

LUIS VICENTE SÁNCHEZ FERNÁNDEZ*, PEDRO ARCOS GONZÁLEZ**,
ROLANDO NERI VELA***, ELISA HERNÁNDEZ MARTÍN****

* Departamento de Medicina (Área: Historia de la Ciencia). Universidad de Oviedo. ** Departamento de Medicina (Área: Medicina Preventiva y Salud Pública). Universidad de Oviedo. *** Escuela Médico Naval. Universidad Naval. México. **** Hospital Universitario Gregorio Marañón. Unidad de Reanimación

La pandemia de gripe de 1918-1919 en territorio asturiano: de padecimiento histórico a enfermedad emergente cien años después

RESUMEN

La pandemia de gripe de 1918 y 1919 ha sido considerada una de las mayores catástrofes sanitarias del siglo XX. España alcanzó una tasa de mortalidad de 13,03 por mil habitantes. Este estudio pone de manifiesto una realidad diferenciadora en el Principado de Asturias, por un lado: Oviedo, Gijón y Avilés como núcleos urbanos con una tasa de mortalidad de 8,84 por mil habitantes y de otro Cangas del Narcea representativo de una zona rural donde la enfermedad duró más tiempo y causó una mortalidad significativamente mayor. Esta gripe es una enfermedad que sigue activa entre nosotros.

RÉSUMÉ

L'Influenza de 1918-1919 dans le territoire asturien : Analyse d'un processus de 100 ans allant de la souffrance historique à la maladie émergente.- La pandémie de gripe de 1918 et 1919 en Espagne a été considérée comme l'une des plus grandes catastrophes sanitaires du XX^e siècle, atteignant un taux de mortalité de 13,03 pour mille habitants. Cette étude montre de différents impacts de l'épidémie dans les zones urbaines et rurales de la Principauté des Asturies. Dans les zones urbaines d'Oviedo, de Gijón et d'Avilés, le taux de mortalité était de 8,84 pour mille habitants, tandis que dans la zone rurale de Cangas del

Narcea, la maladie a duré plus longtemps et a entraîné une mortalité nettement plus élevée. Bien que présentant des différences épidémiologiques et temporelles, la grippe reste une maladie périodiquement présente parmi nous.

ABSTRACT

The Influenza pandemics of 1918-1919 in Asturian territory: Analysis of a 100-year process going from historical suffering to emerging disease.- The 1918/19 influenza pandemic has been considered one of the biggest health disasters of the twentieth century. In Spain it reached a mortality rate of 13.03 per thousand inhabitants. This study shows a distinct reality in the Principality of Asturias, on the one hand we have Oviedo, Gijón and Avilés as centers of urban structure with a mortality rate of 8.80 per thousand inhabitants. On the other hand, Cangas del Narcea, representing a rural area, where the disease lasted longer and caused a significantly higher mortality. Flu is a disease that is still active today.

PALABRAS CLAVE/MOTS CLÉ/KEYWORDS

Pandemia, fiebre, gripe, hospital, mortalidad.
Pandémie, fièvre, grippe, mortalité hospitalière.
Pandemic, fever, flu, hospital mortality.

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos epidémicos han tenido desde siempre un interés especial debido a su carácter explosivo, al importante número de muertos y afectados, al estado de alarma que generan entre la población sin respetar clases sociales, así como a sus importantes repercusiones económicas y sociales. Este trabajo analiza la epidemia de gripe de 1918-1919, fecha clave en la historia moderna del mundo occidental pues la Gran Guerra llegaba a su fin, los Estados Unidos asumían el papel de

potencia económica y militar, el capitalismo industrial se expandía y la Revolución soviética vencía a la Rusia zarista.

La gripe es una enfermedad estacional y de transmisión fundamentalmente aérea. Tiene un corto periodo de incubación y una clínica característica con fiebre de 38° a 41 °C. El término *grippe* proviene del francés y significa «garra» o «gancho» por el significado de atrapamiento; *influenza* deriva del italiano porque históricamente se ha considerado influida por factores climáticos externos como el aire o la temperatura.

La primera forma inequívoca de este mal sobre Europa data de 1170 a las que siguieron por lo menos otros 47 brotes (VALDEZ AGUILAR, 2002: 37); es factible que traspasase el océano Atlántico con el segundo viaje de Cristóbal Colón (MARADONA HIDALGO, 2010, pp. 97-106). Se piensa que fuese endémica en Asia y a partir de 1850, una vez desarrollado el sistema de transporte a largas distancias, se hizo global. La pandemia de 1918-1919 es conocida como *gripe española* porque España, neutral en la Primera Guerra Mundial, notificó su presencia. De manera eufemística se denominó *enfermedad reinante* o *mal de moda*. Se cree que el brote inicial se detectó el 4 de marzo de 1918 en un campamento del ejército norteamericano (ECHEVERRI DÁVILA, 1993, p. 63)¹; la segunda oleada, más letal, llegó a finales de agosto, y la última incidencia apareció en enero de 1919. Otros investigadores apuntan la posibilidad de que el origen estuviese en los cuarteles de soldados británicos y franceses durante el invierno de 1917. El detonante final para la expansión fue el fin de la Gran Guerra con la vuelta de los millones de soldados a sus países de origen (OXFORD y otros, 2005, pp. 940-945). Hoy está considerada como la última gran crisis de mortalidad de nuestra historia, pues provocó la muerte de unos cien millones de personas en todo el mundo (Echeverri Dávila, 1993, p. 125).

Los investigadores Smith, Andrews y Laidlaw aislaron en un laboratorio de Londres en 1933 el patógeno causal; se trata de un virus RNA de la familia *Orthomyxoviridae*, género *Influenza virus*, tipo A, subtipo H₁N₁ y reconstruido años más tarde por Jeffrey K. Taubenberger. Estudios recientes parecen demostrar que en 1907 un virus humano H₁ interactuó con otro aviar N₁ dando lugar al virus pandémico de 1918; estuvo activo hasta 1957 y emergió de nuevo en China y en Rusia en 1977 (TAUBENBERGER y otros, 1997, p. 1793); en la misma línea de García Sastre concluye que este patógeno tuvo «una virulencia excepcional» (TUMPEY y otros, 2005). 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 MOCHALES y LÓPAZ PER, 2009). Es más, el brote mejicano y estadounidense de 2008 fue causado por el virus A H₁N₁ que recibió el adjetivo de pandémico, emparentado filogenéticamente con la cepa de gripe de 1918 (HOLLENBECK, 2009, pp. 348-351), e infectó en menos de un mes a 12.515 personas con 74

muerdos de 43 países, para rebrotar de nuevo en 2011² (MANRIQUE y otros, 2009, p. 191, y MURILLO-GODÍNEZ, 2011, p. 463). En el momento actual dicho virus circula dentro del mundo occidental.

Como los subtipos de Influenza se encuentran en reservorios de aves acuáticas y silvestres no es posible erradicarlos, por lo que las únicas medidas para evitar la enfermedad son la prevención y el control vacunal. No obstante, debemos saber que esta dolencia ataca a todas las poblaciones, pero la realidad infectiva se incrementa en función de la emigración, inmunidad, urbanización, hacinamiento, falta de higiene, desnutrición y carencia de medicinas. En ocasiones excepcionales el proceso se complica con hipoxemia severa, por neumonía primaria o bacteriana secundaria, que precisa ingreso en las unidades de cuidados intensivos; en aquellas personas que precisen intubación y ventilación mecánica la posibilidad de morir se incrementa el 30 % (RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ y otros, 2010, pp. 24 y 29).

También cabe la posibilidad que una pandemia gripal afecte en mayor medida a los niños por la ausencia de recuerdo inmunológico y por el exceso de contacto al convivir en escuelas y guarderías (VAN SEVENTER y otros, 2009, p. 115). De ahí que la opinión de McKeown se mantenga vigente desde 1971 cuando afirmaba que esta patología:

Es la única enfermedad epidémica infecciosa que en los países tecnológicamente avanzados representa actualmente una amenaza comparable a la experimentada en siglos anteriores a causa de enfermedades tales como la peste y el tifus (MCKEOWN, 1976, p. 101).

El primer análisis global de esta gripe en España corresponde a Echeverri Dávila en 1993. A su vez, en 1919 contamos con los trabajos pioneros al respecto; así Castillo Saiz analizó lo ocurrido en Cuenca y Rodrigo Lavín hizo lo propio con Cádiz³. En la actualidad existen 35 publicaciones de diferentes lugares de nuestro país entre las que destacamos las de Bernabeu Mestre y colaboradores sobre Alicante (1991), Rodríguez Ocaña sobre Barcelona (1991) y Porras Gallo sobre Madrid (1994 y 1997). Trabajos que poseen la singularidad de que sus autores conocen de manera exhaustiva el territorio y cuando se lleve a cabo una investigación del conjunto cabe la posibilidad de saber la cifra exacta de mortalidad y el modo como

² Existen estudios que demuestran que personas de más de 65 años presentan inmunidad frente a este virus, lo cual quiere decir que en su momento estuvieron expuestos (en <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/es/> [consulta: 27-6-2017]).

³ Castillo Saiz (1919) y Rodrigo Lavín (1919).

¹ Es posible que el foco originario fuese Asia (González García, 2013, p. 314).

se resolvió el conflicto de salud-enfermedad a escala nacional. Incluso la propia Echeverri Dávila recomienda seguir en la senda de estas valoraciones para desentrañar asuntos no aclarados aún (ECHEVERRI DÁVILA, 1993: XIII, y CHOWELL y otros, 2014, p. 371).

Esta pandemia (1918-1919) estuvo relegada al olvido a pesar de su importancia histórica. En los últimos años ha suscitado un creciente interés en Europa, Estados Unidos y países hispanoamericanos tal como lo acredita la bibliografía existente⁴ y gracias a la labor de los epidemiólogos David Patterson y Gerald Pyle (1991) sabemos que la mayor afectación ocurrió en África y Asia y que las zonas menos estudiadas corresponden a Europa del Este, China, Sudeste Asiático y Oriente Medio. En la Conferencia Internacional celebrada en 1998 en Ciudad del Cabo se concluyó en mantener activa la investigación bajo nuevas perspectivas y abordajes multidisciplinarios (GONZÁLEZ GARCÍA, 2013, pp. 317 y 319). Así mismo, referimos como ejemplo de lo dicho tres publicaciones recientes; la primera es la monografía *The Spanish influenza pandemic of 1918-1919. Perspectives from the Iberian Peninsula and the Americas* (PORRAS GALLO y DAVIS, 2014), la segunda referencia es *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo* (SPINNEY, 2018) y la última es el artículo «The 1918 flu, 100 years later» (BELSER y TUMPEY, 2018).

Todos los hechos referidos nos motivaron a iniciar una pesquisa con lo ocurrido en Asturias desde las áreas de Historia de la Ciencia y de Medicina Preventiva y Salud Pública, ambas pertenecientes al Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo. Nuestro proyecto plantea un estudio sobre el padecimiento y su entorno tratando de cubrir el vacío existente analizando las condiciones de vida en Asturias, el conocimiento de la ciencia médica del momento, la respuesta de los poderes públicos y la reacción ciudadana. Igualmente pretendemos evaluar las repercusiones demográficas y la mortalidad por grupos de edad, sexo, ocupación, estado civil, lugar de residencia; así como la evolución y su tratamiento, puesto que esta enfermedad no es solo una curiosidad meramente histórica y cuanto más se sepa acerca de ella puede servir de modelo para prevenir futuras pandemias. El principal problema planteado fue la carencia de documentos archivísticos significativos por lo que recurrimos al *Libro de Registro Civil* de Oviedo, revisamos el *Boletín Oficial de la Provincia*, analizamos *El Siglo Médico*,

consultamos al Instituto Nacional de Estadística y emprendimos un vaciado de todos los periódicos regionales, puesto que la prensa moderna pretendía generar un estado de opinión en cuestiones de política, economía, etcétera, y en nuestro caso sobre medicina. El resultado final indica la existencia de una epidemia que afectó de forma desigual a toda la provincia estableciendo dos espacios geográficos bien diferenciados: de una parte la zona central asturiana (Oviedo, Gijón y Avilés) con una intensidad máxima en octubre de 1918 frente a un concejo rural (Cangas del Narcea) donde se mantuvo activa cinco meses.

