, aquellos sitios en que las prácticas de higiene son menos completas», reconociendo así la importancia de la higiene. O en *El Sol*, 3 de mayo de 1919, p. 9, que se hacía eco de la importancia de la higiene para poder evitar males mayores durante la epidemia: «Era noble y urgente emprender una cruzada a favor de la higiene y de la salud pública, una cruzada contra la tuberculosis, la gripe y el paludismo».

No podemos olvidarnos del control a la libre circulación de personas. En el periódico *La Acción*⁴¹ se exponían las restricciones establecidas: «Queda prohibida la emigración de las personas procedentes de los pueblos en que las respectivas Juntas Provinciales de Sanidad hubiesen hecho o hagan declaración oficial de la epidemia de gripe».

De igual modo, la vacunación comenzó a adquirir gran importancia como recurso profiláctico. Los periódicos se hicieron eco de la elaboración de las vacunas; así, desde el 24 de octubre de 1918 en los periódicos *ABC*⁴² y *La Época*⁴³ «no faltaron las informaciones». Incluso se llegó a informar sobre el descubrimiento de la vacuna en el *ABC*⁴⁴.

La epidemia se extendió por todos los pueblos y su llegada provocaba una explosión de pánico entre la población; la escasez de recursos económicos, la falta de medidas higiénicas y el exiguo número de sanitarios agravaban la situación general (Riera Palmero, 2017: 227).

En realidad lo que debilitaba la constitución física de los afectados era la mala alimentación, el hacinamiento y el deficiente acceso a la asistencia sanitaria, haciendo que en muchos de estos lugares alejados de las capitales provinciales la población general fuera más vulnerable a la enfermedad.

La epidemia discurrió entre un número elevadísimo de afectados y muertos, creencias e invenciones incontables⁴⁵. Hubo médicos que consideraban que el humo del tabaco mataba a los microorganismos; otros, que las bebidas alcohólicas impedían el contagio.

En definitiva, dichos trabajos concluyeron que las medidas de salud pública frenaron la propagación de la pandemia si se adoptaban desde el principio y se mantenían a lo largo del tiempo (Almudéver y Camaño, 2020).

4. EL ARAVALLE. UN CORREDOR DE COMUNICACIÓN

El corredor del río Aravalle se localiza en la zona más suroccidental de la provincia abulense; con una orientación SO-NE pone en comunicación las comunidades de Extremadura y Castilla y León. Se constituye a través del discurrir de las aguas del río Aravalle y sus pequeños afluentes que recogen las aguas de la vertiente sur de la Sierra de Béjar y de la norte de Gredos,

⁴¹ *La Acción*, 28 de enero de 1920, p. 2.

⁴² *ABC*, 24 de octubre de 1918, p. 19; *ABC*, 27 de marzo de 1919, p. 14.

⁴³ *La Época*, 24 de octubre de 1918, p. 1.

⁴⁴ *ABC*, 27 de marzo de 1919, p. 14.

⁴⁵ También se muestra la incultura general con la respuesta frente a la pandemia que determinó la celebración por acuerdo de la Corporación municipal del 11 de octubre, de un solemne novenario de rogativas a la Virgen de San Lorenzo, patrona de Valladolid.

llevándola hasta el río Tormes por su margen izquierda con el que se juntan poco antes de El Barco de Ávila.

Este valle es recorrido por un antiquísimo camino ya frecuentado desde la Prehistoria y que ha continuado hasta la actualidad. Tiene forma triangular con su base orientada hacia el noreste. Su población se distribuye en pequeños núcleos separados por entre sí pocos kilómetros. La relación entre los mismos siempre ha sido muy fluida al igual que con los asentamientos situados al otro lado de la Sierra de Béjar, ya pertenecientes a la provincia de Salamanca y con los situados al norte de la provincia cacereña.

Son todos ellos núcleos donde la autarquía total nunca ha sido posible, haciéndose necesario un núcleo con mayores servicios como es El Barco de Ávila, donde la población de todos ellos finalmente recalaba por unos u otros motivos.

5. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Metodológicamente la recolección de los datos se produjo a través de la consulta de los libros de defunciones de los diferentes municipios del valle del Aravalle⁴⁶ comprendidos en un periodo cronológico entre 1915 y 1922, con el fin de poder estudiar el impacto de la pandemia en los diferentes municipios y analizar el exceso de defunciones acaecidas en los mismos. A través de estos datos hemos conocido el lugar de la muerte del individuo, la edad que tenían en el momento del fallecimiento, la razón del mismo certificada por el médico, así como el sexo del individuo. Para este estudio, bajo el indicativo de enfermedades respiratorias hemos agrupado diferentes afecciones entre las que se encuentran la neumonía, la bronconeumonía, la gripe, la bronquitis y otras afines.

