



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo Fin de Grado

**Grado en Grado en Administración y Dirección de
Empresas**

La epidemia de gripe de 1918

Presentado por:

Javier Fernández Fernández

Tutelado por:

Ricardo Hernández García

Valladolid, 10 de marzo de 2024

1. Introducción.....	
2. Estado de la Cuestión.....	4
3. Orígenes y propagación gripe española.....	4
4. Impacto Mundial.....	6
4.1 Primera ola.....	6
4.2 Segunda ola.....	9
4.3 Tercera ola.....	11
4.4 Morbilidad por edad y por sexo.....	12
4.5 Morbilidad Global.....	13
4.6 Mortalidad por edad y por sexo.....	17
4.7 Consecuencias Sanitarias.....	18
4.8 Consecuencias Políticas.....	19
5. Pandemia en España.....	20
5.1 Primera ola mayo julio 1918.....	20
5.2 Segunda ola mayo Julio 1918.....	21
5.3 Tercera ola enero 19 abril 1919.....	22
5.4 Coste Demográfico en España.....	23
5.5 Medidas que se tomaron.....	25
5.6 Papel de la Prensa.....	26
6. Conclusiones.....	28
7. Bibliografía.....	29

Resumen

La pandemia de gripe de 1918-1919 fue una de las más devastadoras de la historia, afectando a millones de personas en todo el mundo. Este trabajo analiza su origen, propagación y el impacto global que tuvo en la sociedad. Se estudian las tres olas de la pandemia y su distribución por edad y sexo, así como las consecuencias sanitarias y políticas derivadas de la crisis. Además, se examina el desarrollo de la pandemia en España, incluyendo su evolución, el coste demográfico y las medidas adoptadas para contenerla. Finalmente, se extraen conclusiones sobre la relevancia histórica de la gripe española y sus efectos a largo plazo.

Palabras clave: Gripe española, pandemia, impacto global, España.

Abstract

The 1918-1919 influenza pandemic was one of the most devastating in history, affecting millions of people worldwide. This study analyzes its origin, spread, and global impact on society. The three waves of the pandemic and its distribution by age and sex are examined, as well as the health and political consequences that emerged from the crisis. Additionally, the development of the pandemic in Spain is explored, including its progression, demographic impact, and the measures taken to contain it. Finally, conclusions are drawn regarding the historical significance of the Spanish flu and its long-term effects.

Keywords: Spanish flu, pandemic, global impact, Spain.

1. Introducción

Mi interés por estudiar la pandemia de gripe de 1918, conocida comúnmente como la "gripe española", surge no solo por su relevancia histórica, sino también por su impacto global y duradero, ya que hoy en día sigue siendo un hecho histórico relevante, que marcó profundamente tanto a las sociedades afectadas, como al desarrollo de las políticas de salud pública. En este trabajo analizaré las características y consecuencias de dicha pandemia, centrándome en su evolución en Europa, con una mención particular a lo acontecido en España.

Para abordar este tema, he decidido basarme en un enfoque metodológico de análisis y síntesis de la bibliografía existente, recurriendo a obras fundamentales como *La gripe española. La pandemia 1918-1919*, de Beatriz Echeverri Dávila, que proporciona una mirada detallada sobre el contexto histórico y epidemiológico de la pandemia; *La gripe de 1918. Centenario de una crisis devastadora*, de José María Eiros Bouza, que examina el impacto social y médico de la crisis; y *La gripe española 1918-1919*, de María Isabel Porras Gallo, que profundiza en los efectos socioeconómicos y sanitarios en España. A partir del análisis de estas fuentes, elaboraré una síntesis que permitirá comprender mejor la propagación y las respuestas sociales y políticas a la pandemia.

El trabajo seguirá una estructura en la que primero se analizará el contexto histórico y social de la pandemia, seguido de un estudio de su evolución geográfica, y, finalmente, se evaluarán las medidas adoptadas y sus consecuencias a largo plazo. Mi marco geográfico se centrará en Europa, con énfasis en los efectos particulares de la pandemia en España.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Para poder comprender correctamente la gripe española de 1918 y situarla en su contexto histórico, es importante distinguir entre los términos "pandemia" y "epidemia". Ambos conceptos se utilizan para describir brotes de enfermedades infecciosas, pero tienen diferencias clave en lo que se refiere a su alcance y a su impacto.

Podemos definir una epidemia como una aparición y propagación rápida de una enfermedad infecciosa en una comunidad, región o país que excede los niveles esperados. En otras palabras, una epidemia ocurre cuando una enfermedad se disemina más de lo habitual en un área geográfica específica. Si, por ejemplo, nos referimos a un brote de sarampión en una ciudad o a una ola de gripe estacional en una región particular, podemos referirnos a ellas como epidemias ya que, aunque pueden tener un impacto significativo en las poblaciones locales, no llegan a tener la propagación propia de una pandemia, es decir, están restringidas en sus áreas geográficas limitadas. Sin embargo, una pandemia implica una propagación global de una enfermedad que afecta a múltiples países y continentes. Para que un brote sea clasificado

como pandemia, debe tener un alcance y un impacto mucho más amplio que el de una pandemia. El ejemplo más claro que se nos vendría a cualquiera a la cabeza es el COVID 19, que se extendió por todo el globo creando una crisis sanitaria sin precedentes.

Anteriormente han ocurrido pandemias que tuvieron un impacto muy significativo en nuestra sociedad. Destacan, por ejemplo: la peste de Justiniano (siglo VI), la peste negra (siglo XIV), y la pandemia de cólera en el siglo XIX. La peste de Justiniano fue provocada por el mismo patógeno que la peste negra, afectó gravemente al Imperio Bizantino, y se extendió por el Mediterráneo causando numerosas muertes y repercusiones negativas a la economía. Por otro lado, tenemos la Peste negra, conocida por su devastador impacto en la Europa del siglo XIV, que provocó la reducción drástica de la población de Europa, y tuvo graves y profundas repercusiones sociales y económicas. Y, por último, las pandemias de cólera, aquí podemos destacar que fueron diversas olas que se propagaron globalmente aprovechando las rutas comerciales y migratorias, causando estragos en los diferentes países.

Como hemos visto, la gripe española no fue la primera pandemia mundial. Entonces, ¿qué características la convierten en una pandemia tan especial?

Esta pandemia destaca sobre todo por estas cuatro razones: su alta tasa de mortalidad, su rápida propagación, su impacto en una sociedad afectada por la guerra, y finalmente por la falta de tratamientos efectivos.

3. ORÍGENES Y PROPAGACIÓN DE LA GRIPE ESPAÑOLA

El desarrollo de la primera pandemia de gripe del siglo XX debe entenderse dentro del contexto histórico del bienio 1918-1919, un periodo profundamente marcado por la influencia de la Primera Guerra Mundial. En 1918 el conflicto alcanzó su fin en noviembre, coincidiendo con el segundo y más devastador brote de la pandemia. A su vez, 1919 estuvo caracterizado por las profundas repercusiones sociales, económicas y políticas propias de la posguerra. La pandemia de gripe de 1918, conocida erróneamente como "gripe española", tiene un origen incierto que ha generado diversas teorías a lo largo de los años. Una de ellas establece que su origen se dio en los EE. UU., en un campamento del ejército americano en 1918, dado que en aquel momento una gripe no se consideraba una enfermedad de declaración obligatoria en los EE. UU. Los datos de los primeros días son algo confusos y se encuentran fragmentados. Mil empleados de la Ford Motor Company de Detroit guardaron cama por gripe, 18 personas de un pequeño pueblo de Kansas enfermaron¹. Otra teoría establece su origen también en los EE. UU, pero esta vez en el Condado de Haskell, una región que se encuentra en la región medio oeste de EE. UU.² Es comprensible que EE. UU, un país que se estaba preparando para mandar una gran cantidad de soldados a la guerra en Europa, no prestase demasiada atención a una simple gripe. Por esa razón, durante la primavera de 1918 no se

¹ Echeverri (1993: 18).

² Eiros (2018: 13).

estableció un anuncio oficial por parte del gobierno de los EE. UU. de la existencia de la gripe, aunque en los campamentos militares sí se llevó a cabo un control riguroso de los datos sanitarios que nos permitieron conocer la extensión de la epidemia. Otro estudio también señala los EE. UU. como origen de la pandemia, pero concretamente en Boston.³ Un siglo después de la pandemia de 1918-1919, el

debate sobre su origen y las causas de su extrema gravedad sigue siendo un tema de interés para los investigadores. Esta cuestión ha sido objeto de estudio durante décadas, como evidencia cualquier consulta en revistas especializadas en historia, medicina histórica o demografía. En este contexto, numerosos estudios han señalado la posible relación entre ciertos acontecimientos previos y el estallido y desarrollo de la crisis sanitaria. Hay diferentes razones por las que se cree que diferentes sucesos fueron los causantes del alto estallido y desarrollo. Uno es el aumento de la morbilidad y de la mortalidad por gripe registrado en los últimos años de la Gran Guerra en los frentes de batalla, publicado en revistas inglesas, francesas o alemanas, que fue reseñado en el *Bulletin de l'Office International d'Hygiène Publique* de los últimos meses de 1918⁴. A esto se unió un incremento de la frecuencia de bronconeumonías, similares a las de 1918, durante los inviernos de 1916 y 1917 en la Armada británica destacada en suelo francés. Además, entre las tropas alemanas del frente oriental se tiene constancia del padecimiento epidémico de una enfermedad semejante a la gripe, desde agosto hasta mediados de octubre de 1917⁵.