I. REALIDAD TERRITORIAL, HIGIÉNICA Y ORGANIZACIÓN SANITARIA EN ASTURIAS. COMPARATIVA GRIPAL ENTRE ESPAÑA Y ASTURIAS

La situación política en la España de la Restauración (1875-1923) era muy complicada, y más tras la pérdida de las últimas posesiones de Ultramar. Con la Primera Guerra Mundial en marcha la riqueza nacional mejoró gracias a la exportación hullera y siderúrgica, pero el descontento entre la clase obrera se incrementó por el desabastecimiento de productos básicos junto con el alza de los precios. Circunstancias que culminaron en la huelga general de agosto de 1917 y que en Asturias tuvo un alto seguimiento. Con el fin de la contienda España entró de nuevo en una atonía económica que generó una crisis del sistema parlamentario (URÍA GONZÁLEZ, 1990, pp. 773-778, y VILAR, 1996, p. 117-120). En aquel tiempo el 70 % de la población trabajadora española mantenía actividades agrícolas, el 5,5 % de las mujeres estaban ocupadas en el servicio doméstico y la mortalidad media llegaba a 28,4 por mil habitantes, la más alta de Europa exceptuando Rusia y el Imperio Austro-húngaro; en los países como Noruega, Suecia, Italia, Alemania y Francia se hallaba entre 14 y 20 por mil (SÁNCHEZ JIMÉNEZ, 1990: 75-116). Indicadores que ponen de manifiesto que aquella sociedad era de tipo preindustrial y atrasada en comparación con los estados de su entorno.

Asturias tiene una superficie territorial de 10.603,57 km² y según el censo modificado de 1910 contaba con 715.476 habitantes; así mismo estaba considerada como una provincia pobre, con mucha emigración y con un sistema sanitario defectuoso⁵. De manera específica apuntamos

⁴ Encontramos muchos artículos publicados entre 2001 y 2015 procedentes de Inglaterra, Italia, Estados Unidos, Alemania, Noruega, Australia, Suiza, Japón y Canadá, y de Brasil, México, Argentina, Colombia y Chile.

⁵ *Anuario Estadístico de España* (1920): Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, p. 22.

CUADRO I. Mortalidad comparada de España y Asturias (tasas por mil habitantes)

Periodo	España (rango)	Asturias (rango)	Razón mortalidad comparada
1. ^a fase (primavera 1918)	0,04-0,65	0,04-0,18	3,6
2. ^a fase (otoño 1918)	0,50-1,4	4-6,99	2
3. ^a fase (primeros meses 1919)	0,07-1,40	0,07-0,39	3,58

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Echeverri Dávila, 1993, pp. 88, 93 y 94.

que la tasa de mortalidad de Gijón ascendía a 31,90 por mil (Portolá, 1918, p. 276). No obstante, en comparación con el resto del territorio nacional el Principado ocupaba el quinto lugar detrás de País Vasco, Baleares, Navarra y Cantabria (DOMÍNGUEZ MARTÍN y GUIJARRO GARVI, 2000, pp. 118, 120 y 127).

La zona central escogida poseía en común un núcleo urbano y muchas parroquias rurales dispersas con una población total de 120.548 habitantes (Oviedo, 52.000; Gijón, 55.648 y Avilés, 12.900) repartidos en 404 km²; en Cangas del Narcea residían 23.104 personas en 825 km². Por tanto, abarcamos el 11,59% del territorio provincial y el 20,07% de su población. En el núcleo central había contratados once médicos; esto es, a cada profesional le correspondían 10.959 personas; Cangas del Narcea contaba con tres médicos titulares y cuatro que ejercían de manera privada, y dado que todos se involucraron en las tareas curativas de la gripe a cada uno le correspondían 3.300 individuos⁶.

Las condiciones generales de vida eran diferentes según se residiese en la ciudad, con un empleo digno, o bien obreros de los arrabales que ganaban un escaso jornal o que fuesen campesinos laborando a partes iguales entre la casería y las fábricas. Como ejemplo referimos que Oviedo tenía 1.716 edificaciones censadas, algo más de la mitad eran nuevas y con ciertas condiciones higiénicas. Pero, el ambiente general resultaba insalubre por el hacinamiento, la deficiencia del alcantarillado, la falta de policía sanitaria o los malos hábitos higiénicos personales (BUYLLA ALEGRE y SARANDESES ÁLVAREZ, 1959, p. 30). En Gijón, ciudad industrial por excelencia, se construían moradas para los obreros en las cuales la «higiene brilla por su ausencia» y las viviendas del labrador «resultaban inmundos refugios donde se amontonan las familias», sin escusados, compartiendo espacio con los animales y con el estiércol a la puerta de casa (PORTOLÁ, 1918, pp. 126, 127 y 191). En cuanto a la dieta indicamos que la clase alta llevaba «un régimen mixto y bien

proporcionado». Sin embargo, el campesino ingería *les fariñes*, harina de maíz cocida con leche, y *olla*, guiso de verduras o alubias, con trozos de cerdo salado y algo de embutido. A los menos pudientes les quedaba el recurso limosnero de la Cocina Económica (GONZÁLEZ VALDÉS, 1911, pp. 95 y 103).

La salud pública española era muy defectuosa por la insalubridad de las viviendas, las anomalías en infraestructuras relacionadas con el ciclo del agua de la bebida o el alcantarillado y en el «hambre crónica» que padecía el proletariado urbano; así como por la pobreza de la población (BERNABEU-MESTRE y GALIANA SÁNCHEZ, 2011). El escenario era tan complicado que el político vallisoletano Cesar Silió y Cortés refería en 1900 que España era *el país de la muerte*; dos años después el director general de Sanidad, Ángel Pulido Fernández, hablaba de «un pueblo abandonado y sin defensa» (GARCÍA GUERRA y ÁLVAREZ ANTUÑA, 1994, pp. 23-41). Situación que impulsó una reforma sustancial de la Ley de Sanidad, en vigor desde 1855, con la instauración de la Instrucción General de Sanidad de 1904 bajo la tutela del Ministerio de la Gobernación. Entre sus responsabilidades quedaba el establecimiento de los Laboratorios de Higiene e Institutos de Vacunación en ciudades que superasen los 15.000 habitantes y la constitución de una comisión de «epidemias y epizootias» con la facultad de declarar el estado epidémico. No obstante, el asunto sanitario quedaba en manos de las juntas locales, antes que tenían la obligación de ofrecer «un local preparado para aislamiento de los primeros casos de epidemia». Entramado legislativo que no funcionó a pesar de que la gripe estaba considerada de declaración obligatoria desde 1904 (RODRÍGUEZ OCAÑA y MARTÍNEZ NAVARRO, 2008, pp. 52-55).

Como síntesis de toda la realidad sanitaria española nos servimos del trabajo realizado por el médico neoyorquino Charles A. Bayle enviado a nuestro país en 1924 por la Fundación Rockefeller. Su informe indicaba el atraso, la desidia y la falta de preparación de los médicos nativos. Aspectos que implicaban unas altas tasas de mortalidad infantil y general; así como las específicas por enfermedades infectocontagiosas. En su conclusión

⁶ Gijón contó con 11 médicos más que ejercían de forma privada según datos de *Topografías Medicas* y del INE.

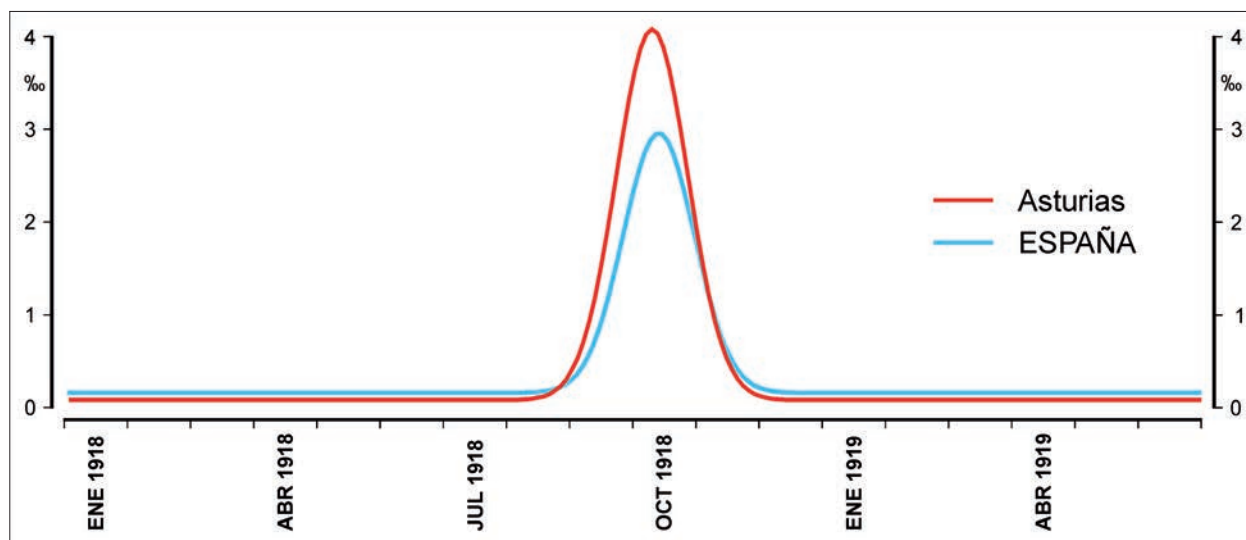


FIG. 1. Evolución de la epidemia de gripe de 1918/1919 en España y en Asturias (fuente: elaboración propia a partir de datos de Echeverri Dávila, 1993, pp. 181-186).

manifestaba que «la sanidad [española] es un desastre» (RODRÍGUEZ OCAÑA, 2001, pp. 63-79).

En cuanto a Asturias, particularmente en sus principales municipios urbanos, referimos que Oviedo disfrutaba de un Hospital Provincial en el que trabajaban cinco médicos (CABAL, 1985, pp. 351-426). También contaba con una Casa de Socorro, un Laboratorio Químico Municipal y un Laboratorio Bacteriológico; pero, en palabras del citado Bayle, en estos recintos «apenas hay pruebas de que se trabaje» (RODRÍGUEZ OCAÑA, 2001, p. 70). La asistencia sanitaria gijonesa se llevaba a cabo en el Hospital de Caridad, edificio «anticuado y pequeño» en el que habilitaron una Casa de Socorro, atendido por las Hijas de la Caridad, un médico, un cirujano y un practicante; también tenían Laboratorio Químico Municipal. Avilés contaba con un Hospital de Caridad, que hacía las veces de Casa de Socorro, con tres médicos (FERNÁNDEZ-RUIZ, 1965, pp. 87-89).

España fue afectada por tres periodos epidémicos: el primero ocurrió en la primavera de 1918, el segundo en el otoño del mismo año y el tercero durante el primer trimestre de 1919. En el invierno de 1920 hubo un cuarto brote menos intenso que los anteriores. La edad más afligida se encuentra entre los 20 y 40 años, con un pico máximo en el rango de 25-30, a continuación se hallan los menores de 12 meses y de 1-4 años; existiendo igualdad de sexos. En aquel tiempo residían dentro del Estado 20.719.598 habitantes y sumó 182.865 defunciones oficiales. No obstante, Echeverri Dávila calculando al alza apunta 270.000; por tanto, la tasa de mortalidad fue de

13,03 por mil habitantes, equivalente al 1,30 % de la población y representa una crisis demográfica importante. Además, refiere que el 45 % de las muertes ocurrieron en octubre de 1918⁷. De manera particular provocó la muerte de 146 médicos (ECHEVERRI DÁVILA, 1993, pp. 89-94, 120-125 y 155); en Asturias fallecieron tres⁸.

La media de mortalidad europea fue del 1,1 % de la población y el mayor daño ocurrió en Italia, Bulgaria, España y Portugal y el menor en Finlandia. Igualmente se apunta que de las 49 provincias españolas la máxima mortalidad recayó en Burgos con 1.464 defunciones por 10.000 habitantes y la menor en Canarias, donde apenas se registró mortalidad alguna; Asturias ocupó el puesto 30 (CHOWELL y otros, 2014, pp. 371-382). Para entender lo ocurrido en Asturias en relación con España tenemos el cuadro I y la figura 1.