Años	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922
+60	22	28	29	35	37	24	24	28
40-60	6	11	8	36	16	10	13	10
20-40	17	9	10	44	11	6	11	9
11-20	3	5	12	13	7	2	3	4
0-10	41	39	40	60	29	51	34	42
Desconocido	1	2		2	1	3	2	1
Totales	90	94	99	190	101	96	87	94

Cuadro 1. Detalle del número de fallecimientos entre los años 1915-1922. Fuente: Libros de defunciones de los diversos municipios.

⁴⁶ Debemos agradecer las facilidades mostradas por el párroco D. Miguel para la consulta de los citados libros.

Todas las defunciones acaecidas durante el periodo estudiado fueron certificadas facultativamente, lo que nos asegura los motivos de estos fallecimientos. Sabemos de la existencia de diferentes médicos en algunos de los núcleos principales, mientras que en otros no había asistencia médica, haciéndose necesario el traslado del paciente o del médico para realizar la consulta, todo ello en una época en la que los desplazamientos eran bastante más dificultosos que en la actualidad ante la inexistencia de carreteras entre muchos de los núcleos, haciendo imprescindible el traslado a pie o mediante el uso de animales de carga.

Los datos analizados hacen referencia a los núcleos existentes en el corredor del Aravalle en 1918, algunos de los cuales hoy en día están abandonados o su población ha disminuido tanto que lo están durante gran parte del año⁴⁷. Del mismo modo, hemos querido que nuestro estudio abarcara un abanico temporal que fuera más allá de los años propios de la pandemia, 1918-1919, y que comprende desde 1915 a 1922 para, de este modo, tener una visión más amplia del impacto que produjo esta enfermedad en dichos municipios.

Lo primero que podemos percibir a través de estos datos es que la mortalidad a lo largo de los años presenta una suave ondulación, pero siempre dentro de una constante. Para apreciar más claramente el impacto de la pandemia podemos calcular el exceso de mortalidad en 1918 con respecto a los años anteriores. La media entre los años anteriores y posteriores se sitúa en los 94,5 fallecidos, mientras que en 1918 el número total es de ciento noventa, lo que nos marca un exceso de mortalidad de alrededor de noventa y cinco difuntos. Lo mismo sucede con el año 1919 en el que se observa un incremento por encima de la media, pero en este caso menos pronunciado que el anterior.

Cuando pasamos a analizar más detenidamente los datos referidos a los años 1918 y 1919, podemos apreciar en qué momentos del año se produce el incremento de la mortalidad. Observamos que la llegada de la primera ola tuvo un escaso impacto, únicamente se referencian dos casos de fallecidos en mayo y dos en junio. La segunda oleada se produjo durante el mes de septiembre, a partir del día 22. Esta ola se prolongó durante octubre –que fue el mes álgido de esta enfermedad– noviembre, diciembre y desapareciendo en enero de 1919 para decrecer notablemente en febrero y marzo y volver a ascender en abril de 1919, en lo que podría ser el pequeño impacto de una tercera ola, corta en muertes y en el tiempo.

⁴⁷ Los datos recabados provienen de Solana de Ávila, Mazalinos, El Tremedal, Casas del Rey, La Zarza, Santiago del Aravalle, Puerto Castilla, Los Narros, Gil García, Umbrías, Casas de Maripédro, Casas del Abad, Retuerta, La Carrera, Navalmoro y La Canaleja.

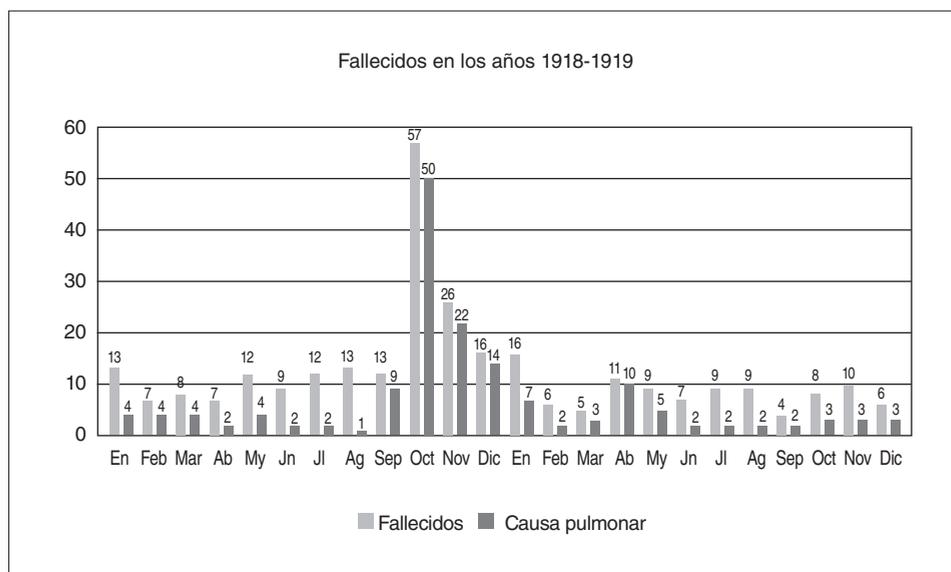


Fig. 1. Detalle del número de fallecimientos en los años 1918 y 1919, comparando el número total de fallecidos y el número de fallecidos por enfermedades pulmonares. Fuente: Libros de defunciones de los diversos municipios.