Algunos autores han señalado que la exposición a gases tóxicos como el gas mostaza, pudo estar vinculada tanto con la mayor gravedad de la gripe entre la población afectada, como con su posible origen⁶. Además, las trincheras contribuyeron al contagio entre los soldados, quienes vivían en condiciones higiénico-sanitarias deplorables, que favorecían tanto el desarrollo, como la propagación de la enfermedad. Este entorno, sumado al desánimo frecuente entre las tropas, debilitaba su sistema inmunológico y aumentaba su vulnerabilidad al contagio.

El impacto del transporte militar en trenes y barcos también jugó un papel crucial en la difusión de la gripe. Para Estados Unidos esto representó un problema significativo. Este medio de transporte facilitó la llegada de la enfermedad desde Estados Unidos a Francia en abril de 1918 y, posteriormente, su expansión a España y Portugal a través de soldados portugueses que regresaban del frente en trenes que cruzaban territorio español.⁷ El calificativo de española atribuido a la pandemia de gripe de 1918 estuvo influenciado por el contexto de la Primera Guerra Mundial y la censura militar vigente en los países beligerantes. Esta censura ocultó la existencia de la enfermedad entre las tropas de los bloques contendientes, lo que permitió que, tras la comunicación internacional realizada por el inspector general de Sanidad español, Manuel Martín Salazar, sobre la aparición de la enfermedad en Madrid en mayo de 1918, la prensa internacional comenzara a referirse a ella como gripe española⁸. Además, la denominación

³ Eiros (2018: 13).

⁴ Porras Gallo (2002: 27).

⁵ Porras Gallo (2002: 27).

⁶ Porras Gallo (2002: 23).

⁷ Porras Gallo (2002: 26).

⁸ Porras Gallo (2002: 30).

se consolidó debido a la amplia difusión de estas noticias en medios extranjeros. Cabe destacar que, aunque la gripe era una enfermedad de declaración obligatoria en España desde el Real Decreto de 31 de octubre de 1901, no lo era en otros países, como Estados Unidos, lo que dificultó aún más la identificación temprana de su alcance global.⁹

En cuanto a cómo penetró el virus en España, sabemos que fue a través de los temporeros españoles que realizaban labores agrícolas en nuestro vecino país, aunque también se responsabilizó a los soldados portugueses que regresaban del frente y se trasladaban en trenes que atravesaban nuestro territorio.¹⁰

4. IMPACTO MUNDIAL

La pandemia de gripe de 1918-1919 tuvo un impacto global sin precedentes, afectando a millones de personas en todos los continentes y dejando una huella profunda en la historia del siglo XX, afectando a entre 50 y 100 millones de personas. Su propagación y consecuencias no pueden entenderse sin considerar el contexto histórico en el que se desarrolló: los últimos meses de la Primera Guerra Mundial y el inicio de una posguerra cargada de tensiones sociales, económicas y políticas. Hubo 3 grandes oleadas epidémicas, las dos primeras se desarrollaron durante la primavera y el otoño de 1918, y la tercera tuvo lugar durante el primer trimestre de 2019. La que tuvo un impacto mayor fue la segunda ola, ya que en ella se registra el 64% de las muertes mientras totales, mientras que la primera tuvo el 26%, y finalmente la tercera el 10%.¹¹

4.1 Primera ola

Los primeros casos oficiales durante la primera ola pandémica fueron asociados al traslado de tropas norteamericanas a Francia. La epidemia llegó a Francia entre abril y mayo de 1918 al campamento número 4 de Burdeos, y al campamento de entrenamiento de Fére- Briange. En Ginebra, Suiza, la epidemia de gripe afectó a más del 50% de la población, siendo la mortalidad mayor entre las personas de 20 y 49 años, así como entre los varones. En junio, la primera ola ya se había extendido a todo el mundo.¹² En Europa, por ejemplo, la primera ola pandémica se centró en Francia, afectando sobre todo a la población civil y a los ejércitos franceses, americanos y británicos por igual.¹³ Durante la primera semana de mayo el 10% de la tripulación de la Gran Flota Británica enfermó gravemente. Esta situación llegó incluso a los submarinos, donde más de la mitad de los soldados cayeron enfermos también. Y en tierra firme la cosa no era muy distinta, así, tenemos el caso de una brigada de artillería del Segundo Ejército donde enfermó la tercera parte de sus componentes en tan solo 48 horas. Como dije anteriormente, la gripe afectó a todos los

⁹ Porras Gallo (2002: 30).

¹⁰ Porras Gallo (2002: 33).

¹¹ Eiros (2018:32).

¹² Eiros (2018:33).

¹³ Echeverri (1993:24).

bandos por igual, así por ejemplo, el general alemán Ludendorff justificó su derrota como consecuencia de la gripe, culpándola de la baja moral y poca fuerza que tenían sus tropas.¹⁴ La epidemia continuó extendiéndose, estallando en países como: España, Italia, Portugal, Grecia, etc. Podemos decir que la epidemia seguía un ritmo de propagación acorde con la geografía y la agilidad de las comunicaciones, aunque tenemos un caso que es llamativo, la epidemia estalló en mayo en la Península Balcánica, y sin embargo no llegó a Bélgica hasta julio.¹⁵

Se dieron también los primeros casos en Puerto Rico, y estos fueron causados por un barco español que hizo que la epidemia se propagará por toda la cuenca del Caribe.¹⁶

En todo el continente asiático la epidemia no llevó un ritmo frenético. Tenemos el caso de Bombay, que era el principal puerto de pasajeros y de personal militar. Allí la gripe se extendió por el país usando las vías del ferrocarril afectando de una forma más severa a las zonas urbanas, mientras que las zonas más alejadas no sufrieron tanto las consecuencias. Podemos confirmar que la epidemia afectó a zonas como Persia y Filipinas, mientras que en Shanghái la epidemia llegó un mes antes. Sin embargo, a su puerto principal, Chungking, no llegó hasta el mes de julio.¹⁷ Por otro lado, en las zonas más aisladas de Siberia, donde son frecuentes las bajas temperaturas, tardó más en llegar.¹⁸ Prácticamente hasta septiembre de 1918, no se produjo la llegada de la epidemia a las zonas más australes del planeta. Tenemos el caso de Sídney, que, aunque prácticamente podemos asociar su mortalidad del 30% con la segunda oleada, las indicaciones nos dicen que se trató del virus de la primera ola. En Sudáfrica, por ejemplo, a diferencia del resto del mundo, solo registró dos olas pandémicas.

Los primeros casos los podemos situar el 14 de septiembre de 1918, y estas cifras de mortalidad de septiembre fueron relativamente más bajas que en octubre y en noviembre, donde llegó a alcanzar cotas elevadísimas.¹⁹ No se tiene constancia de que la epidemia durante esta primera ola tuviese un recorrido enorme, si no que llevó a cabo una propagación fragmentaria, no afectó a grandes zonas de América del Norte, Sudáfrica, Asia etc. Si hablamos de la mortalidad, sobresalen datos como el gran número de fallecidos en los pueblos ingleses, o el contraste con el ejército francés que, por ejemplo, registró cerca de 40.000 casos de gripe, pero solo tuvo 100 muertos.²⁰

¹⁴ Echeverri (1993:24).

¹⁵ Echeverri (1993; 24).

¹⁶ Echeverri (1993: 25).