II. FUENTES Y METODOLOGÍA

Ante la carencia más absoluta de bibliografía previa decidimos analizar de forma exhaustiva las escasas fuentes primarias. A tal fin, recurrimos

⁷ Desde 1880 España tuvo crecimientos de la población excepto en la epidemia de cólera de 1885, la gripe de 1918/1919 y la Guerra civil de 1936/1939 (NADAL, 1991, pp. 23 y 24). El Dr. Trilla indica una mortalidad del 1,5 % de la población (TRILLA, 2008, pp. 668-673).

⁸ *El Noroeste*, 22, 26, 27 de octubre de 1918; 1 y 6 de noviembre de 1918; *El Comercio*, 21 y 28 de octubre de 1918; y *El Oriente de Asturias*, 5 y 6 de octubre de 1918; 2 y 9 de noviembre de 1918.

- al Archivo Histórico de Asturias (AHA) [*Libro de Actas de las Sesiones de la Diputación Provincial del 4 de enero al 28 de diciembre de 1918*, núm. L-11.116-192, y *Libro de Actas de la Comisión Provincial, año 1919*, L-11.117-193, sesión 31 de enero de 1919, f. 43];
- al Archivo Municipal de Oviedo (AMO) [*Libro de Actas*, 1918 y 1919];
- al Archivo Municipal de Cangas de Narcea [*Expediente de Constitución de la Junta Local de Subsistencias*, 22 y 24 de septiembre de 1918; 17, 22, 23 y 24 marzo 1919; y *Libro de Acuerdos (Libro de Actas)*, 21 de septiembre de 1918 y 9 de noviembre de 1919];
- al *Boletín Oficial del Principado de Oviedo (BOPO)* [años 1918 y 1919].

Igualmente localizamos un escrito de G. Díaz Morodo (1918-1919): «Crónicas de la epidemia de gripe de 1918 en el concejo de Cangas del Narcea y lista de fallecidos», en *Asturias*, La Habana. Artículo muy interesante sobre la situación socio-económica del concejo de Cangas del Narcea, así como del número de defunciones durante el referido proceso gripal.

Así mismo, para conseguir los objetivos propuestos utilizamos la información de todos los diarios provinciales vaciando las referencias sobre lugares y época de estudio; puesto que la prensa española está reconocida como un cauce importante de difusión de conocimiento (LARRIBA, 2007, pp. 119-145). Los periódicos analizados fueron: *El Carbayón* (Oviedo), 1879-1936; *El Comercio* (Gijón), 1879-1936; *El Noroeste* (Gijón), 1897-1936; *La Voz de Avilés* (Avilés), 1908-1939; *El Oriente de Asturias* (Llanes), 1885-1958; *El Pueblo* (Llanes), 1907-1934; *El Eco de los Valles* (Peñamellera), 1902-1936; *Río Navia* (Navia), 1913-1922; y *El Correo de Asturias* (Oviedo), 1890-1922. Aspecto que nos permitió conocer la evolución diaria, las medidas tomadas por las autoridades o el temor popular ante la pandemia.

También analizamos *El Siglo Médico*, núm. 3.376 (24-8-1918): «La epidemia actual de gripe», Dr. Durán de Cottes, p. 706; núm. 3.380, nota editorial, p. 787; núm. 3.381 (28-9-1918): «La gripe nuestra información», Dr. Martín Salazar, Dr. Pittaluga, Dr. del Valle y Aldabalde y Dr. Albasanz, pp. 796-800; núm., 3.426 (9-8-1919): «Consideraciones sobre el diagnóstico de la gripe», Dr. Cesaldo de la Real Academia Nacional de Medicina, pp. 653-659; núm. 3.405 (15-4-1919): «A propósito del tratamiento de la gripe; urotropina y azul de metileno», doctores Loeper y Grosdidier, p. 216; G. Marañón, G. Pittaluga

y A. Ruiz Falcó (1918): «Informe sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España», pp. 916-921. Con su lectura pudimos evaluar de primera mano el conocimiento que tenían los médicos españoles acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Igualmente consultamos al Instituto Nacional de Estadística (INE)⁹ y el *Anuario Estadístico de España* (1915-1920). Madrid. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Por último, acudimos al Registro Civil de Oviedo donde consultamos el *Libro del Registro Civil* de Oviedo (años 1918-1919), material que nos permitió registrar los fallecimientos de Oviedo diariamente desde el 1 de enero de 1918 al 31 de mayo de 1919; para su representación se normalizaron por 100.000 habitantes. El análisis de mortalidad del periodo estudiado refleja la existencia de dos periodos: uno epidémico (27 de septiembre a 6 de noviembre de 1918), otro no epidémico (el resto de días). Esto permite llevar a cabo una distribución de mortalidad por sexo y grupos de edad, para intentar determinar la población más vulnerable. Para ello, calculamos el porcentaje de mortalidad con arreglo a las muertes totales o por sexo en cada periodo respectivo.

Las defunciones debidas a la gripe se hallaron restando del total de fallecidos en el periodo de epidemia la media de casos que de forma habitual se producían en la ciudad en el periodo no epidémico. Los datos se expresan como porcentaje de ocurrencia o como la media aritmética y el cálculo de la dispersión estimando el intervalo entre el valor máximo y mínimo, mediante el análisis del intervalo de confianza (IC) con una probabilidad de acierto del 95%. Para determinar si las diferencias entre las medidas de los valores fueron estadísticamente significativas se realizó el test de la *t* de Student para datos independientes, considerándose significativos valores de $p < 0,05$, lo que indica que el riesgo de error es inferior al 5%.

La metodología se aplicó en varias fases pero cumpliendo siempre el método científico (formulación de hipótesis de la existencia de la epidemia, análisis de las referencias primarias y secundarias y sus conclusiones pertinentes).

III. ESPACIOS DE INVASIÓN DE LA GRIPE

Ciñéndonos a Asturias tenemos documentos que acreditan que la pandemia afectó a distintas áreas de

⁹ En <<http://www.ine.es/inebaseweb>> (consulta: 17-1-2017).

CUADRO II. Mortalidad bruta en Asturias por enfermedades relacionadas con la gripe entre 1915 y 1920

Año	Gripe	Tuberculosis pulmonar	Bronquitis aguda	Bronquitis crónica	Neumonía	Otras enfermedades respiratorias, excepto tuberculosis
1915	113	1.276	888	341	445	829
1916	144	1.307	909	346	486	839
1917	192	1.427	801	360	576	971
1918	4.544	1.872	1.351*	404	1.071*	028*
1919	681	1.239	710	311	504	807
1920	388	1.359	727	242	428	807

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística. Anuario de 1915 a 1920.

El signo * indica que las cifras son exactas.

la provincia, pero con desigual intensidad. Así mismo, dejamos constancia de todos los puntos donde hubo fallecidos; estos son: Oviedo, Gijón, Avilés y Cangas del Narcea, que trataremos a continuación. Más 609 muertos repartidos por los concejos de Villaviciosa (Colunga), 2; Noreña, 5; Mieres (Ujo), 37; Langreo, 300¹⁰; Salas (Cornellana), 116¹¹, Navia, 72; Llanes, 17 y Cabrales, 60¹².

La cifra oficial de defunciones notificadas por gripe en Asturias fue de 4.544 personas¹³. No obstante, los datos (cuadro II) de los *Anuarios Estadísticos* de España de 1915-1920 revelan una mortalidad adicional por procesos de comorbilidad con gripe, por ejemplo incrementos en la tuberculosis (+39,48%), bronquitis aguda (+58,22%) y crónica (+25,13%) o neumonía (+121,34%). El porcentaje medio de esta sobremortalidad asociada a la gripe habría sido del 61,05 %, es decir unas 2.774 defunciones más probablemente debidas a complicaciones del proceso inicialmente gripal. Esta cifra sumada a la que consta en la ya citada en el anuario del INE representa 7.318 defunciones totales¹⁴ (tasa de mortalidad de 10,22 por mil habitantes)¹⁵.

Mortandad que provocó situaciones de auténtico terror expresado de forma impecable por el periodista Gicara, quién afirmaba el 16 de octubre de 1918 desde Oviedo que «más que estragos, lo ocurrido está siendo una verdadera catástrofe», ya que no había un solo pueblo sin invadir, especialmente en la zona rural, donde «la peste deja como recuerdo de su paso lúgubre una estela de luto, de inconsolables dolores, de lágrimas...». También refería que la gente tenía tal pánico a la enfermedad que nadie salía de casa y de cómo los afectados morían por falta de asistencia médica o porque no encontraban a ninguno que les auxiliase ante el temor al contagio. Por ello «los más perecen de hambre, porque al caer enfermo el cabeza de familia falta en la casa el jornal para atender a las necesidades materiales»¹⁶.

Buenaventura María Díaz Plaja, gobernador civil de Asturias y presidente de la Junta de Provincial de Sanidad, obedeciendo órdenes del Gobierno de la nación, convocó el 13 de septiembre de 1918 a todas las Juntas Municipales de Sanidad para que supieran a qué atenerse pues —según sus propias palabras— «[la gripe] ya se ha presentado en otras provincias»¹⁷. Así mismo, nos consta que la primera noticia de que la epidemia gripal podía afectar a la población asturiana se dio a conocer el 30 de septiembre de 1918, cuando la Junta Provincial de Sanidad publicó en el *Boletín Oficial de Oviedo* «Instrucciones contra la gripe», que no eran más que consejos básicos destinados a la población para que supiera

¹⁰ Langreo en 1920 tenía 34.033 habitantes. Tasa de mortalidad 88,14 por mil o 8,81 % (en <<https://www.foro-ciudad.com/asturias/langreo/habitantes.html>>).

¹¹ Salas en 1920 tenía 14.072 habitantes. Tasa de mortalidad 7,74 por mil o 0,77 % (en <<https://es.wikipedia.org/wiki/Salas>>).

¹² *El Noroeste*, 22, 26, 27 de octubre de 1918, 1 y 6 de noviembre de 1918; *El Comercio*, 21 y 28 de octubre de 1918; *El Oriente de Asturias*, 5 y 6 de octubre de 1918, 2 y 9 de noviembre de 1918, y anónimo, 1940: 156. Cabrales en 1920 tenía 4.915 habitantes. Tasa de mortalidad 12,20‰ o 1,22 % (en <<https://es.wikipedia.org/wiki/Cabrales>>).

¹³ *Anuario Estadístico de España*, 1918 (en <<http://www.ine.es>> [consulta: 13-12-2017]).

¹⁴ Echeverri Dávila recomienda subir de 182.865 difuntos a 260.000, incluso a 270.000, 147,64 %; nuestra propuesta mejora la cifra de defunciones en Asturias un 161,04 % (ECHEVERRI DÁVILA, 1993, pp. 165-166).

¹⁵ *Anuario Estadístico de España. Año IV-1917* (1918): Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes. Madrid, p. 22.

¹⁶ López Álvarez (2012). Igualmente la prensa denunciaba la carencia de médicos en las partes más alejadas de Asturias. *El Noroeste*, 29 de octubre de 1918 y 2 de noviembre de 1918.

¹⁷ La primera noticia periodística al respecto se publicó el 20 de mayo en el diario madrileño *El Sol*, dos días más tarde salió en el también madrileño *ABC* y un día después en *Las provincias* de Valencia. Por tanto, era sabedor de la epidemia (PORRAS GALLO, 1994, p. 41, y TRILLA y otros, 2008, p. 669).