Si durante los meses anteriores a la llegada de la pandemia observamos que las enfermedades pulmonares eran las causantes de entre un 20 % y un 50 % de los fallecidos, en septiembre de 1918 alcanzan el 75 % y en octubre el 88 %, permaneciendo en estas proporciones hasta abril de 1919 cuando parecen retornar a las cifras anteriores. La afección declarada por la que falleció mayor número de personas fue la bronconeumonía gripal, que durante el transcurso de la epidemia se llevó por delante a un total de cincuenta y dos personas, seguida en segundo lugar de la gripe con un total de veintitrés, en tercer lugar la bronquitis con dieciocho y finalmente la neumonía con diez defunciones. Decir que en el mes de octubre de 1918, la bronconeumonía gripal fue la afección que afectó al 55 % de los fallecidos.

En cuanto a los grupos de edades afectados, podemos observar que durante la primera y segunda oleada, el grupo con mayor número de muertes fue el comprendido entre los veinte y los cuarenta años, seguido del de los niños entre menores de diez años, siendo el menos afectado el grupo entre once y veinte años.

En cuanto a la relación de fallecidos entre varones y hembras, se presenta bastante equilibrado en los dos años afectados; mientras que en 1918 se sitúa levemente por encima el número de difuntos varones, en 1919 lo están levemente las hembras.

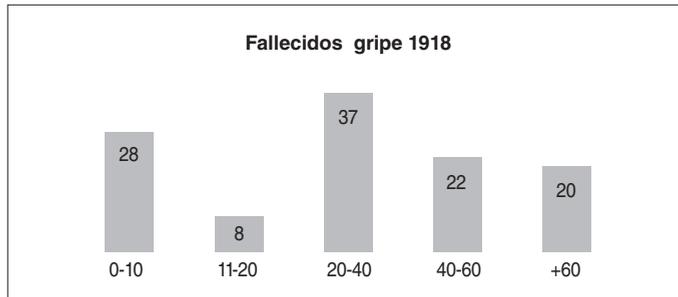


Fig. 2. Detalle del número de fallecimientos por causa de la gripe en cada grupo de edad en el año 1918. Fuente: Libros de defunciones de los diversos municipios.

Respecto a los fallecidos por gripe durante el año 1919, el grupo más afectado fue el de los menores de diez años, seguido del de mayores de sesenta años y al igual que durante el año anterior, el menos afectado fue el de los comprendidos menores entre once y veinte años. En este caso llama la atención la brusca caída de defunciones entre el grupo de veinte y cuarenta años.

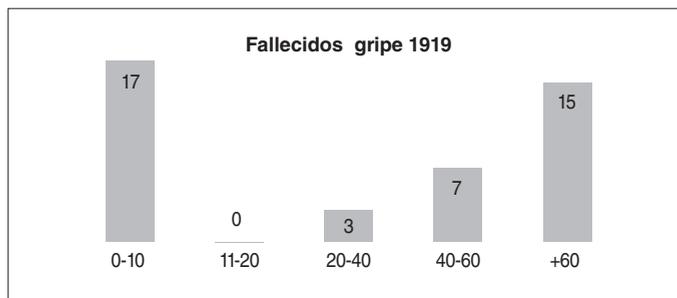
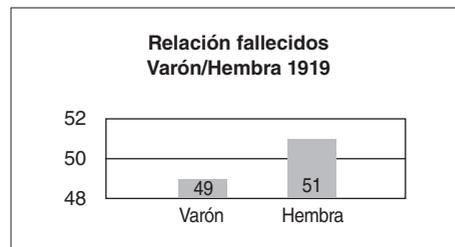
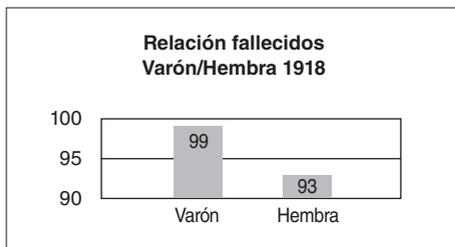


Fig. 3. Detalle del número de fallecimientos por causa de la gripe en cada grupo de edad en el año 1919. Fuente: Libros de defunciones de los diversos municipios.



Figs. 4.1 y 4.2. Relación entre los fallecidos por sexos en los años de la pandemia 1918-1919. Fuente: Libros de defunciones de los diversos municipios.