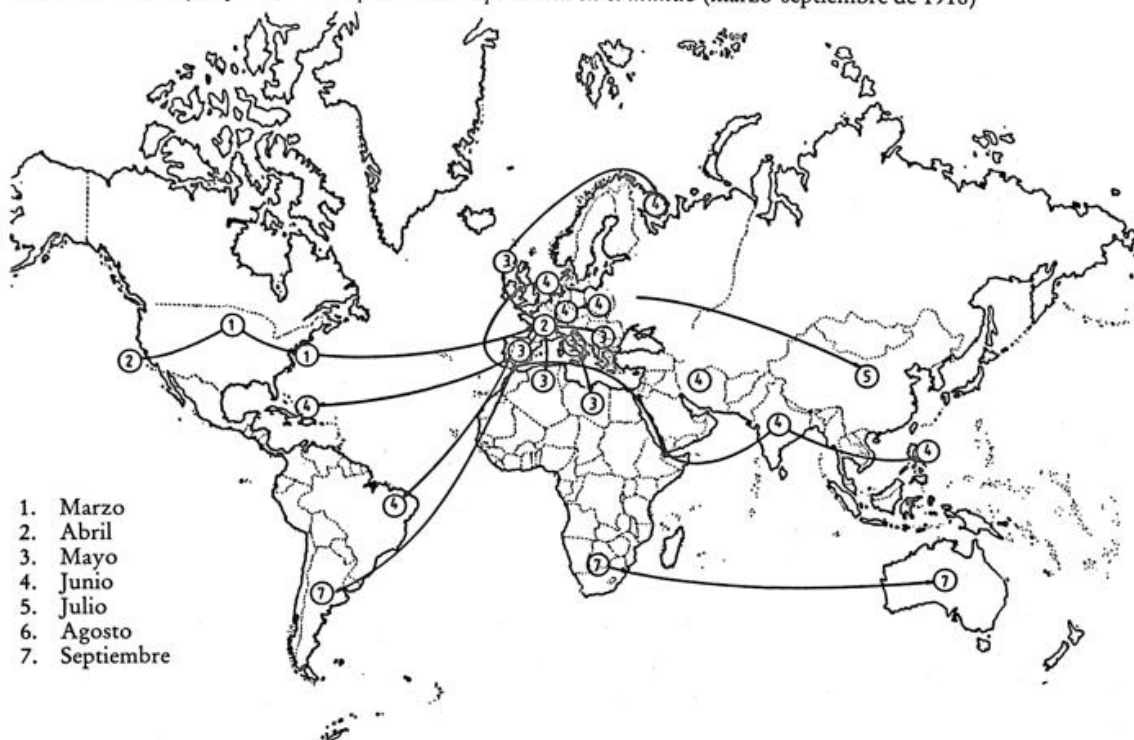
¹⁷ Echeverri (1993: 25).

¹⁸ Echeverri (1993: 25).

¹⁹ Echeverri (1993:26).

²⁰ Echeverri (1993:27).

MAPA 1. Inicio y expansión de la primera ola epidémica en el mundo (marzo-septiembre de 1918)



La imagen es un mapa que muestra la expansión de la primera ola de la gripe española en 1918, desde marzo hasta septiembre. Se observan líneas que indican la propagación del virus a diferentes regiones del mundo, con especial énfasis en Europa y América del Norte.

Los números en el mapa representan los meses en los que la epidemia llegó a cada zona, destacando que comenzó en marzo y se fue extendiendo progresivamente hasta septiembre. Se puede notar que las rutas de propagación siguen principalmente conexiones marítimas y ferroviarias, lo que sugiere que el movimiento de tropas y el comercio internacional jugaron un papel clave en la difusión del virus.

Cuadro 1

Tasas brutas de mortalidad de 96 pueblos grandes de Inglaterra y Gales en 1917 y 1918

Semana que concluye	1917	1918
8	12,7	11,5
Junio 15	12,8	11,4
22	12,4	11,7
29	11,7	13,2
Julio 6	11,2	19
13	117,7	21,1
20	11,2	18
27	11,2	13,1

Fuente: Public Health Reports, núm 34, 20 de junio 1919, p.1365.

4.2 Segunda ola

La segunda ola sabemos que dio comienzo durante el otoño de 1918, pero no sabemos con exactitud su origen, ya que apareció en puntos muy distantes del planeta. Durante esta ola tenemos confirmación de que se produjeron cambios sustanciales en el genoma del virus, lo le otorgó de una mayor virulencia. Exceptuando Oceanía, la mortalidad en el mundo fue muy elevada.²¹

Durante el verano la epidemia fue desapareciendo poco a poco de todo el mundo, excepto en las zonas más australes. En un momento se pensó que la cadena epidemiológica se había roto, o que el virus había perdido mortalidad, pero nada más lejos de la realidad. A finales de agosto el doctor Vaughan informó del empeoramiento de la gripe en la zona de Brest, una zona que ya había sufrido las consecuencias de la primera ola, ya que fue la zona por donde se introdujo el virus en Europa.²² El 28 de agosto se declararon 50 enfermos entre el personal de la estación naval del este norteamericano, el 30 de agosto había ya 106 afectados, y el 11 de septiembre los médicos contabilizaron 26 muertos.²³ Con todo esto, los científicos se preguntaron: ¿hubo un foco difusor primario de la segunda ola epidémica? No tenemos una respuesta clara, ya que la diferencia de días en el registro de la aparición de la epidemia en un lugar u otro pudo deberse a la mayor o menor vigilancia de los organismos sanitarios. En las ciudades de Brest, Freetown y Boston no fueron las únicas ciudades donde se detectó una llegada más precoz de la segunda epidemia, pero sí fueron las que la reseñaron con mayor exactitud.²⁴ Como ya dije anteriormente, según las investigaciones efectuadas, el virus durante esta segunda ola experimentó una mutación que le hizo volverse más peligroso. Las ya mencionadas Boston y Brest eran ciudades donde se intercambiaban miles de soldados de camino o de vuelta a la guerra, y desde el puerto francés se distribuían a todos los frentes de guerra. Con todo esto, a finales de septiembre ya se había extendido a toda Europa, con excepción de Suiza, Dinamarca, Holanda e Irlanda.²⁵

El ejército era un excelente transmisor de la infección de la gripe por vía terrestre. Sabemos que la extensión de la gripe desde Massachusetts al sur y al oeste del país se debió exclusivamente al intercambio de personal militar.²⁶ Un ejemplo que explica lo letal que fue el virus durante esta segunda oleada fue el caso del barco Leviathan, que llegó a Brest en los primeros días de octubre de 1918 con 10.000 soldados a bordo, sobrepasando el límite de personas embarcadas en más del 50%. Durante este viaje habían enfermado 2.000 hombres, y se calculan entre un 70 y 90% las personas fallecidas en el mar.²⁷

²¹ Eiros (2018: 34).

²² Echeverri (1993: 28).

²³ Echeverri 1993: 28).

²⁴ Echeverri (1993: 29).

²⁵ Echeverri (1993: 30).

²⁶ Echeverri (1993: 30).

²⁷ Echeverri (1993: 30).

Si nos centramos por ejemplo en la capital del protectorado inglés y principal puerto, Freetown, vemos que la infección se difundió hacia el resto del continente africano y Asia. Por ejemplo, el caso que relata Colliers sobre el S.S Jaroslav, un barco proveniente de ese puerto que llegó a la ciudad del Cabo con 1.500 trabajadores de los *Native Labour Corps* a bordo. Estos soldados habían estado en contacto con la gripe y llegaron a una ciudad donde no se habían tomado las precauciones de una cuarentena obligatoria. Al poco tiempo, los sudafricanos empezaron a enfermar y comenzaron a saber los efectos de la gripe. En Sudamérica, por ejemplo, el contagio llegó a finales de septiembre a través de un barco salido de Lisboa llamado El Demarara, que llegó a Río de Janeiro el 17 de ese mes, y también del Reina Victoria Eugenia, que llegó al puerto de Buenos Aires el día 26. Un mes después de esto, el continente se encontraba asolado por la terrible epidemia²⁸. La pandemia continuó su curso y, en octubre, ya estaba presente en todos y cada uno de los continentes, salvo Australia. En Bogotá, por ejemplo, se estaban utilizando los vehículos recolectores de basura para recoger a los muertos, mientras que en Nueva York se estaban abriendo fosas comunes con palas de vapor.²⁹ El Doctor French declaró que de 1.000 individuos que contrajeron la gripe, 800 de ellos tuvieron un ataque más severo que el común de los casos de primavera, los 200 restantes sufrieron graves complicaciones pulmonares, y de éstos, murieron unas 80 personas. A continuación, mostraré un cuadro que muestra las semanas que presentaron una máxima mortalidad en las principales ciudades.³⁰

²⁸ Echeverri (1993: 30

²⁹ Echeverri (1993:31).

³⁰ Echeverri (1993: 32).

Semana de máxima mortalidad en ciertas ciudades 1918

Semana que termina	Norteamérica	Europa	India
5 de Octubre	Boston		Bombay
12 de Octubre	Lowell		
19 de Octubre	Providencia	Glasgow	Maldrás
26 de Octubre	Nueva York	París	
2 de Noviembre	San Francisco	Dublín	Rangún
9 de Noviembre	Pittsburgh		
16 de Noviembre	Winnipeg	Londres	
23 de Noviembre		Belfast	
30 de Noviembre		Birmingham	Calcuta

Fuente: E. O. Jordan, Epidemic Influenza, a Survey, Chicago, 1927, p.103.