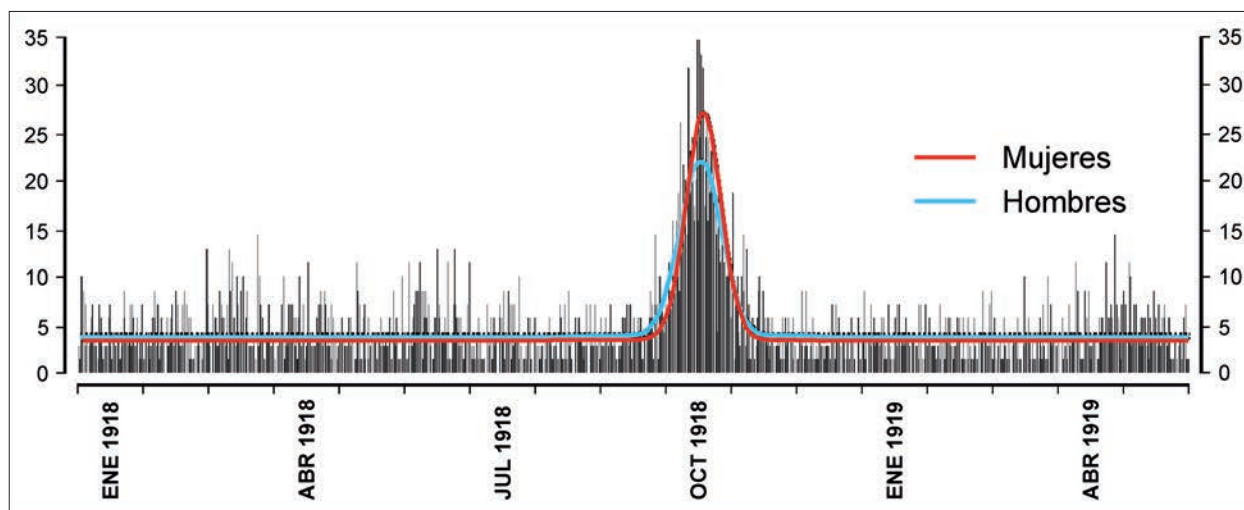


FIG. 2. Evolución de la epidemia de gripe de 1918/1919 en España y en Asturias expresado en número de fallecimientos día por cien mil habitantes. Las barras verticales grises representan los casos de hombre y las negras los de mujeres (fuente: elaboración propia a partir de datos de Echeverri Dávila, 1993, pp. 181-186).

a qué atenerse y se mantuviese tranquila¹⁸. Además, a partir de la última semana de octubre de 1918 quedó prohibido el traslado de enfermos infecto-contagiosos hacia el Hospital Provincial de Oviedo, disposición ratificada el 24 de marzo de 1919¹⁹. Igualmente apuntamos que el 4 de octubre de 1918 la Junta Provincial de Sanidad, bajo la presidencia de Restituto Pérez Alonso, estaba dispuesta a movilizar médicos allí donde fuese necesaria su presencia; situación que se planteó de nuevo el 22 de noviembre²⁰.

1. ESTUDIO DE LA GRIPE EN ZONAS URBANAS DEL CENTRO-NORTE DE ASTURIAS

En lo que respecta a la parte centro-norte de Asturias —Oviedo, Gijón y Avilés—, tenemos una publicación de otros autores que nos informan que la única enfermedad epidémica destacable entre 1914 y 1924 fue el episodio gripal; así mismo indican que el mayor impacto ocurrió en octubre de 1918, con un ligero repunte en marzo y abril de 1919. Sus cálculos muestran una mortandad de 1.900 personas; al seleccionar por edad refieren más daño para el grupo de entre cero y nueve años y

los que tenían entre 20 y 39 años; la mortalidad de hombres y mujeres fue idéntica (ÁLVAREZ PARDO y otros, 2008, pp. 93-106). Dado que estos autores basaron el estudio en datos estadísticos (50% de la población fallecida), decidimos averiguar lo ocurrido de manera exacta en Oviedo por ser la capital de la provincia; para ello anotamos las fechas de defunción habidas en el *Libro de Registro Civil* desde el 1 de enero de 1918 hasta el 31 de mayo de 1919 y de manera literal las causas de muerte durante el episodio epidémico. Producto de esta investigación es la figura 2. Adelantamos que el *Anuario* del Instituto Nacional de Estadística tiene anotados para Oviedo 419 difuntos²¹.

El número de fallecidos registrados en la ciudad de Oviedo, en el periodo ya citado, fue de 3.401, correspondiendo a 1.752 hombres y 1.649 mujeres. Tomando como referencia el censo de 1920, cuya población era de 69.375 habitantes, 32.143 hombres y 35.968 mujeres, el 54,5% de los fallecidos fueron varones y el 45,5%, mujeres. La representación de los casos por día, muestra un único brote epidémico para ambos sexos. Este se objetiva por un incremento de mortalidad que se ajusta a una distribución normal, con un pico coincidente con el 16 de octubre de 1918, y que se extiende desde el 27 de septiembre al 6 de noviembre de 1918. Dicha mortalidad sigue una distribución normal alcanzando el punto máximo, con unos 30 casos diarios, entre el 14 y el 17 de oc-

¹⁸ *Boletín Oficial de la Provincia de Oviedo (BOPO)*, 30 de septiembre de 1918.

¹⁹ *BOPO*, 25 de septiembre de 1918 y 24 de marzo de 1919.

²⁰ *Libro de actas de la comisión Provincial del 4 de enero al 28 de diciembre de 1918*, L-11.116-192, sesión 4 y 22, octubre de 1918, ff. 362 y 415.

²¹ INE. Defunciones, clasificadas por causas de muerte y por capitales. Resumen anual. *Anuarios* 1915-1921.

tubre de 1918, lo que supone unos 60 casos por 100.000 mil habitantes por día²².

Excluyendo el periodo considerado epidémico, la mortalidad media por día fue de 5,35 personas (IC: 5,09-5,61), o 15,6 (IC: 12,86-18,34) al expresar por 100.000 habitantes, siguiendo el censo de 1920 (ver figura 2). Por sexo correspondió a 2,82 hombres (IC: 2,69-2,91) y 2,53 mujeres (IC: 2,36-2,61). La media de edad al fallecimiento fue de 31,83 años (IC: 29,93-33,73) para los hombres y de 34,54 años (IC: 32,81-36,27) para las mujeres.

Durante el periodo considerado epidémico encontramos 859 defunciones, que se corresponden con 408 hombres y 451 mujeres. Siguiendo el censo de 1920, supuso una mortalidad de 1,27 % de todos los hombres y 1,25 % de todas las mujeres. La media de edad de defunción disminuyó respecto a la media regular, ya que fue de 28,57 años (IC: 26,32-30,82 años) en los varones ($p < 0,05$) y de 28,53 años (IC: 26,39-30,67 años) en las mujeres ($p < 0,001$). La cifra de muertes en este periodo incluye todas las causas, aquellas que se producen regularmente, más las debidas a la gripe, dado que no existe constatación fehaciente registrada de la causa de muerte de todos los fallecidos. Se encontraron anotaciones en 1.779 casos (52,3 %) de los 3.401 fallecidos, por lo que se optó por calcular las defunciones que presumiblemente fueron debidas a la gripe, mediante la substracción a los 859 casos totales de fallecimiento en el periodo epidémico, las 219 defunciones (5,35 casos día por los 41 días del brote) que estimamos habrían ocurrido igualmente de no haberse producido la epidemia. De este modo, las defunciones debidas a la epidemia de gripe podrían haber sido 640 en términos absolutos o 922 (IC: 760-1.084) por 100.000 habitantes.

La distribución de fallecimientos por grupos de edad, se obtiene en porcentajes en relación con el total de fallecidos en cada periodo, no epidémico o durante la epidemia, y en relación con el sexo. Durante la epidemia se observa un aumento en el porcentaje de población entre 25 a 40 años, hombres y mujeres, superior al que habitualmente presentaba, siendo inferior en menores de 1 año y mayores de 60 años.

El registro socio-demográfico de todos los fallecidos nos indica que disponemos de datos de profesión del 49,9 %²³, del estado civil del 41,05 % y de la zona de residencia (ciudad o periferia) del 52,76 %. Igualmente tene-

mos 972 casos con el motivo exacto de defunción que señalamos a pie de página²⁴; apreciamos una gran dispersión diagnóstica, aspecto no corregido a pesar que desde 1900 se puso en vigor en España la nomenclatura de las causas de muerte del Dr. Bertillón (1851-1922)²⁵ y pensamos, igual que lo ocurrido en Asturias, que es preciso corregir al alza la cifra oficial de decesos para colocarla en 640²⁶.

No obstante, los analizamos en relación a la muestra disponible. Aspecto que nos enseña que durante el periodo no epidémico tenemos 2.522 anotaciones que corresponden 53 % a hombres y 47 % a mujeres; durante el periodo epidémico constan 879 difuntos: 413 hombres (47 %) y 466 mujeres (53 %), tendencia seguida en el resto de España (Echeverri Dávila, 1993, p.102). En cuanto al estado civil en el periodo no epidémico tenemos 1.476 registros con 592 casados (40,10 %), 506 solteros (34,28 %), 372 viudos (25,20 %) y desconocidos 6 (0,40 %); durante la fase epidémica con 531 registros de 635 posibles encontramos 288 casados (54,23 %), 183 solteros (34,46 %), 59 viudos (11,11 %) y desconocido 1 (0,18 %). También referimos que la edad más frecuente de fallecimiento se mantiene dentro del rango de 20 a 40 años.

En el control de fallecidos en función del lugar de residencia encontramos que durante el periodo no epidémico registramos 974 defunciones distribuidas en 618 en Oviedo (63,44%) y 356 en la periferia (36,50%); en el momento epidémico con 637 difuntos identificados, descontando los 79 que fallecieron en las instituciones de acogida por desconocer su domicilio, tenemos 558 personas de las cuales 196 vivían en la propia capital (35,12%) y 362 (64,87%) en diversos puntos del concejo. Entre el 6 de septiembre y el 7 de noviembre de 1918 fallecieron en las instituciones de acogida 79 personas (63 en el Hospital Provincial y 16 en el hospital habilitado u «Hospitalillo» ubicado en el Seminario Conciliar²⁷); sus variables quedan expuestas en los cuadros III y IV.²⁸

²⁴ Bronconeumonía (159, 18,5 %), gripe (112, 13 %), bronconeumonía gripal (95, 11,1 %), neumonía gripal (91, 10,5 %), neumonía (72, 8,4 %), infección gripal (31, 3,6 %), tuberculosis pulmonar (219, 2,2 %), tuberculosis (147, 17, 2 %), bronquitis (10, 1,2 %), bronquitis capilar (8, 0,9 %); también hay asma (1), bronquitis asmática (1), bronquitis gripal (1), congestión pulmonar (1), fiebre catarral (1), fiebre gripal (7), gripe catarral (1), gripe hemorrágica (1), gripe infecciosa (3), gripe torácica (2), meningitis gripal (5), meningitis tuberculosa (1), miocarditis gripal (2), nefritis gripal (1), neumonía tuberculosa (1) y neumonía tífica (2).

²⁵ Este autor proponía cinco posibilidades de enfermar para el aparato respiratorio: tuberculosis pulmonar, bronquitis aguda, bronquitis crónica, neumonía y gripe (BERTILLÓN, 1899).

²⁶ Incremento que representa un 152,74 %.

²⁷ Funcionó entre el 17 de octubre y el 11 de noviembre de 1918. AMO: *Libro de Actas*, 8 y 15 de noviembre de 1918.

²⁸ En Oviedo: Tenderina (11, 1,3 %), Rosal (11, 1,3 %) y San Lázaro (10, 1,2 %); con menor cuantía tenemos: asilo de ancianos desamparados (1), las her-

²² El inspector de sanidad local decretó el fin de la epidemia el 9 de noviembre de 1918. Archivo Municipal de Oviedo (AMO): *Libro de actas*, 8 y 15 de noviembre de 1918.

²³ Las profesiones mayoritarias, 512, las dividimos en tareas propias de los hombres, 232 (obreros, labradores o jornaleros) y de mujeres, 280 (generalmente «sus labores»). Por tanto, la mayoría de defunciones corresponde a gente de clase baja.

CUADRO III. Defunciones en el Hospital Provincial de Oviedo durante la epidemia gripal

Sexo	Edad media (rango)	Enfermedad	Estado Civil
Hombre: 37	31,08 (10-98)	B.: 56,75 % Pn. g.: 24,32 % Tub.: 13,51 % G.: 2,70 % Pn.: 2,70 %	C.: 29,72 % S.: 54,05 % V.: 5,40 % D.: 10,81 %
Mujer: 26	35,78 (1,33-70)	Tub.: 34,61 % B. g.: 34,61 % Pn.: 11,53 % G.: 15,38 % Pn. g.: 3,84 %	C.: 53,84 % S.: 23,07 % V.: 11,54 % D.: 11,54 %

B.: broncopneumonía, Pn. g.: pneumonía gripal, Tub.: tuberculosis, G.: gripe, Pn.: pneumonía, B. g.: Broncopneumonía gripal. C.: casado, S.: soltero, V.: viudo, D.: desconocido.

Fuente: cuadro confeccionado por los autores con datos extraídos del Libro de Registro Civil 1918/1919.