5.1. Análisis de los datos

Con ocho millones de infectados y más de trescientos mil muertos, España fue uno de los países más afectados, pero no fue el epicentro del contagio. Esta afectación se debió, en gran medida, a las precarias condiciones higiénicas que se estilaban en la sociedad del momento. Es de interés reseñar que la mayoría de las viviendas de los lugares estudiados presentaban pésimas condiciones higiénicas; eran de escasa superficie habitable mayormente dispuestas en una única planta y donde los espacios estaban escasamente compartimentados, no había corriente eléctrica en las mismas ni agua corriente. En ellas la pobreza y el hacinamiento era algo habitual, lo que sirve en gran medida para explicar el fácil contagio de la enfermedad y la elevada mortalidad familiar de la misma.

Como venimos diciendo, esta pandemia tuvo la singularidad de afectar con mayor severidad a nivel mundial a la población con edades entre veinte y cuarenta años⁴⁸ en las tres olas en las que se presentó (Echeverri, 2018: 24). Llama la atención que el grupo de mayor edad, los de más de sesenta años, presentó menor número de muertes que las que se podía suponer. Estudios recientes sugieren que los incluidos en este grupo pudieron estar protegidos en esta pandemia por haber tenido contactos anteriores a 1890 con un virus del tipo H1, lo que explicaría la relativa baja mortalidad que sufrieron.

Uno de los grupos afectados fue el de las mujeres embarazadas; las que enfermaban sufrían abortos y partos prematuros con una frecuencia sorprendente, lo que influyó en el número de niños prematuros muertos y de madres tras dar a luz.

Tenemos conocimiento a través del dictamen de la Sanidad Militar sobre la epidemia de la afectación que provocó en la provincia de Valladolid en 1918, donde se documentan los casos que aquejaron a los reclutas del Regimiento de Isabel II. Al mismo tiempo, se conocían casos en la mayoría de las guarniciones de la región, principalmente las cercanas a la frontera con Portugal. En el citado informe se señalaba el carácter epidémico de la enfermedad y su naturaleza gripal, con casos gravísimos que presentaban complicaciones pulmonares, cardíacas y neurológicas sobrevenidas. Esta primera ola afectó a dos terceras partes de la población, mayormente adultos, presentando una baja mortalidad (Riera, 2017: 224). Se observó que la epidemia se propagaba por contacto directo entre los enfermos y los sujetos sanos; se exponía la existencia de un periodo de incubación de entre cuatro

⁴⁸ La alta tasa de mortalidad en personas previamente sanas, especialmente de veinte a cuarenta años, fue una característica que aboga en favor de la diferente predisposición patogénica frente a la misma infección (Ortiz de Lejarazu, 2018: 373).

y siete días. También se informaba que aquellos que se contagiaron en la primera ola⁴⁹, durante las siguientes o bien no la volvían a contraer o si lo hacían era de forma leve (Riera, 2017: 228). En aquellos lugares en los que se produjo una oleada en 1920, los niños menores de un año, carentes de la protección inmunitaria generada por olas anteriores, padecieron la mayor mortalidad (Gómez, 1992: 80-84).

Durante el desarrollo de la enfermedad podían surgir diferentes complicaciones, desde trastornos neurológicos, casos de diarrea y gastrointestinales, siendo las más frecuentes las complicaciones pulmonares, aunque también aparecieron algunas endocarditis (Riera, 2017: 229).

En el corredor del Aravalle hay que destacar que la afectación de los diferentes núcleos fue generalizada: todos los municipios se vieron afectados en mayor o menor medida, dando la sensación de que la pandemia afectaba por familias; cuando un miembro enfermaba se transmitía dentro del grupo familiar y con diferentes consecuencias.

No tenemos constancia de que desde ninguno de los diferentes Ayuntamientos se elaborara alguna normativa especial acerca del brote de gripe con la que tratar de mitigar los contagios o si, por el contrario, hubo algún tipo de bando aunque no quedara reflejado en la documentación consultada. Sabemos que durante la celebración de los actos religiosos los asistentes trataban de mantenerse alejados, pero que siguieron celebrándose, aunque no con la frecuencia habitual. La gente era consciente de la importancia de mantenerse alejada de los contagiados y que la enfermedad se transmitía mayormente por vía aérea.

Llama la atención el caso del municipio de Santiago del Aravalle, donde únicamente se documentó una muerte por gripe a lo largo de las diferentes olas, produciéndose en la segunda, la más mortal de las tres. Desconocemos si se estableció algún tipo de profilaxis en el mismo o no, o si en este caso el motivo de la escasez de defunciones fuera porque se trataba de un núcleo con escasa población, aunque debemos recordar que ninguno de los tratados tenía un nutrido vecindario, aunque sí podía darse el caso que la dispersión de las viviendas dentro de los cascos urbanos hubiera jugado en favor de esta situación, evitando mayor número de contagios.

⁴⁹ A partir de los primeros días de septiembre se documentan casos aislados en diversas localidades vallisoletanas, con un posible inicio en la celebración en Medina del Campo de las fiestas en honor a san Antolín, 2 de septiembre, aunque es posible que el brote ya estuviera activo con anterioridad (Riera, 2017: 224), ocurriendo las primeras muertes el 15 de septiembre.