En cuanto a los síntomas que presentaron los pacientes de esta ola respecto a la primera, la verdad es que eran prácticamente idénticos. Si algo podemos destacar, es que en esta segunda ola era común la aparición de epítaxis que en muchos casos requería un tratamiento específico. Muchos de estos casos acababan con el desenlace fatal en un plazo de entre 24 y 48 horas.³¹ El síntoma más temido de todos era el célebre tinte azulado en el rostro, que revelaba una progresiva y casi siempre letal cianosis. Con estos síntomas el paciente era prácticamente hombre muerto. Lo más llamativo sin duda de esta segunda ola fue la mortalidad en los diferentes grupos de personas. Se podría pensar que los grupos más afectados serían los llamados grupos de riesgo, es decir, personas mayores de sesenta y pequeños menores de 1 año, pero lo llamativo fue que la mayor tasa de mortalidad se registró sobre el grupo de veinte a cuarenta años, y esto fue una característica presente en todo el mundo. Esto llamó poderosamente la atención de los científicos, dado que se encontraban perplejos al ver como caían fulminados los jóvenes fuertes y en plenitud.³²

4.3 Tercera ola

³¹ Echeverri (1993: 33).

³² Echeverri (1993: 33).

Después de un breve receso en las primeras semanas del nuevo año 1919, la gripe española se recrudeció especialmente en Europa y en Norteamérica. Sí es cierto que esta ola no fue tan global ni definida.³³ Es cierto que no todos los países sufrieron esta tercera ola y hubo variaciones en cuanto a la morbilidad y mortalidad que causó. Los sitios más afectados por la tercera ola fueron los que durante las dos primeras olas no habían tenido demasiada incidencia, por lo que tenían un mayor número de personas susceptibles a contraer la infección. En general, los observadores coincidieron en que tuvo menor incidencia, menor número de complicaciones, y afectó con mayor gravedad a los tradicionales grupos de riesgo: los niños menores de un año y los ancianos.

Aquí tenemos un ejemplo de cómo afectó de una forma diferente la pandemia a las diferentes zonas:

Tasas de mortalidad por gripe y neumonía en el distrito de Columbia, EE. UU. (enero a marzo de 1918)

	Tasa de		Tasa de
Mes	Mortalidad	Mes	Mortalidad
Enero	0,22	Septiembre	0,1
Febrero	0,29	Octubre	3,18
Marzo	0,36	Noviembre	0,68
Abril	0,18	Diciembre	0,74
Mayo	0,12	ene-19	0,81
Junio	0,07	Febrero	0,31
Julio	0,04	Marzo	0,29
Agosto	0,04		

Fuente: Ministry of Health, Report on the Pandemic of Influenza (1918-1919), Londres, 1920, pp.316-317.

4.4 Morbilidad mundial por edad y por sexo

Una de las características más destacadas de la pandemia de 1918, además de su elevada mortalidad, fue que el mayor número de fallecimientos proporcionalmente se dio entre personas de 20 a 40 años, un hecho inusual en este tipo de epidemias. Aunque los datos de morbilidad por edades no son tan concluyentes como los registros de defunciones, estos también sugieren que los adultos jóvenes fueron especialmente vulnerables a la enfermedad. Además, estudios como el de Frost señalaron que la mayor tasa de morbilidad se presentó entre niños de 5 a 9 años. Según Vaughan, quien analizó la pandemia en Boston mediante entrevistas a 10,000 personas, los grupos de edad con mayor incidencia de gripe fueron los niños de entre 15 meses y 9 años, así como los adultos jóvenes de entre 20 y 30 años.³⁴

³³ Eiros (2018: 35).

³⁴ Echeverri (2018: 50).

Frost, W. H. (1920). "The Epidemic of Influenza in the United States in 1918."

Por lo general, la gripe afectó más a las mujeres que a los hombres. Según los estudios de Frost, en la mayoría de las localidades analizadas, la tasa de morbilidad fue más alta entre la población femenina en todas las edades, aunque las diferencias no fueron muy significativas salvo en el grupo de 15 a 40 años. Por ejemplo, en el estado de Maryland, los datos mostraron que en el grupo de 20 a 24 años la incidencia en mujeres era un 23% mayor que en hombres. Vaughan llegó a conclusiones similares, indicando que la morbilidad femenina siempre fue más elevada, excepto en los grupos de edad más pequeños y en los mayores de 50 años. Además, en localidades como Cambridge, Leicester, Manchester y Blackburn también se observaron una mayor sobre morbilidad en mujeres.

No está claro si esta mayor incidencia en mujeres se debió a factores ambientales o a una predisposición biológica. Según la misión española liderada por Marañón, que investigó la pandemia en Francia, este fenómeno podría estar relacionado con el hecho de que las mujeres pasaban más tiempo encerradas en casa, a diferencia de los hombres, quienes trabajaban fuera y tenían más contacto con otras personas. Por lo que podríamos afirmar que el entorno doméstico podría haber facilitado un mayor riesgo de contagio.³⁵

Tasa de morbilidad por gripe y neumonía por mil varones y mujeres de diferentes edades en ciertas localidades de Maryland, EE. UU.

Edades	Varones	Mujeres
Menos de 1	190,7	215
Menos de 5	301,6	295
Entre 5 y 9	390,5	399,5
Entre 10 y 14	354,5	382,8
Entre 15 y 19	327,5	372
Entre 20 y 24	273,8	338,3
Entre 25 y 29	335,8	351,1
Entre 30 y 34	329,7	315,7
Entre 40 y 44	225	270
Entre 45 y 49	176,1	208,3
Entre 50 y 54	156,7	207,2
Entre 55 y 59	140,5	169,3

4.5 Morbilidad Global

Nunca podremos saber con exactitud cuánta gente murió durante la gripe española. Si nos fiamos de los datos que recogió Jordan, veremos una serie de estimaciones de mortalidad que llevó a cabo en los países donde faltaban datos. No obstante, en zonas de África y Asia nunca se llevó a cabo un registro de los

³⁵ Echeverri (2018: 52).

Fuente: W.H Frost y E. Sydenstricker, Influenza in Maryland: Preliminary Statistics of Certain Localities, Public Health Reports núm. 34,1919, p.4

fallecidos, por lo que es imposible establecer las cifras de muertes en algunas zonas.³⁶ Un ejemplo curioso es del de Rusia, donde no se realizó un registro de las muertes debido al caos administrativo y los disturbios internos. Jordan calculó una tasa de mortalidad del 5%, pero según él mismo se trata de una estimación tirando por lo bajo, debido a que Rusia era uno de los países con peor nivel sanitario, por lo que es correcto pensar que tuvieran más muertes que Inglaterra y Suiza. Entre los países más castigados de la pandemia, sobresalen Madagascar, Sudáfrica, Nueva Zelanda, Guatemala y México con tasas de mortalidad de entre el 22 y el 35%, aunque la que sobresale por encima del resto fue la India, con 12,5 millones de muertos, un 40% de la población.³⁷

Para evaluar la gravedad de una epidemia es crucial analizar el número de fallecimientos por cada cien personas infectadas. En las pandemias recientes de gripe, la tasa de letalidad generalmente no ha superado el 0,1-0,3 %, mientras que en las devastadoras epidemias de peste se estimaba en un 60 %. Sin embargo, debido a la falta de fiabilidad de los datos sobre morbilidad durante brotes tan explosivos como la gripe, estos cálculos solo se pueden realizar en casos puntuales. En la pandemia de 1918 fue necesario basarse en los datos obtenidos mediante encuestas.

Frost determinó que, en el conjunto de comunidades analizadas, la tasa media de letalidad fue del 1,6%, aunque esta variaba considerablemente, desde un 3,1% en Nuevo Londres hasta un 0,8% en San Antonio. Vaughan reportó cifras similares en Boston, con una tasa del 2,47%. En las poblaciones inglesas mencionadas en el cuadro 9, las tasas de letalidad por caso eran, por lo general, más altas que en las comunidades norteamericanas, aunque no siempre de forma significativa, salvo en Newcastle-upon-Tyne durante la tercera ola. En Copenhague las diferencias entre la primera y la segunda ola fueron especialmente notorias: 0,3% en la primera y 1,9% en la segunda.³⁸ En Norteamérica y Europa las tasas de letalidad durante la pandemia oscilaron entre el 2% y el 4%. No obstante, se observaron diferencias significativas en otras regiones del mundo. En las islas del Pacífico Sur, por ejemplo, la letalidad alcanzó el 10% en algunas comunidades y llegó hasta el 20 % en Tahití.³⁹

³⁶ Beatriz Echeverri (2018,52)

³⁷ Echeverri (2018: 53).

³⁸ Echeverri (2018: 56).

³⁹ Echeverri (2018:57).

Tasas de letalidad por caso en tres ciudades inglesas

		Número de Personas	Tasa de Letalidad (%)
Leicester	Primera ola	4617	0
	Segunda ola		3,8
	Tercera ola		1,8
Manchester	Primera ola	4666	0,3
	Segunda ola		2,9
Newcastle-upon-Tyne	Primera ola	4461	2,2
	Segunda ola		3,4
	Tercera ola		6,6

Fuente: Elaboración propia con datos de Ministry of Health, Report on the Pandemic of Influenza (1918-1919), 1920, pp. 136, 137.