La noticia inaugural de este mal en Gijón corresponde al 12 de octubre de 1918, momento en el que la Junta Municipal de Sanidad declaró de forma oficial la existencia de gripe²⁹. Las primeras medidas de la Corporación fueron: establecer en el Ayuntamiento sesión permanente, suprimir los espectáculos públicos y las ferias, cerrar las tabernas y los cafés a las diez de la noche, así como los centros públicos de enseñanza. También se determinó que las lavanderas debían aclarar las ropas con agua y sal antes del lavado, que los entierros se llevaran a cabo dos o tres horas después del fallecimiento sin ningún boato,

manas de la comunidad Adoratrices (1), Altamirano (1), Arenales (1), Argañosa (7), Argüelles (1), Asturias (4), Azcárraga (8), San Bernabé (1), Bolgachina (1), Buenavista (4), Caño del Agua (1), Campo de los Patos (1), Campo de los Reyes (3), Campo de la Vega (3), Campillín (1), Campoamor (1), Campomanes (3), Caveda (5), Cervantes (2), Cimadevilla (1), Covadonga (6), El Cristo (2), Plaza de Daoiz y Velarde (2), Doctor Casal (2), Ecce Homo (2), Escandalaria (2), Foncalada (2), Fontán (1), Fozaneldi (2), Fray Ceferino (2), Fruela (2), Gascona (2), Marqués de Gastañaga (1), Arzobispo Guisasaola (4), Independencia (1), Jovellanos (2), Leopoldo Alas (4), Magdalena (4), Marqués de Santa Cruz (1), Martínez Marina (1), Mendizábal (1), Mercado (2), Mon (2), Monasterio de Salesas (1), Nozaleda (1), Olivares (2), Oscura (1) Otero (1), Oviedo (2), Plaza de la Catedral (2), Plaza de Riego (1), Pérez de la Sala (1), Pilares (2), Porlier (1), Postigo (8), Pumarín (5), Quintana (2), Río San Pedro (2), Regla (3), Santa Ana (1), San Antonio (1), Santo Domingo (7), San Roque (1), Santa Susana (1), San Vicente (3), Sol (1), Travesía de San Isidoro (2), Trascorrales (1), Uría (3), Vallovín (2), Vega (4) y Ventanielles (2).

En la periferia: Trubia (47, 5,4%), San Esteban de las Cruces (28, 3,3%), San Claudio (28, 34%), San Julián de los Prados (25, 2,9%), Colloto (21, 2,4%), Olloniego (17, 2%), La Manjoya (16, 1,9%), San Pedro de los Arcos (15, 1,7%), Las Caldas (14, 1,6%), Sograndio (13, 1,5%), Limanes (12, 1,4%), Cerdeño (11, 1,3%), Lorian (11, 1,3%), Latores (10, 1,2%), Godos (9, 1,9%) y Villapérez (8, 0,9%); otros puntos menores son: Abuli (7), Bendones (2), Brañes (4), Caces (1), Caleyú (1), Corredoria (5), Faro (1), Fitoria (1), Folgueras (1), Saturnino Fresno (3), Granja (1), Lampaya (1), Las Regueras (1), Lillo (4), Manzaneda (4), Morcín (1), Naranco (4), Naves (1), Pereda (2), Perlavia (1), Perlín (3), Piñera (4), San Julián de Box (4), Santa Marina de Piedramuelle (7), San Pedro de Nora (3), Santianes (2), Las Segadas (3), Tudela Veguín (2) y Villarín (3).

²⁹ *El Comercio y El Noroeste*, 12 de octubre de 1918.

el mantenimiento de una farmacia de guardia y la aprobación de un presupuesto extraordinario de 28.000 pesetas. Además, pusieron en marcha cinco grupos de acción entre la Brigada Sanitaria y la Cuadrilla Volante de Limpieza para desinfectar viviendas, con clausura de las insalubres, sanear retretes y alcantarillas, limpiar iglesias; derribar chabolas donde criaban cerdos, bloquear pozos negros en mal estado y limpieza de calles³⁰. Por último, aprobaron la incautación de diez coches para ponerlos a disposición de los médicos y establecieron puntos de desinfección en el puerto del Musel, en Pumarín, en La Calzada, en El Natahoyo y en el mismo Gijón y se nombró al médico José San Martín jefe de Sanidad Marítima³¹.

En estos primeros momentos el periódico *El Noroeste* manifestaba su oposición al alcalde, Ramón Fernández González, por no haber aplicado medidas preventivas más eficaces³². A la vez, denunciaba que no se estaban haciendo cosas útiles como: atención a los epidemiados, ayuda a los obreros o habilitación de hospitales. En la misma línea opinaba que era preciso «cuidar a los sanos» sometiendo a los viajeros y transeúntes a una fumigación obligatoria en las estaciones de ferrocarril y en el puerto de mar. Como contrapartida el Ayuntamiento anunciaba la adquisición de 42 aparatos para desinfección domiciliar; la apertura de una suscripción pública; la am-

³⁰ La Brigada Sanitaria constituida en 1912 era una unidad de acción inmediata contra las enfermedades epidémicas, dependía de la autoridad provincial. La Cuadrilla Volante de Limpieza corría de parte del Ayuntamiento (MARTÍNEZ NAVARRO, 1994, pp. 29-43; y MOLERO MESA, 2000, pp. 45-90).

³¹ *El Noroeste*, 15, 19, 20 y 22 de octubre de 1918; y *El Comercio*, 15 y 16 de octubre de 1918.

³² Creemos que en estas quejas había también un trasfondo político, pues el diario se consideraba «reformista» y tildaba al alcalde de «republicano». *El Noroeste*, 15, 16, 23 y 24 de octubre de 1918.

CUADRO IV. Defunciones en el «Hospitalillo» de Oviedo durante la epidemia gripal

Sexo	Edad (rango)	Enfermedad		Estado Civil	
Hombre: 10	34,50 (18-75)	B.:	30 %	C:	10 %
		B. g.:	50 %	S:	60 %
		Pn. g.:	10 %	V:	0 %
		M. g.:	10 %	D:	30 %
Mujer: 6	15,16 (1,33-70)	B.:	50 %	C:	16,66 %
		B. g.:	16,66 %	S:	33,33 %
		Pn. g.:	16,66 %	V:	0 %
		F. g.:	16,66 %	D:	50 %

B: broncopneumonía, Pn. g.: pneumonía gripal, Tub.: tuberculosis, Pn: pneumonía, B. g.: broncopneumonía gripal. M. g.: meningitis gripal. F. g.: fiebre gripal. C.: casado, S.: soltero, V: viudo, D.: desconocido.

Fuente: cuadro confeccionado por los autores con datos del Libro de Registro Civil 1918/19.

pliación de los cementerios de El Sucu y de Ceares. Así mismo, el inspector de Sanidad Municipal, Ricardo Cid, indicaba que la enfermedad estaba estacionaria y que «en sí, no es fulminante», aunque reconocía su gran difusión y recomendaba un cuidado expreso ante la menor sintomatología³³.

El 20 de octubre se dividió la ciudad en siete distritos y se abrió un concurso para cubrir el servicio nocturno de la Casa de Socorro. Igualmente se pidió a la fábrica de Mieres dos mil quilos de brea de hulla, se impuso que los juzgados estuviesen de guardia los domingos y festivos para que los entierros no sufriesen demora, se iniciaron negociaciones para la recepción de leche de Villaviciosa y de Llanes, se solicitaron medicamentos al Ministerio de Fomento y se dispuso que el inspector de Sanidad Local, apellidado Salazar, se desplazase a Alicante a estudiar la enfermedad³⁴. Al día siguiente se anunciaba que el mal decrecía en Gijón, pero aumentaba en las parroquias; en concreto en Lavandera, lugar al que se desplazó una brigada de desinfección. También reforzaron al médico rural del distrito de la Guía, Somió y Cabueñes enviando como apoyo dos profesionales más. Una semana después todas las aldeas estaban afectadas, pero el mayor daño recaía sobre Piñera, Carbaños, Veranes y Cenero con 34 muertos en los últimos días; situación que intentaron cortar enviando a cinco sanitarios para hacer desinfecciones³⁵.

El Gobernador civil visitó Gijón el 26 de octubre y se reunió con el alcalde, con los responsables de la Junta Municipal de Sanidad, con el inspector de Sanidad, con

el director de Sanidad Marítima y con el inspector veterinario. Allí le indicaron que hasta la fecha habían sido «invadidos» 3.927 habitantes con 273 defunciones, así como las resoluciones para revertir la situación. De esta manera nos enteramos de que los primeros casos se detectaron en la barriada de Jove en el Musel, donde provocó un gran daño achacable al continuo tráfico marítimo de personas y de mercancías procedentes de Candás y Luanco. Con posterioridad se contaminó el centro de la ciudad y por último las aldeas del concejo. Como existía la posibilidad que cesase el brote, el gobernador les encareció que no se bajase la guardia, pues en otros países tras una epidemia se sumaban otras como la peste bubónica, el cólera o el tifus. Por lo que aconsejó la construcción de dos barracones preventivos para aislamiento³⁶.

Con las anotaciones periodísticas averiguamos que en todo este mes de octubre la gripe causó la muerte a 307 gijoneses; los peores momentos fueron el 17 de octubre con 25 fallecidos y después los días 23, 24 y 25 del mismo mes con 19 defunciones respectivamente. Las instituciones médicas de acogida de enfermos fueron en primer lugar el Hospital de Caridad, en el que ingresaron a 264 enfermos de los cuales murieron 52; se piensa que 40 hayan sido por gripe (GARCÍA, 2004, p. 122). También habilitaron con 25 camas las escuelas municipales de la calle Cabrales, «Hospitalillo» que estuvo activo entre el 21 y el 26 de octubre. Igualmente ocuparon desde el 15 hasta el 24 de octubre el cuartel de la Cruz Roja del Cerro de Santa Catalina³⁷.

³³ *El Noroeste*, 17 de octubre de 1918.

³⁴ *El Comercio*, 16, 17, 20 y 22 de octubre de 1918; y *El Noroeste*, 16, 19 20 y 22 de octubre de 1918.

³⁵ *El Noroeste*, 20, 27 y 28 de octubre de 1918; y *El Comercio*, 21, 28 y 30 de octubre de 1918 y 1 de noviembre de 1918.

³⁶ En el resto del mes fallecieron 22 personas más. *El Comercio*, 27, 28 y 29 de octubre de 1918; y *El Noroeste*, 27, 28 y 29 de octubre de 1918.

³⁷ En el «Hospitalillo» de la calle Cabrales internaron a 16 varones y 4 mujeres y en el del Cerro de Santa Catalina armaron 12 camas. *El Noroeste*, de 12 a 31 de octubre de 1918; y *El Comercio*, 12 a 31 de octubre de 1918.

El 29 de octubre la Junta de Sanidad eliminó un servicio nocturno de la Casa de Socorro, se suprimió la ayuda de coches y acordaron que a partir del 7 de noviembre se abrirían las escuelas y los lugares de ocio. No obstante, se mantuvo la prohibición de acudir al cementerio el día de difuntos, excepto para los enterramientos³⁸.

En cuanto a la respuesta ciudadana la clasificamos como colaboración desinteresada, egoísmo y temor vecinal. En lo relativo al primer aspecto indicamos que las diversas sociedades existentes —Liga de Inquilinos de Gijón, Asociación Benéfica Paz y Caridad, Brigada de Cruz Roja, Sociedad de Cultura e Higiene—, colaboraron de manera altruista en tareas de higiene y salubridad, desinfecciones, reparto de ayudas a familias sin recursos o transporte de enfermos a los hospitales y médicos a los domicilios de los dolientes. Igualmente, se decidió que la Asociación Económica de Caridad y Cocina Económica se encargase de la suscripción popular, que recaudó 45.940,70 pesetas. Así mismo, diversos empresarios cedieron gratuitamente parte de sus productos entre los pobres: cajas de difuntos, chocolate, leche y desinfectantes. Otros donaron la cubertería, loza y baterías de cocina para los «hospitalillos». De igual forma, los alumnos que estudiaban 5.º y 6.º de medicina se ofrecieron a cooperar donde fuese necesario. En la parte negativa mencionamos a la gente sin escrúpulos que vendía artículos de primera necesidad, especialmente leche y huevos, a precios desorbitados y que obligó al decomiso y posterior venta a un coste normal. También denunciaron al gobernador la carencia de medicamentos y el importe elevado de los existentes³⁹.