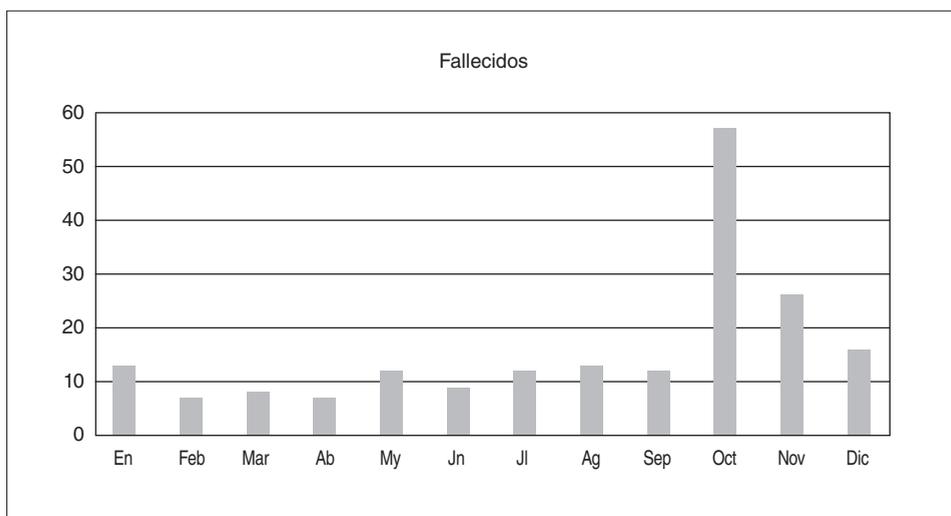


Fig. 5. Distribución del número de fallecidos por meses durante el año de 1918. Se aprecia claramente el impacto de la segunda ola de la pandemia durante el mes de octubre y su paso durante los de noviembre y diciembre.

Son varios los casos en los que fallecen diferentes componentes de la unidad familiar, bien alguno de los cónyuges o ambos o algunos de los menores. En algunas familias el impacto fue importante, llegando a quedar un único miembro de la misma. En Solana de Béjar, se contagió la familia que regentaba el que por entonces era el único molino en funcionamiento, que era accionado con energía hidráulica en la garganta de Solana; únicamente se salvó de morir una de las hijas pequeñas de la familia y el criado de la misma que no vivía con ellos en el molino, llevándose por delante al matrimonio y otros dos menores. Pero no fue el único caso acaecido en Solana, donde en otras dos familias fallecieron dos de sus hijos con escasos días entre ellos. Lo mismo ocurrió en otra familia en La Zarza. En El Tremedal tenemos constancia de la muerte de dos hermanos, en este caso adultos, con dos días de diferencia, y la muerte de dos menores, mellizos, que fallecieron ambos a los diez días de nacer.

Todavía hay gente mayor en estos pueblos que recuerdan comentarios de sus padres o abuelos sobre el desarrollo de la pandemia. Por ejemplo, la muerte del cartero de Solana de Béjar hizo que familiares suyos se encargaran momentáneamente del reparto de la correspondencia y que cuando llegaban a las casas de los afectados ellos mismos les avisaban de que no entraran para evitar el contagio y que dejaran la correspondencia en la puerta.

El recuerdo de la pandemia en el Aravalle se ha difuminado con el tiempo. Sin embargo, quedan elementos silenciosos en el territorio que nos recuerdan lo sucedido, como ocurre con las lápidas y cruces que todavía permanecen en los cementerios de algunos de los diferentes pueblos del valle.

6. CONCLUSION

Durante la epidemia de gripe de 1918 predominaba en España el hacinamiento de la población y la insalubridad de los barrios y las viviendas, siendo unos de los problemas más acuciantes que presentaban nuestro país, al igual que el escaso nivel de vida de una población básicamente rural, con bajo nivel cultural e higiénico, además de la escasez de personal sanitario y la poca demanda de sus servicios por parte de una sociedad que consideraba la mortalidad como un parámetro natural e ineludible, en el que las enfermedades infecciosas se presentaban como enfermedades sociales típicas (Almudéver y Camaño, 2020). Aunque las recomendaciones generales de corte higiénico no fueron suficientemente efectivas para hacer frente a la gripe, incrementaron entre la población las nociones de salubridad, especialmente en materia de hábitos de aseo y limpieza. Autores como Porras han mostrado cómo se entendió la profilaxis de las enfermedades infecciosas en España durante el siglo XX, y en qué medida la epidemia de gripe de 1918 significó un cambio para la lucha contra dichas enfermedades (Porras, 1994).

La mayor parte de los casos durante las tres olas presentó características clínicas similares a las de cualquier gripe estacional (Ånestad, Vainio, y Hungnes, 2015). La gran diferencia fue el mayor número de casos graves y muertes en la segunda y tercera ola.