Mediciones de morbilidad y mortalidad mundial gripe de 1918

	Período	Mortalidad Total	Tasa 100000
Austria	Julio de 1918-julio 1919	20458	300
España	Mayo de 1918, mayo de 1919	170000	830
Italia	1918	375000	1060
Rusia	1918-1919	450000	500
Resto de Europa		462800	400
Población Estimada 115700000			
Asia			
Japón	Agosto de 1918-julio de 1919	257363	425
India	1918-1919	12500000	4000
Resto de Asia	1918-1919	3000000	600
Islas Pacífico			
		50000	20000
Hawai	1918-1919	1559	600
Filipinas	Noviembre-diciembre	93686	800
Indias Orientales Neerlandesas			
1918		800000	1600
África			
Unión de Sudáfrica	Agosto de 1918-noviembre 1919	130471	2280
Madagascar		113957	3500
Resto de África	1918	1100000	1000

Fuente: O. Jordan, ob.cit, 1920, p. 228, (Cifras estimadas).

Entre los países más castigados por la pandemia, destacan Madagascar, Nueva Zelanda, Rusia. Quiero destacar también, los 12,5 millones de muertos en la India, el 40% de la población. En la pandemia de gripe de 1918, la medición de la morbilidad y la mortalidad a nivel mundial fue un desafío debido a la falta de registros estandarizados y la dificultad para recopilar datos en medio del caos sanitario y social. Aun así, se sabe que la enfermedad afectó a una parte significativa de la población mundial, con tasas de infección extremadamente altas y una mortalidad sin precedentes para una gripe. En primer lugar, los sistemas de registro de salud pública en la mayoría de los países eran rudimentarios o inexistentes, lo que impedía llevar un control preciso de los casos y las muertes. Además, la pandemia coincidió con los últimos meses de la Primera Guerra Mundial, una situación que no solo favoreció la propagación del virus, sino que también limitó la capacidad de los gobiernos y las instituciones sanitarias para recopilar datos fiables.

Otro obstáculo importante fue la falta de criterios unificados para clasificar las muertes. Muchas personas fallecieron por complicaciones derivadas de la gripe, como neumonía bacteriana, pero estas no siempre se registraban como consecuencia directa del virus. En algunos países, las muertes atribuibles a la

pandemia quedaron ocultas dentro de estadísticas generales de enfermedades respiratorias. También hubo regiones donde la pandemia colapsó los sistemas sanitarios y administrativos, haciendo que muchas muertes quedaran sin documentar.

4.7 Mortalidad por edad y por sexo

A nivel mundial se identificó que el grupo de edad más afectado por la mortalidad pandémica fue el comprendido entre los 20 y 40 años. En 1892, la mortalidad seguía el patrón habitual, donde los más vulnerables eran los niños pequeños y los ancianos. Sin embargo, en 1918, aunque los menores de un año continuaron siendo gravemente afectados, los jóvenes adultos se convirtieron en el grupo con mayor mortalidad. Contrariamente, los ancianos presentaron una mortalidad inusualmente baja. Además, no parece haber habido una selectividad clara entre los sexos.

En el caso de las diferencias por género, estas no fueron tan evidentes como las relacionadas con la edad. Es importante considerar el contexto europeo, marcado por la guerra, que generó un desplazamiento significativo de la población masculina, especialmente de hombres entre 18 y 25 años, y además se cuenta con datos de morbilidad limitados. Según el estudio de Frost, la letalidad entre los hombres fue mayor en los menores de 5 años, los adultos de 20 a 40 años, y los mayores de 60 años. Este patrón también se observó entre las mujeres, aunque con la particularidad de que su letalidad fue superior a la de los hombres en las menores de 15 años y las mayores de 60.⁴⁰

Entre los 15 y 60 años, sin embargo, la tasa de letalidad masculina superó de forma clara a la femenina, siendo esta diferencia especialmente significativa en los hombres de 20 a 40 años. Esta variación fue confirmada por las estadísticas de mortalidad en los Estados Unidos, que registraron 479.038 muertes por gripe y neumonía.⁴¹ A pesar de estos datos, no es posible extrapolarlos fácilmente. Aunque los hombres de 20 a 40 años mostraron una mayor tasa de letalidad, no fueron el grupo con mayor incidencia de morbilidad; ese lugar lo ocuparon las mujeres de la misma edad. Esto podría estar relacionado con una menor resistencia fisiológica de los hombres al virus, aunque también podrían influir factores culturales, como la imposibilidad de tomarse tiempo suficiente para la recuperación debido a responsabilidades laborales.⁴²

4.8 Consecuencias Sanitarias

La pandemia de gripe de 1918-1919 tuvo un impacto demográfico significativo a nivel global. Una de sus características más destacadas fue la alta mortalidad en grupos de edad que, habitualmente, no eran los más vulnerables a enfermedades gripales. En todo el mundo los jóvenes adultos de entre 20 y 40 años

⁴⁰ Echeverri (1993: 58).

⁴¹ Echeverri (1993:59).

⁴² Echeverri (1993:59).

resultaron ser el grupo más diezmado, mientras que los ancianos, sorprendentemente, mostraron una mortalidad anormalmente baja. Esto contrastó con pandemias anteriores, donde los más afectados eran habitualmente los niños pequeños y los ancianos.

Además, la falta de preparación de los sistemas sanitarios, condicionada por la Primera Guerra Mundial, contribuyó a un mayor impacto demográfico. En los países involucrados en el conflicto, la ausencia de personal sanitario desplazado al frente agravó las consecuencias de la epidemia. En lugares como España, que no participaron en la guerra, la mortalidad también fue alta debido al escaso desarrollo de la infraestructura sanitaria.⁴³

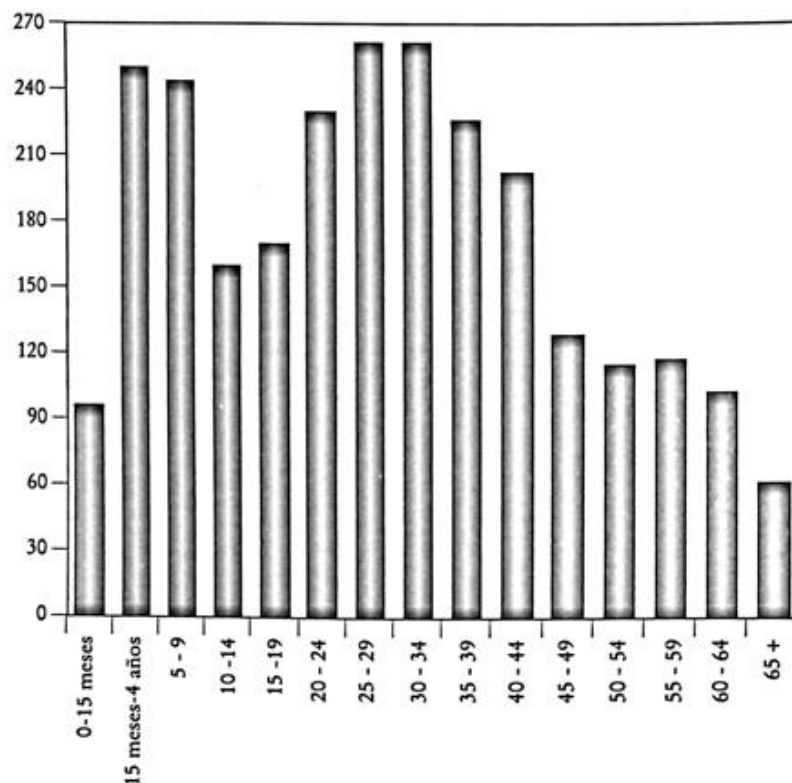
La pandemia también evidenció desigualdades geográficas y sociales en términos de mortalidad. En las zonas rurales o con menos acceso a recursos médicos, el número de fallecidos fue desproporcionadamente mayor. Asimismo, en comunidades de las islas del Pacífico Sur, como Tahití, la mortalidad alcanzó cifras alarmantes, superiores al 10 %, reflejando el impacto devastador de la pandemia en regiones más aisladas.⁴⁴

Finalmente, el impacto demográfico de la gripe de 1918-1919 no se limitó a las pérdidas humanas inmediatas, sino que afectó significativamente a la estructura poblacional. La alta mortalidad en personas en edad laboral redujo la capacidad productiva de las comunidades, provocando un efecto en cadena que impactó tanto en la economía como en las dinámicas sociales.

⁴³ Porras Gallo (2002: 16).

⁴⁴ Porras Gallo (2002: 18).

Tasa de morbilidad por gripe desagregadas por edad (1918-1919) en Boston, según encuesta realizada entre 10.000 habitantes



Fuente: W. T. Vaughan, «Influenza: An Epidemiological Study», *The American Journal for Hygiene*, Monographic Studies, núm. 1, 1920, p. 144

4.9 Consecuencias Políticas

La pandemia de gripe española no solo impactó las negociaciones de paz tras la Primera Guerra Mundial, sino que alteró profundamente la vida cotidiana. Medidas como el uso de mascarillas, desinfección de mercancías y locales, y la suspensión de actividades en espacios cerrados, evidencian intentos de controlar su propagación. Estas restricciones paralizaron la vida laboral y afectaron servicios esenciales como correos, transporte y la preparación de alimentos.