El temor vecinal al contagio lo apreciamos por unos avisos de los propios residentes. Con ello nos enteramos, una vez más, de la falta de higiene en Gijón, pues en la calle Sanz Crespo había casas-chabolas «donde el ganado de todas clases habita con sus dueños en el mismo domicilio». O la realidad de Tremañes, donde en un gallinero vivía un matrimonio con tres hijos y un hermano de la mujer y

[...] como solamente hay una habitación, en ella vive toda la familia, con un agravante de que se encuentran enfermos el marido y su cuñado. Ambos están en la única cama que tienen. Los niños duermen en el suelo, sin una mala moqueta⁴⁰.

La Junta Provincial de Sanidad dio por terminado este brote el siete de noviembre de 1918, creemos que

³⁸ *El Comercio*, 29, 30 de octubre de 1918, y 1 de noviembre de 1918.

³⁹ La autoridad lo desestimó. *El Comercio*, 12, 16, 17, 19, 22, 24, 28 y 31 de octubre de 1918; y *El Noroeste*, 15, 17, 18, 22, 23, 24 y 29 de octubre de 1918.

⁴⁰ *El Noroeste*, 25 de octubre de 1918.

con cese incluido de la mortandad, ya que a partir de esta fecha dejaron de publicarse noticias en la prensa. En el momento de la epidemia Gijón tenía contratados tres médicos municipales, pero dispuso de un apoyo extra de al menos otros 11 que ejercían dentro del concejo⁴¹.

De Avilés tan sólo sabemos el número de defunciones: 120. El balance final nos indica que los fallecidos suman 640 en Oviedo, 307 en Gijón; por tanto, el total asciende a 1.067 difuntos⁴²; equivalente a una tasa de mortalidad de 8,84 por mil habitantes⁴³.

2. GRIPE EN UN CONCEJO RURAL: CANGAS DEL NARCEA

Cangas del Narcea estaba considerado como uno de los ambientes rurales más pobres de la región. Para conocer lo ocurrido tenemos un testimonio excepcional del periodista Gumersindo Díaz Morodo, *Borí*, titulado «Crónicas de la epidemia de gripe de 1918 en el Concejo de Cangas del Narcea y lista de fallecidos», publicado en la revista *Asturias* de La Habana. Así sabemos que la pandemia se inició a últimos de agosto de 1918 y se extinguió a finales de enero de 1919. Los primeros afectados fueron los moradores del Monasterio de Corias contagiados por unos seminaristas llegados de Palencia; de resultas hubo 80 infectados con tres muertos, por lo que la Junta Municipal de Sanidad clausuró el monasterio y la iglesia⁴⁴. Ante el temor de lo que se avecinaba constituyeron el 21 de septiembre una Junta Local de Subsistencias con el fin de controlar los excedentes alimentarios y venderlos al precio de tasa⁴⁵. También solicitaron al gobernador provincial desinfectantes «para los retretes de las casas de los pobres» y la creación de una plaza más de médico. En aquel momento el concejo estaba dividido en cinco distritos y contaba con tres médicos titulares⁴⁶.

⁴¹ *El Noroeste*, 8 de noviembre de 1918; y *El Comercio*, 30 y 31 de octubre de 1918.

⁴² El *Libro del Registro Civil* tiene anotadas 158 defunciones, como la media de mortalidad de los años anteriores era de 40 personas deducen que de gripe hubiesen fallecido 120 personas. *La Voz de Avilés*, 1 y 3 de noviembre de 1918.

⁴³ La tasa de mortalidad para Oviedo es de 12,30 por mil habitantes, a Gijón le corresponde 5,51 y a Avilés 9,30.

⁴⁴ Díaz Morodo, 1918/1919, p. 226, 24 de noviembre.

⁴⁵ Los alimentos considerados de «primera necesidad» eran: trigo, centeno, cebada, maíz, arroz, garbanzos, aceite, patatas, huevos, azúcar, judías, lentejas, avena, castaña y leche. El precio del pan quedaba fijado en 70 céntimos el quilo. Ayuntamiento de Cangas de Narcea. Expediente de Constitución de la Junta Local de Subsistencias, 22 y 24 de septiembre de 1918; 17, 22, 23 y 24 de marzo de 1919; y *Libro de Actas*, 21 de septiembre de 1918 y 9 de noviembre de 1919.

⁴⁶ También había otros cuatro médicos que ejercían la medicina privada. Ayuntamiento de Cangas de Narcea, *Libro de Actas*, 12 de octubre de 1918 y 7 de diciembre de 1918.

El 16 de octubre anotaba que la enfermedad era «benigna». Sin embargo, quince días después ya reseñaba que «la epidemia gripal va desgraciadamente adquiriendo caracteres terribles en esta comarca» con 34 fallecimientos e indicaba que en la villa había más de 500 afectados con familias enteras postradas en la cama. El mayor daño lo provocó entre la gente obrera, pues a la enfermedad se sumaba la carestía y escasez de subsistencias. Tanta intensidad tuvo el acaparamiento que el alcalde ordenó a la Guardia Civil el registro de domicilios sospechosos con requisa de «trigo, centeno y castañas»⁴⁷.

A mediados de noviembre nuestro narrador revelaba que de los últimos 103 muertos la mayoría eran niños debido a «desnutrición, por falta de alimento, por hambre en una palabra». Situación que se traducía en calles desiertas, con comercios y fábricas cerradas y «médicos y boticarios... todos en cama». Confirmación que José Ríos Pérez, testigo de la epidemia, refiere alegando que:

Vino una enfermedad como un cólera, que moría mucha gente por abandono y de sed, ya que hubo casas que morían dos o más en cada familia y allí estaban varios días, allí por no haber quien los llevara. También los que estaban en cama hacían sus necesidades un día y otro en la cama, sin tener quien los limpiara, y en la aldea hubo muchos pueblos que los *nenos* abrieron las cuerdas y soltaron el ganado para que no muriera de hambre atado. Y había un hombre llamado D. Alfredo Flórez, que cada segundo día visitaba a los enfermos pobres del Corral, La Vega, La Veguitina, calle de Abajo, Ambasaguas y el Cascarín, y sería yo un traidor a la verdad si no dijera que mientras su mano izquierda tocaba la frente del enfermo, con la mano derecha ponía trapos debajo de la cabeza y debajo dejaba cinco duros (en aquellos tiempos) por cada enfermo y cada segundo día. Muchas casas quedaron vacías; el mal de la «moda» llevaba con sus fiebres la gente al cementerio. Mis padres cayeron en cama y yo tuve que bajar [de Villar de Adralés] para Cangas para atenderlos y limpiarlos, y a las once [de la mañana] iba al Ayuntamiento a buscar la leche que bajaban de la Casona de Bimeda en un coche de caballos⁴⁸.

Con tragedia semejante ya no se tocaban las campanas de las iglesias y estaba prohibido el acompañamiento de los difuntos al cementerio. A finales de noviembre, con 221 fallecidos, ante el colapso de los camposantos, el Ayuntamiento acotó uno provisional en Barañán. Así mismo, la «Crónica» se quejaba de que las autoridades, una vez que la epidemia había desaparecido en la villa, la dieron por extinguida. Sin embargo, la mortalidad se mantenía idéntica. Igualmente, denunciaba que en Ibias y Degaña la situación era parecida⁴⁹.

Un apunte de mediados de enero de 1919 demostraba una disminución significativa en los fallecimientos, por lo que se esperaba que la epidemia desapareciera en breve. No obstante, quince días después el inspector provincial de Sanidad manifestaba «que los pueblos del extremo occidental de Asturias, únicos invadidos hoy por la epidemia gripal, se encuentran carentes de medicinas que reclaman con toda urgencia». Debido a la penuria que atravesaba el Principado les remitieron de forma urgente «doscientos cincuenta gramos de sales de quinina, cincuenta cajas de sinapismos preparados, veinticinco cajas de cafeína y alcanforadas y cien gramos de piramidón que son los medicamentos que según informes son precisos por lo pronto»⁵⁰.

La enfermedad provocó 700 fallecidos. Como el último censo habilitado data de 1910 y acredita que el municipio tenía 23.104 habitantes la tasa de mortalidad sube a 30,29 por mil. A su vez, Borí recogió sexo, edad y lugar de defunción de 283 personas⁵¹. Con los datos disponibles, 196 adultos (71 hombres y 125 mujeres) y 87 fallecidos menores de 12 años (34 niños y 53 niñas), estimamos el porcentaje y las medias de edad de defunciones en relación con el sexo. La muestra puede ser representativa, ya que recoge sujetos de 47 parroquias diferentes, incluyendo la villa de Cangas, de un total de 54. La mortalidad fue superior en el sexo femenino, sin diferencias significativas para la edad de fallecimiento en relación con el masculino.

Nada más que los cangueses residentes en Cuba e integrantes de El Club Cangas de Tineo se enteraron de lo que pasaba en su tierra de origen remitieron de manera urgente 100 pesos; más adelante enviaron otras 500 pesetas y ratificaban el compromiso de seguir ayudando con «dinero, ropas o comestibles». Para rematar estos escritos de Díaz Morodo plasmamos su pensamiento de futuro, pues expresaba muy acertadamente que la epidemia de la gripe había desaparecido, pero dentro del concejo se estaba desarrollando otra de

[...] la miseria, del hambre, motivada por la creciente y continua carestía de las subsistencias, la mezquindad en los jornales y la falta de trabajo, y de las que son víctimas la mayor parte de las familias proletarias⁵².

⁵⁰ Díaz Morodo, 1918/1919, p. 242, 16 de marzo de 1919; y Archivo Histórico de Asturias (AHA): Actas de la Comisión Provincial del año 1919, L-11117-193, sesión 31 de enero de 1919, f. 43.

⁵¹ INE (en <<http://www.ine.es/inebaseweb>> [consulta: 27-3-2017]), y Díaz Morodo, 1918/1919, p. 231, 29 de diciembre de 1918; p. 232, 5 de enero de 1919, p. 241, 9 de marzo de 1919, y p. 242, 16 de marzo de 1919.

⁵² Díaz Morodo, 1918/1919, p. 245, 6 de abril de 1919; y p. 249, 4 de mayo de 1919.

⁴⁷ Díaz Morodo, 1918/1919, p. 228, 8 de octubre, y p. 231, 29 de noviembre.

⁴⁸ López Álvarez, 2012.

⁴⁹ Díaz Morodo, 1918/1919, 12, p. 235, 26 de enero de 1919; y p. 241, 9 de marzo de 1919.

3. DISCURSO MÉDICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La medicina del momento creía dominar las enfermedades infecciosas a las que llamaba con cierta arrogancia «evitables» y bajo el paradigma bacteriológico se pensaba que la gripe estaba causada por el bacilo de Pfeiffer. Otros opinaban que el mal era causado por una asociación de gérmenes como el *Bacillus catharralis*, el estreptococo, el neumococo y un parameningococo. Así mismo, especulaban que los casos mortales eran debidos a la forma broncopulmonar tal como se había desarrollado en la epidemia de 1889⁵³. A la sombra de este pensamiento el 30 de octubre de 1918 se anunciaba que el microbio de la gripe había sido descubierto por un español, el médico salmantino Domingo Maldonado. En el informe remitido al Instituto General de Higiene Alfonso XIII, que dirigía Ramón y Cajal, se afirmaba que el bacilo tenía muchas coincidencias con el de la peste bubónica, por lo que se denominó bacilo pseudo-pestoso⁵⁴.