La guerra mundial, la vulnerabilidad especial de los adultos jóvenes sanos, la ausencia de antibióticos o vacunas, la falta de coordinación sanitaria



Fig. 6. Cruz en memoria de uno de los fallecidos durante la gripe. Cementerio de Solana de Ávila. Fuente: el autor.

por organismos internacionales y la falta de higiene y hacinamiento fueron los principales factores que contribuyeron al desastre sanitario y sociodemográfico.

Los datos presentados en este estudio contribuyen con una información nueva acerca de la intensidad de la pandemia de 1918 en una zona concreta de la provincia abulense, el valle del Aravalle.

El primer impacto de la misma en la zona se aprecia nítidamente a partir de finales de septiembre de 1918 y sobre todo en octubre del mismo año, para ir suavizándose a lo largo de los siguientes meses.

El estudio corrobora la tesis de que la edad fue un hecho determinante en los fallecidos, pero como en otros lugares tuvo sus matizaciones con el impacto en los grupos de edades más jóvenes y las personas mayores.

El salto de la cepa pandémica de las aves a los humanos se habría producido independientemente de que el mundo estuviera o no en guerra, pero también que la contienda ayudó a propagar el virus por el mundo y, posiblemente, a que su virulencia fuera mayor de la debida.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Almudéver, L. y Camaño Puig, R. (2020). Medidas de salud pública durante la pandemia de gripe en el período 1918-1920 en España. *Revista Española de Salud Pública* 94: 2 de octubre, e202010114.
- Ånestad, G., Vainio, K. y Hungnes, O. (2015). Does Virus Interference Account for the Multiple Epidemic Waves that are Characteristic of the 1918 Spanish Influenza and other Influenza Pandemics? *Ancient Diseases & Preventive Remedies*, 3, p. 1.
- Astray, J. y Lópaz, M. Á. (2009). Pandemia de gripe A (H1N1): retos y repercusiones para el sistema sanitario. *Farmacía Hospitalaria*, 33 (6), pp. 293-295.
- Barreda, P. M. (2009). Palencia cuando la gripe de 1918. *Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, 80, pp. 309-339.
- Barry, J. M. (2004). *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. New York: Viking Press Books.
- Bernabéu, J. (coord.). (1991). *La ciutat davant el contagi. Alacant i la grip de 1918-1919*. Valencia: Consellería de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana.
- Bertrán, J. L. (2006). *Historia de las epidemias en España y sus colonias. 1348-1919*. Madrid: La Esfera de los Libros.

- Burnet, F. y Clark, E. (1942). Influenza: a survey of the last 50 years in the light of modern work on the virus of epidemic influenza. *JAMA*, 120, p. 408.
- Burnet, S. M. (1967). *Historia de las enfermedades infecciosas*. Madrid: Alianza.
- Byerly, C. (2010). The U.S. Military and the Influenza Pandemic of 1918-1919. *Public Health Reports* 125, 3, pp. 82-91.
- Castillo, E. (1919). Nota sintética de la epidemia gripal. *La Información Médica*, 21 de mayo, pp. 565-568.
- Chowell, G., Erkořeka, A., Viboud, C. y Echeverri, B. (2014). Patrones de exceso de mortalidad espacio-temporal de la pandemia de gripe de 1918-1919 en España. *BMC Infectious Diseases*, 14, pp. 1-12.
- Chowell, G., Viboud, C., Simonsen, S., Miller, M. A. y Acuña, R. (2010). Mortality patterns associated with the 1918 influenza pandemic in Mexico: evidence for a spring herald wave and lack of preexisting immunity in older populations. *J. Infect Dis.*, 202(4), pp. 567-575.
- Cilek, L., Echeverri Davila, B., Chowell, G., Ramiro, D. y Casado, Y. (2018). The Spanish Influenza in Madrid: Neighborhood variation in excess mortality across three waves. En *Congreso Internacional de ALAP*. Puebla, México.
- Clay, K., Lewis, J. y Severnini, E. (2018). Pollution, infectious disease, and mortality: evidence from the 1918 spanish influenza pandemic. *Working Paper* 21635. Recuperado de: <http://www.nber.org/papers/w21635>
- Contini, C. y Vicentini, C. B. (2021). Epidemiological and clinical features of Spanish flu in the city of Ferrara and in Italy. Containment rules and health measures adopted in the past to fight the pandemic. *Le Infezioni in Medicina*, 3, pp. 475-487.
- Crosby, A. (1989). *America's Forgotten Pandemic: The Influenza of 1918*. New York: Cambridge Univ. Press.
- Crosby, A. W. (1976). *Epidemic and peace 1918*. Westport: Greenwood Press.
- Crosby, A. W. (2003). *American's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*. Cambridge University Press.
- Cuenya, M. Á. (2010). Reflexiones en torno a la pandemia de influenza de 1918. *Desacatos*, 32, pp. 145-158.
- Dowdle, W. R. (1999). Influenza A virus recycling revisited. *Bull World Health Organ*, 77, pp. 820-828.
- Echeverri, B. (1993). *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España Editores.