El cierre de escuelas, teatros, cines y cafés, así como la prohibición de celebraciones religiosas, generaron descontento social en un contexto ya marcado por tensiones previas. La crisis agravó la escasez de alimentos y medicamentos debido al acaparamiento, lo que incluso afectó los entierros, con falta de ataúdes y ceremonias religiosas. Además, la pandemia dejó una huella en las artes. El pintor Edvard Munch reflejó su experiencia en obras melancólicas, mientras que en la música surgieron innovaciones como el sistema dodecafónico de Arnold Schönberg y el uso del jazz por Ígor Stravinsky. En literatura, aunque

grandes autores ignoraron la pandemia en sus obras, en regiones como Brasil e India inspiró nuevas corrientes centradas en las desigualdades sociales, y en China impulsó la modernización cultural.⁴⁵

Este impacto multifacético subraya cómo una crisis sanitaria puede transformar tanto la dinámica social como las expresiones culturales.



5. PANDEMIA EN ESPAÑA

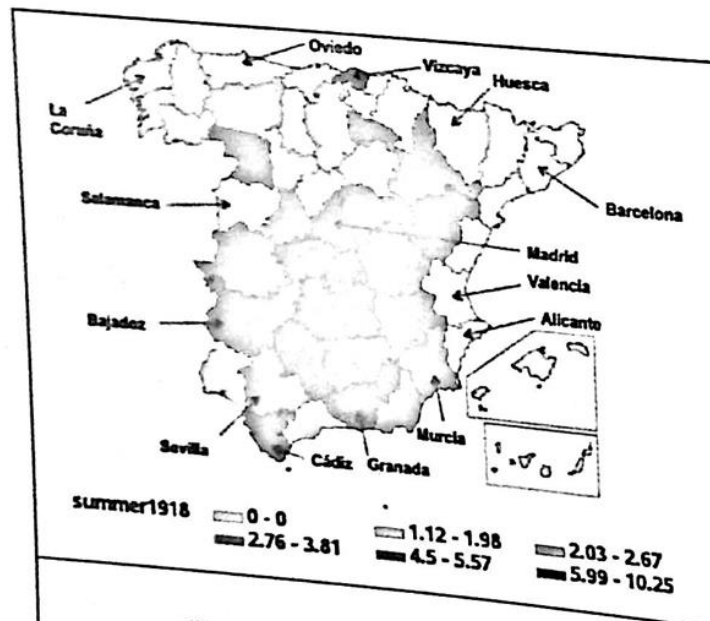
La pandemia de gripe española de 1918-1919 tuvo un impacto significativo en España, a pesar de que el país no participaba en la Primera Guerra Mundial. España, que entonces mantenía una postura neutral, se convirtió en un punto clave en la difusión de información sobre la enfermedad debido a la libertad de prensa que permitió reportar ampliamente los efectos de la pandemia, algo que no sucedía en otros países en conflicto.

5.1 Primera ola (Mayo-Julio 1918)

En mayo de 1918 la prensa española comenzó a informar sobre la gripe en Madrid, destacando los actos multitudinarios de la festividad de San Isidro como un factor de propagación. A pesar de la expansión de la enfermedad, los medios minimizaron su gravedad, describiéndola como una dolencia leve de corta duración. Sin embargo, la pandemia paralizó servicios esenciales en Madrid, como Correos y Telégrafos, y llevó al cierre de teatros. Irónicamente, la gripe se popularizó bajo el apodo de “Soldado de Nápoles”, inspirado en una zarzuela de la época.⁴⁶

⁴⁵ Porras Gallo (2002: 38).

⁴⁶ Eiros (2018: 56).

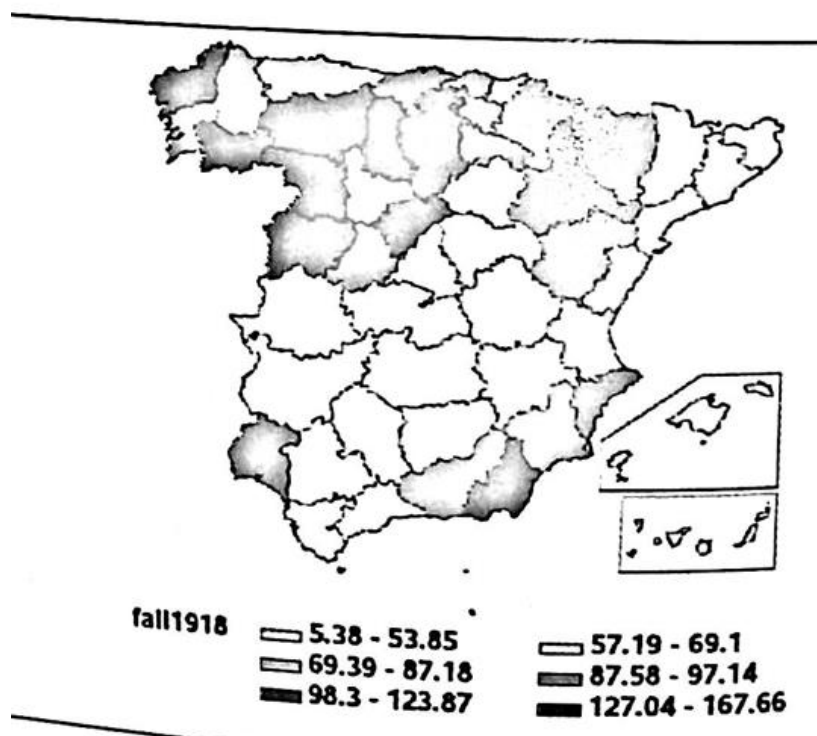


Fuente: "Piga A, Lama L. Infecciones de tipo gripal, tomo 1, Madrid 1919: 66-99."

5.2 Segunda ola (Agosto-Diciembre 1918)

La propagación de la gripe española en España estuvo marcada por diversos factores humanos y geográficos. Los movimientos transfronterizos de trabajadores hacia y desde Francia, así como el tránsito de soldados, desempeñaron un papel fundamental en la diseminación del virus. Las condiciones de hacinamiento en los cuarteles y el regreso de soldados a sus lugares de origen favorecieron la propagación. Además, la celebración de fiestas populares en los meses de verano y otoño impulsó la aparición de nuevos brotes, siendo octubre el mes más crítico, con un aumento de más del 300% en la mortalidad mensual.⁴⁷

⁴⁷ Eiros (2018: 59).

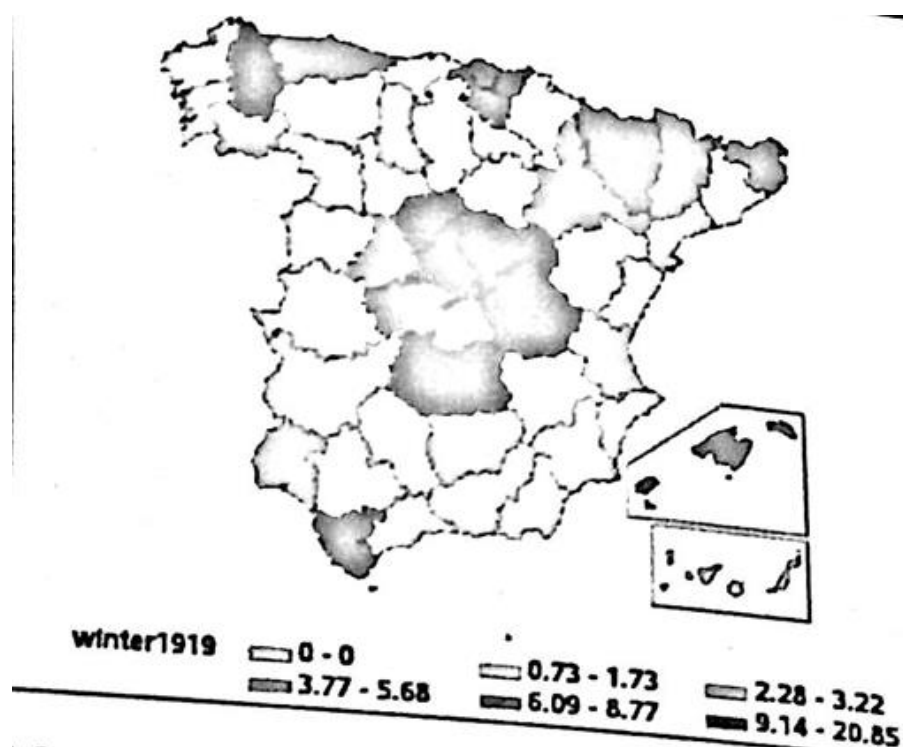


Fuente: Piga A, Lama L. Infecciones de tipo gripal, tomo 1, Madrid 1919: 66-99."