Algunos médicos disentan de estas líneas y afirmaban que se trataba de un germen desconocido o que incluso era un virus filtrable. Con este caos diagnóstico muchos profesionales sanitarios consideraban que no se disponía de un medicamento claramente eficaz y que tan solo se podía hacer una profilaxis individual y una terapia sintomática. Aspecto refrendado por la Real Academia de Medicina, institución que se limitaba a recomendar remedios que activasen las defensas orgánicas del tipo de quinina, opio, digital, arsénico, tónicos, suero antidiftérico, codeína, etcétera. Otros médicos utilizaban cataplasmas, baños fríos o calientes con envolturas sinapizadas y sangría porque amortiguaba la «dilatación aguda del corazón derecho». Como desinfectantes confiaban en cresol, creolina, derivados de hulla, hipocloritos, azufre y formol⁵⁵. Igualmente el Gobierno español envió en octubre de 1918 una comisión de expertos a Francia encabezada por el Dr. Marañón⁵⁶. Tras la visita a varios hospitales de París, incluido el Instituto Pasteur, emitieron un informe; sus conclusiones indicaban que la enfermedad en cuestión era gripe causada por el bacilo de Pfeiffer o bien por un virus filtrable y que de alguna manera se provocaba sobre-infección por estreptococos o neumococos de una «virulencia extremada». Observaron

que los franceses limpiaban las estancias con agua y ventilación, sin usar ningún tipo de desinfección y «cuando se han llevado a cabo ha sido más bien por satisfacer a la galería». También les llamó la atención que la prensa contaba lo que ocurría de manera sosegada apoyándose en los consejos de los «hombres de ciencia». No como en España que «han comentado excesivamente los estragos de la epidemia». También afirmaban que no existía tratamiento específico; no obstante, los franceses empleaban de manera ocasional suero antiestreptocócico y antineumocócico y casi nunca antidiftérico. Otros remedios eran la urotropina, la quinina, la adrenalina y la práctica de la sangría. Su trabajo finalizaba manifestando que:

Deben acogerse, por lo tanto, con serenidad y con respeto las aparentes faltas de eficacia de la acción sanitaria del Estado, siendo de todo punto injusto y revelador de un penoso grado de incultura el hacer responsable de cosas biológicamente irremediables a los organismos y personalidades encargados de la defensa sanitaria de la nación⁵⁷.

El primer planteamiento terapéutico ceñido a nuestra provincia corresponde al 30 de septiembre de 1918 y fue elaborado por la Junta Provincial de Sanidad de Asturias, titulado «Instrucciones contra la gripe». En él reconocían abiertamente que era gripe; en consecuencia aconsejaban: no mantener contacto con enfermos, evitar locales cerrados y mayor limpieza de las estancias de la casa y del cuerpo, especialmente de nariz y boca⁵⁸. Por último referían que al sentir los primeros síntomas se debían meter en cama y llamar al médico. Unos días después la misma junta orientaba la toma de purgantes salinos tipo sulfato de sosa, sulfato de magnesia, agua de Carabaña o de Loeches; o simplemente aceite de ricino. Así como la ingestión exclusiva de leche⁵⁹.

El doctor Martín Fernández, de la Beneficencia Municipal de Madrid, anunciaba en la prensa asturiana que ante esta segunda etapa epidémica era preciso tomar mayores precauciones, pues sospechaba que se iba a presentar con mayor crudeza «en los pueblos y aldeas, allí donde es desconocida toda noción de higiene íntima y general»⁶⁰. Así mismo, Benito Conde, vecino considerado por la opinión pública como «altruista», manifestó a través de diarios locales que los médicos ante el aluvión

⁵³ Piga y Lamas, 1919, pp. 88-89 y 134-166; y *El Siglo Médico*, año LXV: 1918, 3.376, pp. 706 y 787.

⁵⁴ *La Voz de Asturias*, 30 de octubre de 1918.

⁵⁵ Real Academia Nacional de Medicina, 38, pp. 511-528, y carpeta 289, 29 de octubre de 1918, y *El Siglo Médico*, 1919, t. 66, pp. 273 y 274.

⁵⁶ Marañón, Pittaluga y Ruiz Falcó, 1918, t. 65, pp. 916-921.

⁵⁷ Marañón, Pittaluga y Ruiz Falcó, 1918, t. 65, p. 920.

⁵⁸ *El Oriente de Asturias*, 26 de octubre de 1918 y 2 de noviembre de 1918.

⁵⁹ *BOPO*, 224, 30 de septiembre, y 244, 23 de octubre de 1918. Igualmente, se exponía la «cartilla sanitaria» del catedrático de Medicina Dr. Porpeta: «Gripe o influenza», donde recomendaba profilaxis individual y colectiva. *La Voz de Asturias*, 2 y 15 de octubre de 1918, y *Río Navia*, 10 de octubre de 1918.

⁶⁰ *La Voz de Asturias*, 3 de octubre de 1918.

de acometidos no podían «hacer más que diagnosticar el mal», por lo que aconsejaba

[...] envolturas de paños calientes, toallas húmedas de agua tibia espolvoreadas con mostaza, paños secos calientes, tisanas calientes, sinapismos en la región dolorida, frotaciones con el bálsamo Bengué u otro parecido, desinfección de la boca y nariz del enfermo con agua oxigenada o boricada e irrigaciones a la temperatura debida y saber hacerlo para evitar sobre todo los enfriamientos después de estas aplicaciones⁶¹.

Otro profano de la medicina, Miguel Gil, divulgó a través de un recorte periodístico que la entrada de la gripe ocurría por el aparato respiratorio y que se podía evitar el contagio con un preparado que llevaba: creosota de brea, alcohol de vino, jarabe de azúcar y vino blanco de jerez. La Inspección Municipal de Sanidad de Gijón le contestó manifestando no estar de acuerdo con estas opiniones sin base real y se remitía a lo anunciado por la Junta Provincial de Sanidad⁶².

El 18 de octubre, *El Noroeste* publicó «El trancazo y su tratamiento», remitido por el médico asturiano afinado en Madrid A. R. Vigón. En él se indicaba que era conveniente mantener la habitación entre 14 y 15 grados centígrados, y aportar «tónicos sudoríficos, quinina, alcohol, etcétera». Para yugular la fiebre invitaba a una o dos sangrías en las primeras 24 o 48 horas, posteriormente estimulaba sudar al menos durante dos días. Igualmente, proponía quietud e ingestión moderada de caldos que llevasen vino o alguna otra bebida cordial⁶³. En lo que respecta al suero, en Asturias el más solicitado fue el antidiftérico junto con el equino. No obstante, su uso fue muy escaso debido a que había que importarlo y cuando el español Pablo Colvée dispuso del antineumocócico la epidemia ya estaba casi vencida⁶⁴.

A primeros de mayo de 1919 el gobernador civil anunciaba que era posible la aparición de un nuevo brote griposo y echaba la culpa a los grupos marginales ya que refería que

[...] las causas del contagio permanecen vivas, ya en nuestras costumbres, ya en la continua inmigración que de pueblos infectados viene a convivir con nosotros, ya en el gran número de gentes indigentes y bohemios que de continuo transportan con su miseria los gérmenes infecciosos, ya en abandono de la higiene privada o de policía urbana sanitaria⁶⁵.

El escrito continuaba pidiendo la colaboración de los médicos titulares, de los maestros nacionales y de los «favorecidos de la fortuna» para que colaborasen en las tareas de educación de la población. Pues, según su opinión, una sociedad preparada tenía el camino allanado y recobraría «la salud perdida con más facilidad que el que se encuentra degradado por el vicio y la ignorancia». Para finalizar plasmamos una reflexión de *La Voz de Avilés* titulada «Heroísmo silencioso»; un punto escabroso, ya que los médicos rurales se hallaban maltratados por la sociedad, en su defensa indicaba

[...] estos sabios sin renombre, laborando oscuramente, sin aspiraciones y sin provechos, en los rincones más apartados y más humildes⁶⁶.

CONCLUSIONES

La gripe que estamos comentando sigue teniendo aspectos no aclarados debido a que fue provocada por un virus antigénicamente novedoso, el tipo A-H₁N₁, que se cebó especialmente con los jóvenes de 15 a 40 años, achacable a una hiperreacción del sistema inmunitario o a que se asociase con una bacteria, de ahí la alta mortalidad por neumonía. Otro punto no bien explicado es que la enfermedad empieza normalmente entre noviembre y enero con dos brotes; sin embargo, esta en concreto surgió en primavera y verano con tres oleadas.

Con este estudio averiguamos que esta enfermedad llegó a Asturias en la primavera de 1918 y provocó un mayor daño con el segundo brote en el otoño al encontrar una población escasamente inmunizada. Provocó 7.319 difuntos con una tasa de mortalidad de 10,22 por mil habitantes, inferior a la media nacional, 13,03, y con tres espacios diferenciados; por un lado la zona central con una tasa de mortalidad de 8,84; de otra Cangas del Narcea con 30,29; por último el resto del Principado con 9,70.

En Oviedo actuó desde el 27 de septiembre hasta el 6 de noviembre de 1918 con un pico brusco e intenso de 41 días, además se aprecia mayor afectación en la periferia del concejo, aspecto que se justifica porque el brote primaveral pasó desapercibido y no dejó inmunización. El brote gijonés comenzó el 12 de octubre y se extinguió la primera semana de noviembre; fue menos intenso y tuvo una duración menor que en Oviedo.

Cangas del Narcea tuvo unas particularidades claramente diferenciadoras: debutó de forma tardía, se mantu-

⁶¹ *El Comercio*, 15 y 19 de octubre de 1918.

⁶² *El Comercio*, 17 y 19 de octubre de 1918.

⁶³ *El Noroeste*, 18 de octubre de 1918.

⁶⁴ Colvée, 1920, 13 (143), pp. 80-83.

⁶⁵ *BOPO* (98), 2 de mayo de 1919.

⁶⁶ *La Voz de Avilés*, 1 de noviembre de 1918.

vo más tiempo (casi cinco meses) y alcanzó una tasa de mayor mortalidad general, 30,29; cifra algo más del doble que la española y casi tres veces y media en relación a la zona central asturiana; achacable al hacinamiento, mala higiene, baja educación sanitaria y escaso acceso al médico; incluso nos consta que muchos enfermos fallecieron en el más absoluto abandono por simple inanición. Así mismo, apreciamos una importante mortalidad femenina probablemente debida a que en el mundo rural las mujeres llevaban la peor parte al recaer sobre ellas las tareas fundamentales de la asistencia familiar y del cuidado a los enfermos.

En las instituciones hospitalarias ovetenses murieron el 12,44 % del total de difuntos por gripe; cifra que se mantiene en Gijón, pues el Hospital de Caridad obtiene el 13 %.

Las disensiones entre los poderes gubernamentales y la prensa pusieron al descubierto, al margen de la crisis demográfica, la desigualdad social existente y las nefastas condiciones higiénico-urbanísticas y asistenciales, pues solo el Hospital Provincial llevaba a cabo una atención digna. El mayor daño recayó sobre los adultos jóvenes de 20 a 40 años, el sector más productivo, y en consecuencia se incrementó la agresividad del mal al afectar también a su familia, de la que dependía el escaso salario.

El intento de resolución del problema fue muy diferente. Así en la zona central se desplegó un sistema asistencial basado en cuidados básicos con visita domiciliaria, ayuda económica o alimenticia, internamiento de los más débiles y mantenimiento en el mercado de alimentos fundamentales como leche y huevos. Alimentos que escaseaban en Cangas del Narcea, pues con la requisita forzosa retuvieron trigo, centeno y castañas, víveres más indigestos que la leche y los huevos.

También destacamos que el gobernador civil de Asturias, a sabiendas de la realidad existente en otras provincias, convocó el 13 de septiembre de 1918 a todas las juntas municipales de Sanidad para una simple reunión informativa. Tras el estallido epidémico no hubo declaración oficial; creemos que esta actitud tuvo un sesgo marcadamente político al estar más preocupado de la opinión pública y la posibilidad de conflictos sociales que de la atención real a los problemas de la población enferma. Otra disposición gubernativa que comentamos fue la prohibición del traslado de griposos desde cualquiera de los concejos asturianos al Hospital Provincial de Oviedo. Pensamos que pudo haber tenido una doble motivación: de un lado, las carencias de material y personal del propio hospital; por otro, el temor a producir una concentración masiva de dolientes en la capital, con las consecuencias de alarma e inquietud que representaba para los

ovetenses. Así mismo, destacamos las opiniones realizadas por el gobernador provincial en las que manifestaba muy atinadamente que la auténtica medicina preventiva comenzaba por una buena educación. Sin embargo, en ese mismo escrito apuntaba la relación entre miseria y enfermedad culpando de posibles nuevos brotes infecciosos a determinados grupos, socialmente inadaptados, tal y como podría suceder con la población gitana. Proceder no exento de peligro, caso de que hubiese rebrotado el padecimiento, por las probables repercusiones sociales contra determinados colectivos.

Igualmente captamos las diversas opciones políticas. Así el periódico ovetense *El Carbayón* no ofrece noticias relativas a la gripe, muy en la línea de la política oscurantista adoptada por el Gobierno regional. Por el contrario, los diarios gijoneses *El Comercio* y *El Noroeste* además de informar intentaban generar un estado de opinión acerca de la enfermedad. Incluso *El Noroeste*, más populista y mordaz, nos ayuda a conocer con detalle el desarrollo local de la epidemia. No obstante, y siguiendo la reflexión del Dr. Marañón, estamos convencidos de que los comentarios radicales y acrílicos de la prensa tuvieron que producir mucha angustia y desolación entre la población asturiana.