- Echeverri, B. (2003). Spanish Influenza seen from Spain. En Phillips, H. y Killingley, D. (eds.). *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-1919*. Londres: New Perspectives, pp. 173-190.
- Echeverri, B. (2018). En el centenario de la gripe española: un estado de la cuestión. *Revista de Demografía Histórica*, XXXVI, I, pp. 17-42.
- Erkoreka, A. (2006). *La pandemia de gripe española en el País Vasco 1918-1919*. Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Erkoreka, A. (2009). Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918-1920) and its relation to the First World War. *J Mol Genet Med*, 3(2), pp. 190-194.
- Erkoreka, A. (2010). The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 4, 2, pp. 81-89.
- Fernández, C. M. y Veiga, X. M. (1995). La gripe de 1918-19 en Betanzos. *Anuario Brigantino*, 18, pp. 143-158.
- Frost, W. H. (1919). The epidemiology of Influenza. *JAMA*, 73, pp. 313-318.
- Frost, W. H. (1920). Statistics of Influenza Morbidity-With Special Reference to Certain Factors in Case Fatality. *Public Health Rep*, 35, pp. 584-597.
- Fuente, R. de la (2021). Cuando la muerte viene a visitarse: el paso de la gripe de 1918-1919 por la ciudad de Segovia. *Asclepio*, 73(1), pp. 449-462 <https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.10>.
- García, J. L., Sánchez, J. y Tuñón de Lara, M. (1984). Los comienzos del siglo XX: población, economía y sociedad (1898-1930). En Jover Zamora, J. M. (dir.). *Historia de España de Menéndez Pidal*, tomo XXXVII. Madrid: Espasa Calpe.
- García, S. (2017). *La gripe de 1889-1990 en Madrid*. Madrid: Tesis doctoral, Facultad de CCPP y Sociología. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Gibbs, M. J. y Gibbs, A. J. (2006). Molecular virology: was the 1918 pandemic caused by a bird flu? *Nature*, 440.
- González, A. (2013). Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919. *Vínculos de Historia*, 2, pp. 309-320.
- Grantz, K. H., Rane, M. S., Salje, H., Glass, G. E. y Schachterle, S. E. (2016). Disparities in Influenza Mortality and Transmission Related to Sociodemographic Factors within Chicago in the Pandemic of 1918. *PNAS*, 113, 48, pp. 13838-44.

- Hsieh, Y.-C. *et alii.* (2006). Influenza pandemics: past, present and future. *J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi*, 105, pp. 1-6.
- Humphreys, M. (2018). The influenza of 1918. Evolutionary perspectives in a historical context. *Evolution, Medicine and Public Health*, pp. 219-229.
- Johnson, N. P. y Mueller, J. (2002). Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 «Spanish» Influenza Pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, 76, 1, pp. 105-115.
- Jordan, E. O. (1927). *Epidemic Influenza, a survey*. Chicago: American Medical Association.
- Luk, J., Gross, P. y Thompson, W. W. (2020). Observations on Mortality during the 1918 Influenza Pandemic. Recuperado de: <https://academic.oup.com/cid/article-abstract/33/8/1375/347461>
- Mamelund, S. E. (2011). Geography may explain adult mortality from the 1918-20 influenza pandemic. *Epidemics*, 3(1), pp. 46-60.
- Martínez, D. (2003). La gripe española: la epidemia que vino de América. *Clío: el pasado presente*, pp. 60-61.
- Mills, I. (1986). The 1918-1919 Influenza Pandemic-The Indian Experience, *Indian Econ. & Soc. Hist. Rev.*, 23, pp. 1-40.
- Morens, D. M. y Taubenberger, J. K. (2010). Historical thoughts on influenza viral ecosystems, or behold a pale horse, dead dogs, failing fowl, and sick swine. *Influenza Other resp Viruses*, 4, pp. 327-337.
- Nelson, M. I. y Holmes, E. (2007). The evolution of epidemic influenza. *Nat Rev Gen*, 8, pp. 196-205.
- Olson, D. R., Simonsen, S., Edelson, P. J. y Morse, E. S. (2005). Epidemiological evidence of an early wave of the 1918 influenza pandemic in New York City. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 102(31), pp. 11059-11063.
- Ortiz de Lejarazu, R. (2006). Claves de la epidemiología y ecología de los virus gripales. En *Plan de Formación en Gripe*. Madrid: Ergon, tomo VI, pp. 1-79.
- Ortiz de Lejarazu, R. (2018). La pandemia de Gripe Española vista desde el siglo XXI. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 55, pp. 367-384.
- Oxford, J. S., Lambkina, R., Seftona, A., Daniels, R., Elliot, A., Brown, R. y Gilla, D. (2005). A hypothesis: the conjunction of soldiers, gas, pigs, ducks, geese and horses in Northern France during the Great War provided the