5.3 Tercera ola (Enero 19- Abril de 19)

La tercera ola de la gripe española en España se desarrolló entre enero y junio de 1919, aunque fue menos severa que las anteriores. Epidemiológicamente, afectó especialmente a zonas con población susceptible en el centro y sur del país, pero la mortalidad registrada fue significativamente inferior a la de la ola otoñal de 1918. En 1920, se identificó una nueva actividad epidémica que tuvo un impacto notable en niños menores de un año, reflejando un cambio en el perfil de las poblaciones más vulnerables a la enfermedad⁴⁸.

⁴⁸ Eiros (2018: 59).



Fuente: Piga A, Lama L. Infecciones de tipo gripal, tomo 1, Madrid 1919: 66-99."

5.4 Coste Demográfico en España

Las cifras sobre el impacto de la gripe española en España presentan múltiples desafíos de fiabilidad, debido a la falta de un sistema robusto de declaración obligatoria, y al agotamiento del personal sanitario encargado de registrar los casos. Según estimaciones oficiales, la mortalidad total ascendió a 182.865 víctimas, aunque estudios recientes.⁴⁹ La sitúan entre 260.000 y 270.000, debido a registros inexactos, y a la inclusión de fallecimientos gripales bajo otras categorías, como enfermedades respiratorias. La mortalidad varió significativamente por provincias, con tasas que iban del 2,4% en Castellón, al 8,5% en Toledo.⁵⁰

El año más crítico fue 1918, cuando se registraron cerca de 144.000 defunciones, seguidas por 21.094 en 1919 y 17.841 en 1920. Estas cifras contrastan con la media **anual** de 7.000 fallecimientos por gripe en los años anteriores a la pandemia. En comparación histórica, la gripe española tuvo un impacto comparable a otras crisis como la epidemia de cólera de 1853-1855, y las defunciones durante la Guerra Civil Española, subrayando su trascendencia en la historia sanitaria del país.⁵¹

Entre 1900 y 1936, España experimentó un notable descenso en la mortalidad general debido principalmente a la reducción de muertes por enfermedades infecciosas, especialmente las de transmisión

⁴⁹ Velasco A. *La Medicina Ibero*, 1918; II: número 55.

⁵⁰ Eiros (2018:62).

⁵¹ Porras Gallo (2002:6).

aérea. Sin embargo, en 1918, con los dos primeros brotes de gripe, la mortalidad general aumentó un 50% en comparación con 1917. Según los datos oficiales, en 1918 se registraron 147.114 muertes atribuibles a la gripe, cifra que contrasta con las 7.470 de 1917. A estas se suman 21.235 defunciones en 1919.⁵²

A pesar de estas cifras, los estudios de Echeverri.⁵³ Sugieren que las muertes reales relacionadas con la gripe entre 1918 y 1919, podrían haber superado las 270.000, debido a subregistros y errores en la clasificación de las causas de muerte, lo que es común en contextos de crisis sanitaria. Estas discrepancias subrayan las limitaciones estadísticas y médicas de la época, así como la gravedad del impacto de la pandemia en la población española.

Si por ejemplo nos fijamos en las zonas que presentaron las tasas de mortalidad, podemos destacar: además de Madrid, provincias andaluzas y la actual Castilla y La Mancha.

Tasas Mensuales de Mortalidad por Gripe (X100.000)

Provincias	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Badajoz	4,97	3,88	5,74	2,64	2,95	20,18	25,92
Cáceres	4,5	3,32	5,92	2,61	3,55	25,83	26,54
Ciudad Real	3,52	3,05	6,34	3,99	3,99	25,84	13,62
Cuenca	4,22	3,97	6,33	3,52	7,38	24,06	14,77
Guadalajara	3,24	1,85	4,62	4,16	1,85	23,12	9,71
Málaga	2,83	2,07	5,66	5,09	3,96	21,11	15,83
Sevilla	6,41	3,36	1,76	3,52	4,33	23,23	14,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Echeverri Dávila (1993: 181-183).

La pandemia de gripe de 1918-1919 presentó patrones de mortalidad únicos, determinados por una combinación de factores locales y socioeconómicos. Según Chowell y colaboradores.⁵⁴ Los elementos como las tasas de mortalidad preexistentes, el grado de urbanización, la densidad de población, la estructura etaria, la mortalidad infantil y las condiciones climáticas, fueron moduladores clave de las diferencias temporales y geográficas en la mortalidad. Otros estudios de Mamelund.⁵⁵ También destacan las desigualdades sociales como un factor crucial en la vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Un rasgo distintivo de esta pandemia fue su impacto desproporcionado en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años, lo que contrastó con las epidemias de gripe habituales, que tienden a afectar a los extremos de la pirámide poblacional (niños y ancianos). Esta singularidad se observa en los datos demográficos de la

⁵² Porras Gallo (2002:6)

⁵³ Echeverri (1993: 70)

⁵⁴ Chowell, C. A., et al. (2003). "A Statistical Framework for the Analysis of Epidemic Time with Application to the 1918 Influenza Pandemic."

⁵⁵ Mamelund, O. J. (2006). "The Impact of the 1918 Influenza Pandemic on Mortality in Norway."

ciudad de Madrid, que muestran una alteración significativa en la distribución etaria de la mortalidad entre 1918 y 1920.⁵⁶

5.5 Medidas que se tomaron

Durante la primera ola de la gripe en 1918, las instituciones sanitarias intentaron tranquilizar a la población, identificando la enfermedad como gripe pese a la limitada evidencia microbiológica. Las medidas terapéuticas incluyeron reposo, antipiréticos como la quinina, y soluciones experimentales, aunque algunas prácticas generaron controversias en el ámbito médico.⁵⁷

La organización sanitaria se vio desbordada, lo que dificultó la respuesta eficiente a la pandemia. Aunque se establecieron la declaración obligatoria de casos, y medidas de desinfección en espacios públicos, estas se aplicaron de forma limitada y desigual en las distintas regiones. En ciudades como Madrid, se implementaron protocolos estrictos de desinfección, mientras que otras localidades priorizaron mantener la actividad social y económica, agravando la propagación del virus. Este manejo desigual evidenció la falta de coordinación y recursos en el sistema sanitario de la época.⁵⁸

La implementación de las recomendaciones del Ministerio de Gobernación para evitar aglomeraciones durante la pandemia fue desigual en las distintas regiones. Mientras en Valladolid se adoptaron medidas como el cierre de teatros, cines y otros espacios de ocio, algunas áreas priorizaron mantener la actividad social y económica, lo que pudo contribuir a la propagación del virus. Por su parte, Ávila aplicó restricciones más estrictas, prohibiendo mercados en locales cerrados, reuniones, bailes y fiestas populares. Sin embargo, en grandes ciudades, las medidas destinadas a cerrar espacios públicos fueron ignoradas, reflejando la falta de coordinación y uniformidad en la respuesta a la crisis sanitaria.⁵⁹ Durante la pandemia de la gripe española de 1918 España implementó diversas medidas de salud pública y desinfección para intentar controlar la propagación del virus, aunque su aplicación fue desigual según las regiones. Entre las medidas de desinfección destacaron la limpieza masiva de espacios públicos y privados, incluyendo viajeros, equipajes, mercancías, vagones de ferrocarril, correspondencia, teatros, cafés, iglesias y edificios oficiales como el Congreso y el Senado. También se baldearon calles, aceras y alcantarillas con agua de hipoclorito de cal, y las viviendas eran desinfectadas en caso de enfermedad previa notificación al ayuntamiento.⁶⁰

En cuanto a las medidas de salud pública, el Ministerio de Gobernación recomendó el aplazamiento del curso escolar y universitario, así como el retraso de ferias y fiestas de otoño para reducir aglomeraciones. No obstante, la implementación de estas medidas fue dispar. En Valladolid, pese a detectarse casos el 6 de septiembre y registrarse un aumento de la mortalidad diaria, se permitió la celebración de las Ferias

⁵⁶ Porras Gallo (2002:31)

⁵⁷ Eiros (2018:69).

⁵⁸ Eiros (2018:64).

⁵⁹ Eiros (2018:72).

⁶⁰ Eiros (2018:73).

de San Mateo entre el 17 y el 27 de septiembre, declarando la epidemia solo al finalizar las festividades. En Avilés, se prohibieron mercados en locales cerrados, asambleas, reuniones, bailes públicos y fiestas populares, mientras que, en grandes ciudades como Madrid, Barcelona, Sevilla y Zaragoza, los lugares de reunión continuaron concurridos durante toda la epidemia.⁶¹

Estas discrepancias reflejan las tensiones entre la necesidad de proteger la salud pública, y la resistencia a interrumpir la vida social y económica. Aunque las medidas adoptadas intentaban controlar la propagación del virus, la respuesta en los diferentes territorios evidencia las dificultades de implementar políticas comunes.