Tras el análisis de *El Siglo Médico* deducimos que la ciencia del momento ignoraba muchos de los conceptos claves de la enfermedad. Mayoritariamente se apuntaba hacia la teoría etiológica por el bacilo de Pfeiffer, algo que resultó indemostrable al no cumplir los postulados de Koch y que sirvió para incrementar la perplejidad entre los profesionales sanitarios y la desconfianza de los ciudadanos. Esta incertidumbre propició que muchos intrusos se atreviesen a plasmar su desautorizada opinión sin ningún tipo de rubor en la prensa de información general.

Por último, incidimos en que las pandemias gripales más importantes del siglo XX fueron la «gripe española» de 1918/1919 (H_1N_1), la «gripe asiática» (H_2N_2) con un rebrote simultáneo del virus H_1N_1 en 1957, el virus de Hong Kong (H_3N_2) de 1968, la actuación del virus H_1N_1 en Rusia en 1977. En 1997 surgió en Hong Kong la variante aviaria (H_5N_1). La enfermedad aparecida en México y Estados Unidos de 2008 fue provocada por el «virus gripal de origen porcino» A, H_1N_1 que rebrotó en 2011; situación que motivó que la Organización Mundial de la Salud activase un plan de acción internacional para enfrentarse a una posible pandemia. Esto quiere decir que las temibles epidemias de gripe son impredecibles y que el mismo virus que provocó la pandemia de 1918/1919 sigue activo y como estamos en un mundo globalizado existe un peligro potencial de ataque a poblaciones na-

cidas después de 1957. Una vez desencadenada la epidemia es imposible frenar su avance, pero sí se puede atenuar el potencial daño realizando una buena medicina preventiva con vacunaciones especialmente en los países en vías de desarrollo donde existen poblaciones más susceptibles al contagio al vivir en familias numerosas inmersas en una pobreza crónica con bajas defensas ante las enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ PARDO, E., A. FERNÁNDEZ LÓPEZ, F. GONZÁLEZ TABOADA, J. HÖFER y P. GÓMEZ GÓMEZ (2008): «Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918», *Magister*, Revista Miscelánea de Investigación, Laboratorio de Antropología Física, Departamento de Biología de Organismos y Sistemas, Universidad de Oviedo (Asturias).
- ANÓNIMO (1940): *Geografía médica del concejo de Llanes*, RANM, Madrid.
- ASTRAY MOCHALES, J., y A. LÓPAZ PÉREZ (2009): «Pandemia de gripe A (H₁N₁): retos y repercusiones para el sistema sanitario», *Farmacia Hospitalaria*, 33 (6), pp. 293-295.
- BELSER, J., y T. M. TUMPEY (2018): «The 1918, 100 years later», *Science*, 19 de enero, vol. 359, Issue 6373, p. 255.
- BERNABÉU-MESTRE, J. (1991) (coord.): *La ciutat davant el contagi Alacant i la grip de 1918-1919*, Conselleria de Sanitat i Consum, Generalitat Valenciana.
- y M.^a E. GALIANA SÁNCHEZ (2011): «El higienismo ante la *urban penalty* y las causas del atraso sanitario español, 1881-1931», X Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica.
- BERTILLON, J. (1899): *Nomenclatura de las causas de muerte (causas de defunciones – causas de incapacidad para el trabajo)*, Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico, Madrid.
- Boletín de Enfermedades Emergentes. Boletín de Alertas Epidemiológicas Internacionales*, 8, agosto de 2010.
- BUYLLA ALEGRE, A., y R. SARANDESES ÁLVAREZ (1900): en G. Casal (1762): *Historia natural y médica del Principado de Asturias* [facsimil de 1900 por la Excm. Diputación Provincial de Oviedo y reeditada en 1959, nota en p. 30].
- CABAL, M. (1987): «Laboratorio Químico Municipal de Oviedo. Su importancia sanitaria», *BIDEA*, pp. 1.117-1.142.
- CASTILLO SAIZ, E. (1919): «Nota sintética de la epidemia gripal», *La Información Médica*, 21 de mayo, pp. 565-568.
- CHOWELL, G., A. ERKOREKA, C. VIBOUD y B. ECHEVERRI DÁVILA (2014): «Spatial-temporal excess mortality patterns of the 1918-1919 influenza pandemic in Spain», *BMC Infectious Diseases*, 14, 371-382.
- COLVÉE, P. (1920): «Ensayo de obtención de un suero específico contra la gripe epidémica», *Revista de Higiene y Tuberculosis*, 13 (143), pp. 80-83.
- CUEVAS GONZÁLEZ-NICOLÁS, M.^a T., y otros (2010): «Gripe pandémica H₁N₁ 2009. Experiencia de la Red de Laboratorios de Gripe del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE)», *Revista Española de Salud Pública*, 84 (5), pp. 481-498.
- DOMÍNGUEZ MARTÍN, R., y M. GUIJARRO GARVI (2000): «Evolución de las disparidades espaciales del bienestar en España, 1860-1930. El Índice Físico de Calidad de Vida», *Revista de Historia Económica*, año XVIII, 1, pp. 109-137.
- ECHEVERRI DÁVILA, B. (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- FERNÁNDEZ-RUIZ, C. (1965): *Historia médica del Principado de Asturias*, Instituto de Estudios Asturianos, Oviedo.
- GARCÍA, E. (2004): *El Hospital de Jove. Los doscientos años de una institución*, Fundación Hospital de Jove, Gijón.
- GARCÍA GUERRA, D., y V. ÁLVAREZ ANTUÑA (1994): «Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902)», *Dynamis*, 14, pp. 23-41.
- GONZÁLEZ GARCÍA, A. (2013): «Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919», *Vínculos de Historia*, 2, pp. 309-320.
- (2013): «Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919», *Cultura de los Cuidados*, año XVII, núm. 36, pp. 19-28.
- GONZÁLEZ VALDÉS, F. (1911): *Topografía médica del concejo de Oviedo*, Tip. de los hijos de Tello, Madrid.
- Historia y medicina en España. Homenaje al profesor L. S. Granjel* (1999), Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo.
- HOLLENBECK, J. E. (2009): «Lessons learned from the 1918-1919 influenza pandemic», *Indian J. Microbiol.*, 49, pp. 348-351.
- LARRIBA, E. (2007): «Los periodistas y el derecho a la educación para todos», *Cuadernos de Historia Moderna*, anejos, VI, pp. 119-145.

- LÓPEZ ÁLVAREZ, J. (2012): «La epidemia de gripe de 1918 en Cangas del Narcea» (<<http://www.touspatous.es/index.php/historia/1114-la-epidemia-de-gripe-de-1918-en-cangas-del-narcea-cronicas-de-unos-meses-terribles-y-lista-de-los-cientos-de-fallecidos>>, consulta: 14-05-2017).
- MANRIQUE, F. G., y otros (2009): «La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después», *Revista Infectio*, 13 (3), Asociación Colombiana de Infectología, pp. 182-191.
- MARADONA HIDALGO, J. A. (2010): *Historia de las enfermedades infecciosas*, Universidad de Oviedo.
- MARTÍNEZ NAVARRO, J. F. (1994): «Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX», *Rev. San. Hin. Pub.*, monográfico, 69, pp. 29-43.
- MCNEILL, W. H. (1984): *Plagas y pueblos*, Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- MCKEOWN, T. (1976): *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*, Nuffield Provincial Hospital Trust, Londres.
- MOLERO MESA, J., e I. JIMÉNEZ WANA (2000): «Salud y burocracia en España. Los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951)», *Revista Española de Salud Pública*, monográfico, 74, pp. 45-90.
- MURILLO-GODÍNEZ, G. (2011): «Recordando a la gripe española», *Medicina Interna de México*, 27 (5), pp. 463-467.
- NADAL, J. (1991): *La población española (siglos XVI a XX)*, Ariel, Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud*, «Notas informativas» (<<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/es/>>, consulta: 20-2-2017).
- OXFORD, J. S., y otros (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, K. D., y G. F. PYLE (1927): «The Geography and mortality of the 1918 influenza pandemic», *Bulletin of History of Medicine*, 65 (1), pp. 4-21.
- PIGA, A., y L. LAMAS (1919): *Infecciones de tipo gripal con notas de Terapéutica clínica y Epidemiología*, Talleres Tipográficos de Los Progresos de la Clínica y Plus Ultra, Madrid, 2 vols.
- PORRAS GALLO, M.^a I. (1994): *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, tesis doctoral, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.
- (1996): «Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-1919 en la mortalidad de la ciudad de Madrid», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. XIV, 1, pp. 75-116.
- (2008): «Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España», *Asclepio*, 60, 2, julio-diciembre, pp. 261-288.
- y R. A. DAVIS (ed.) (2014): *The Spanish influenza pandemic of 1918-1919. Perspectives from the Iberian Peninsula and the Americas*, University of Rochester Press, Estados Unidos.
- PORTOLÁ, F. (1918): *Topografía médica del concejo de Gijón*, Establecimiento Tipográfico de *El Liberal*, Madrid.
- RODRIGO LAVÍN, L. (1919): *La lucha contra la gripe en la provincia de Cádiz*, Imprenta la Unión, Cádiz.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, 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.
- y F. MARTÍNEZ NAVARRO (2008): *Salud pública en España: de la Edad Media al siglo XXI*, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, A., y otros (2010): «Gripe A (H1N1)v pandémica en UCI: ¿qué hemos aprendido?», *Archiv. Bronconeumol.*, 46 (supl. 2), pp. 24-31.
- SÁNCHEZ JIMÉNEZ, J. (1990): «Condiciones de vida y situación social de las clases bajas (1890-1910)», *Historia Contemporánea*, 3, pp. 75-116.
- SIMÓN MÉNDEZ, L., y S. MATEO ONTAÑÓN (2011): «Transmisibilidad y gravedad de la pandemia de gripe en España», *Gaceta Sanitaria*, 25 (4), pp. 296-302.
- SPINNEY L. (2018): *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Crítica, Barcelona.
- TAUBENBERGER, J. K., y otros (1997): «Initial Genetic Characterization of the 1918 'Spanish' Influenza Virus», *Science*, 275 (5.307), pp. 1793-1796.
- (2005): «Characterization of the 1918 influenza polymerase gene», *Nature*, 437, pp. 889-893.
- TUMPEY, T. M., y otros (2005): «Characterization of the reconstructed 1918 Spanish influenza pandemic virus», *Science*, 310 (5.745): pp. 77-80.
- TRILLA, A. (2008): «The 'Spanish Flu' in Spain», *Clinical Infectious Diseases*, 47, pp. 668-673.
- G. TRILLA y C. DAER (2008): «The 1918 'Spanish Flu' in Spain», *Clinical Infectious Diseases*, 47, 5, pp. 668-673.
- URÍA GONZÁLEZ, J. (1990): «Crisis de la Restauración (1898-1931)», en *Historia de Asturias*, t. 4, Prensa Asturiana, S. A., *La Nueva España*, pp. 773-788.
- VALDEZ AGUILAR, R. (2002): «Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919», *Elementos*, 47, pp. 37-43.
- VAN HARTESVELDT, F. R. (1992): *The 1918-1919 Pandemic of Influenza: The Urban Impact in the Western*

- World*, edición, introducción y capítulo 5: «Manchester», The Edwin Mellen Press, Lewinston, Nueva York.
- VAN SEVENTER, J. M., A. DELOUREIRO y D. H. HAMER (2009): «Nuevas infecciones emergentes: importancia en la salud de los niños», en N. W. Solomons (ed.): *Enfermedades infecciosas emergentes en los niños*, Annales Nestlé [España], Karger, 67, 3, pp. 105-121.
- VILAR, P. (1996): *Historia de España*, Grijalbo-Mondadori, Barcelona.
- VILLALAIN, J. DE (1913): *Topografía médica de Avilés*, Est. Tip. de los hijos de Tello, Madrid.
- WOROBAY, M., G. Z. HAN y A. RAMBAUT (2014): «Genesis and pathogenesis of the 1918 pandemic H₁N₁ influenza A virus», *Proc Natl Acad Sci*, 28 de abril, Estados Unidos, PMID 24778238 (<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24778238>>. Texto completo: <<http://www.pnas.org/content/early/2014/04/24/1324197111.long>>, consulta: 12-5-2017).