- conditions for the emergence of the “Spanish” influenza pandemic of 1918-1919. *Vaccine*, 23, pp. 940-945.
- Patterson, D. y Pyle, G. (1991). The Geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bulletin of History of Medicine*, 65 (1), pp. 4-21.
- Pérez, V. (1980). *La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XX*. Madrid: Siglo XXI.
- Porpeta, F. (1918). *Cartilla sanitaria contra la gripe o influenza*. Madrid: Casa editorial M. Núñez Samper.
- Porras, M. I. (1994). *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*. Tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- Porras, M. I. (1997). *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919*. Madrid: Comunidad de Madrid : Editorial Complutense.
- Porras, M. I. (2018). La pandemia de gripe de 1918-1919. El enemigo temido cien años después. *Revista de Occidente*, 448, pp. 95-106.
- Rabadan, R., Levine, A. J. y Robins, H. (2006). Comparison of Avian and Human Influenza. A Viruses Reveals a Mutational Bias on the Viral Genomes. *J. Virol.*, 80, pp. 11887-11891.
- Reid, A. (2005). The Effects of the 1918-1919 Influenza Pandemic on Infant and Child Health in Derbyshire. *Medical History*, 49, pp. 29-54.
- Rice, G. (1988). *Black November: The 1918 Influenza Pandemic in New Zealand*. Wellington: Allen & Unwin.
- Riera, J. (2017). Román García Durán (1863-1952), académico y epidemiólogo. La gripe de 1918 en Valladolid. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid*, 54, pp. 209-250.
- Rivero, M. D. (2016). La “gripe española” en perspectiva médica: los brotes de 1918-1919 en la escena científica argentina. *Revista Ciencia Salud*, 14, 2, pp. 281-293.
- Rodrigo, L. (1919). *La lucha contra la gripe en la provincia de Cádiz*. Cádiz: Imprenta la Unión.
- Rodríguez, E. (2001). El informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado a la Fundación Rockefeller. *Cronos*, 14 (1-2), pp. 63-79.
- Sánchez, L. V., González, P., Neri, R. y Hernández, E. (2019). La pandemia de gripe de 1918-1919 en territorio asturiano: de padecimiento histórico a enfermedad emergente cien años después. *Ería*, 2019-1, pp. 79-97.

- Sánchez, Á. (1919). *Contribución al estudio de la gripe de 1918 en la provincia de Castellón*. Castellón: Hijos de J. Armengot.
- Sydenstricker, E. (1918). Preliminary Statistics of the Influenza Pandemic. *Public Health Reports*, 33, pp. 2305-2321.
- Tabenberger, J. K., Reid, A. H. y Fanning, T. G. (2001). Integrating historical, clinical and molecular genetic data in order to explain the origin and virulence of the 1918 Spanish influenza virus. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, pp. 1829-1839.
- Taubenberger, J. K. y Morens, D. M. (2006). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, vol. 12, 1, pp. 15-22.
- Tautenberger, J. K., Reid, A. H., Krafft, A. E., Bijwaard, K. E. y Fanning, T. G. (1997). Initial Genetic Characterization of the 1918 'spanish' Influenza Virus. *Science*, 275 (5.307), pp. 1793-1796.
- Tobías, J. (1920). *La epidemia de gripe de 1918-1919*. Buenos Aires: Las Ciencias.
- Tomkins, S. (1992). The Influenza Epidemic of 1918-19 in Western Samoa. *Pacific Hist.*, 1992, 27, pp. 181-97.
- Tuckel, P., Sassler, S. L., Maisel, R., y Leykam, A. (2006). The Diffusion of the Influenza Pandemic of 1918 in Hartford, Connecticut. *Social Science History*, 30, 2, pp. 167-196.
- Tumpey, T. M. *et alii* (2005). Characterization of the reconstructed 1918 spanish influenza pandemic virus. *Science*, 310 (5.745), pp. 77-80.
- Valdez, R. (2002). Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919. *Elementos*, 47, pp. 37-43.
- Vaughan, V., C., Vaughan, H. F. y Palmer, G. (1922). Influenza. En V. V. (eds.). H. Vaughan, H. y G. Palmer, G. *Epidemiology and Public Health*, vol. 1. St. Louis: CW Mosby, pp. 1297-1408.
- Viboud, C., Grais, R. F., Lafont, B. A., Miller, M. A. y Simonsen, L. (2005). Multinational Impact of the 1968 Hong Kong Influenza Pandemic: Evidence for a Smoldering Pandemic. *The Journal of Infectious Diseases*, 192, 2, pp. 233-248.
- Viboud, C., Simonsen, L., Fuentes, R., Flores, J. y Miller, M. (2013). Global mortality impact of the 1957-1959 influenza pandemic. *The Journal of Infectious Diseases*, 213, pp. 738-745.
- Winter, J. (2010). L'influenza spagnola. En Audoin-Rouzeau, S. y Einaudi, B. J. *La prima guerra mondiale*. Torino, p. 288.