5.6 Papel de la prensa

Durante el inicio de la epidemia de gripe española en Madrid en mayo de 1918, la enfermedad fue percibida inicialmente como un problema menor y banal, según se reflejaba en los principales diarios de la época, que incluso la mencionaban en tono jocoso. La sociedad madrileña no la consideró como una amenaza significativa para la salud, y la profesión médica mostraba confianza en que, mediante el uso de laboratorios, podría identificarse rápidamente el agente causal, y desarrollar sueros y vacunas específicas para prevenir y tratar la enfermedad.

Sin embargo, el laboratorio no logró resolver el problema etiológico ni establecer un consenso sobre si el origen era un "virus filtrable", concepto de la época que difería del actual entendimiento de los virus. La prensa desempeñó un papel importante en la difusión de información sobre el desarrollo de la epidemia. El 20 de mayo de 1918, diarios como *El Sol* reportaban numerosos casos de una enfermedad no identificada en cuarteles y otras partes de Madrid, aunque insistían en que no se trataba de una dolencia grave. Apenas días después, la enfermedad fue identificada como gripe o "ataque gripal", aunque algunos periódicos como el *ABC* la calificaron como una "extraña epidemia". Pese a la incertidumbre diagnóstica inicial, se publicaron opiniones de expertos, como el doctor Gregorio Marañón, quien confirmaba similitudes con la gripe, lo que contribuyó a informar y tranquilizar a la ciudadanía.⁶²

Estos primeros momentos muestran cómo la epidemia se percibió inicialmente con despreocupación, tanto por la población, como por las autoridades médicas, antes de que se reconociera su verdadera gravedad y alcance.

Durante la pandemia de gripe española de 1918-1919, la prensa jugó un papel crucial en la difusión de información y en la construcción del discurso social frente a la enfermedad, reflejando tanto las opiniones de la ciudadanía, como las de los profesionales médicos. Sin embargo, la cobertura mediática y la actitud hacia las autoridades y las medidas sanitarias variaron a lo largo de los diferentes brotes epidémicos. El primer brote en Madrid en mayo de 1918 fue inicialmente percibido como un problema menor, y se abordó en la prensa con un tono tranquilizador, en parte para evitar alarmar a la población. Se barajaron

⁶¹ Eiros (2018:73).

⁶² Porras Gallo (2002:5).

diversas hipótesis sobre el origen de la epidemia, desde teorías miasmáticas y telúricas, como las obras del Metro y el alcantarillado, hasta la teoría bacteriológica, que terminó predominando. Sin embargo, la falta de consenso médico sobre el agente causal generó cierta desconfianza entre la población, que combinaba medidas profilácticas médicas, como ventilar habitaciones y evitar lugares cerrados, con remedios empíricos y productos promocionados en los diarios, algunos ineficaces o incluso peligrosos.⁶³

El segundo brote, más grave y extendido, llevó a la prensa a adoptar una postura más crítica hacia las autoridades, denunciando la insuficiencia de medidas sanitarias, la escasez de medicamentos y alimentos básicos, y la falta de recursos médicos. Los diarios reflejaron la desesperación ciudadana, y ejercieron presión sobre el gobierno para tomar acciones más contundentes, como la creación de servicios sanitarios especiales y el control de precios de medicamentos. También se criticó la desigual aplicación de medidas profilácticas, como la desinfección de estaciones ferroviarias, y el cierre de instituciones educativas públicas mientras permanecían abiertos cafés, teatros e iglesias.⁶⁴

El tercer brote, de menor gravedad, recibió poca atención mediática, posiblemente debido al contexto político convulso en España. La prensa se limitó a reproducir informes oficiales, lo que refleja un menor interés en este episodio en comparación con los anteriores. A lo largo de la pandemia la ciudadanía recurrió no solo a las medidas científicas recomendadas, sino también a prácticas tradicionales, actos religiosos y productos comerciales anunciados en los diarios, mostrando una combinación de confianza en la medicina y escepticismo ante su capacidad para controlar la enfermedad. La prensa sirvió como un espacio para expresar críticas a las autoridades y preocupaciones sociales, documentando las alteraciones en la vida cotidiana y las costumbres de la población, como los cambios en ceremonias funerarias y la paralización de la actividad laboral. Durante la pandemia de gripe española de 1918-1919, la escasez de médicos y la insuficiencia de recursos sanitarios en Madrid generaron gran preocupación, especialmente en los momentos más críticos. La falta de infraestructura adecuada y las malas condiciones de la Beneficencia municipal y provincial complicaron aún más la respuesta sanitaria.

A pesar de ciertos refuerzos, los recursos disponibles resultaron claramente insuficientes para enfrentar la magnitud de la crisis. Con la llegada del segundo brote, más grave y extendido, la prensa adoptó una postura más crítica y reivindicativa, denunciando la inacción de las autoridades. Ejemplo de ello es el artículo publicado por *El Liberal* el 12 de octubre de 1918, bajo el título "*Progresos del mal y desidia del Gobierno*", donde se criticaba abiertamente el abandono gubernamental frente a la epidemia.⁶⁵ Este diario insistió en la necesidad de que el Gobierno actuara de manera inmediata para combatir los efectos de la enfermedad, señalando que no había lugar para dilaciones ni excusas por divergencias de opinión. Además, se cuestionó la censura impuesta a los periódicos, reflejando la tensión entre los medios de comunicación y las autoridades.

⁶³ Porras Gallo (2002:10).

⁶⁴ Porras Gallo (2002:11).

⁶⁵ *El Liberal* (1918, October 12).

6. Conclusiones

La pandemia de gripe española de 1918-1919 representó uno de los mayores desafíos sanitarios, sociales y económicos del siglo. Su impacto expuso no solo las debilidades estructurales de los sistemas de salud y la insuficiencia de recursos en momentos de crisis, sino también las tensiones entre las autoridades gubernamentales, la profesión médica, la ciudadanía y la prensa.

Desde una perspectiva histórica, esta epidemia dejó importantes aprendizajes. Por un lado, destacó la necesidad de una respuesta sanitaria coordinada y efectiva, basada en medidas de salud pública claras y aplicadas de forma uniforme en todo el territorio. Por otro, nos mostró la importancia de la comunicación en tiempos de crisis. La prensa, que inicialmente buscó tranquilizar a la población, terminó convirtiéndose en un espacio de crítica y de presión hacia las autoridades, reflejando las preocupaciones, frustraciones y necesidades de la sociedad.

La pandemia también puso de manifiesto la complejidad de las interacciones entre la ciencia, las instituciones y la ciudadanía. A pesar de los avances en la medicina y la confianza inicial en la capacidad científica para controlar la enfermedad, la falta de consenso sobre el origen y tratamiento de la gripe generó dudas y escepticismo, lo que llevó a la población a recurrir tanto a medidas profilácticas y terapéuticas científicas como a remedios empíricos o religiosos.

En última instancia, la gripe de 1918-1919 no solo fue un desafío sanitario, sino que también fue un evento que marcó profundamente la experiencia colectiva, dejando un legado que aún hoy nos invita a reflexionar sobre cómo enfrentar futuras pandemias. Lecciones como la importancia de una comunicación transparente, la preparación del sistema sanitario y la necesidad de equilibrar la salud pública con la cohesión social son tan relevantes en el presente como lo fueron hace más de un siglo. Este episodio histórico, se convierte en una valiosa fuente de aprendizaje para comprender mejor las dinámicas humanas y sociales en el contexto de las crisis globales. Nunca estaremos lo suficientemente preparados para enfrentarnos a una epidemia de este calibre.

7. Bibliografía

Chowell, C. A. (2003): "A Statistical Framework for the Analysis of Epidemic Time with Application to the 1918 Influenza Pandemic."

Echeverri Dávila, B. (2018): La gripe española, La pandemia 1918-1919.

Eiros Bouza, J. M. (2018): La gripe 1918. Centenario de una crisis devastadora.

El Liberal: (1918, October 12).

Frost, W. H. (1920): "The Epidemic of Influenza in the United States in 1918."

Frost, W. H., y Sydenstricker, E. (1919): Influenza in Maryland: Preliminary Statistics of Certain Localities. Public Health Reports, Num. 34, p. 4.

- Jordan, E. O. (1927): Epidemic Influenza, a Survey. Chicago, p. 103.
- Jordan, O. (1920): ob. cit., p. 228.
- Mamelund, O. J. (2006): "The Impact of the 1918 Influenza Pandemic on Mortality in Norway."
- Ministry of Health. (1920): Report on the Pandemic of Influenza (1918-1919). Londres, pp. 136-137, 316-317.
- Piga, A. y Lama, L. (1919): Infecciones de tipo gripal, tomo 1, Madrid, pp. 66-99.
- Porras Gallo, M. I. (2017): Gripe española 1918-1919.
- Public Health Reports. (1919): Num. 34, 20 de Junio, p. 1365.
- Velasco, A. (1918): La Medicina Ibero, II: número 55.
- Vaughan, W. T. (1920): "Influenza: An Epidemiological Study." The American Journal for Hygiene, Monographic Studies, Num. 1, p. 144.

