

La gripe española de 1918-1919

Una revisión desde la experiencia de la COVID-19

MARÍA ISABEL PORRAS GALLO

UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

El inicio de la COVID-19 en Wuhan (China) el año pasado devolvió nuevo protagonismo a la pandemia de 1918-1919, mal denominada gripe española. Desde numerosos sectores de la sociedad se dirigió la mirada hacia esa grave crisis sanitaria. Se iniciaron nuevas investigaciones sobre la terrible experiencia del siglo XX. Se consideró también una buena oportunidad para reflexionar sobre ese suceso epidémico a la luz de la nueva vivencia de la COVID-19, para detectar similitudes y diferencias entre ambas y extraer lecciones de interés para afrontar este importante suceso sanitario del siglo XXI.

La coincidencia de su estallido con el final de la Primera Guerra Mundial y la censura militar existente entre los países contendientes determinaron que fuera silenciada su aparición entre las tropas. Cuando la gripe estalló en Madrid, coincidiendo con las fiestas de San Isidro a mediados de mayo, la prensa nacional e internacional se hizo eco del problema sanitario y lo difundió más allá de nuestras fronteras. Además, el Inspector General de Sanidad, Manuel Martín Salazar, informó a la Oficina Internacional de Higiene Pública de la nueva epidemia en la capital del país. Estas actuaciones determinaron que, a partir de ese momento, se situara el origen de la pandemia de 1918-1919 en España y se denominara gripe española.

Hoy sabemos que su comienzo se registró fuera de España, pese a que aún se discute si se inició en Estados Unidos, China o Francia. Quienes defienden la primera opción sitúan su surgimiento en campamentos militares estadounidenses, desde

donde se desplazó a Francia con el traslado de soldados norteamericanos a Europa para participar en la contienda mundial. El origen chino se relaciona con el movimiento de los *coolies* enviados desde China a Europa para realizar labores agrícolas como sustitutos de los hombres destacados en el frente, aunque estos trabajadores chinos fueron una forma encubierta de colaboración prestada a Francia, Gran Bretaña y Rusia. La hipótesis francesa sería resultado de la conjunción, en Étaples (Francia), de la convivencia de los *coolies* con animales (pollos, patos, gansos, cerdos y/o caballos), soldados hacinados, debilitados y personal sanitario de distintos países.

Desde uno u otro país, la enfermedad se difundió mundialmente y provocó tres brotes epidémicos —primavera y otoño de 1918 y primavera de 1919— con diferente distribución geográfica e intensidad, aunque el segundo brote poseyó generalmente mayor gravedad. España siguió este patrón y registró diferencias de unas zonas a otras, tanto en su cronología como en su mortalidad.

Oficialmente, el origen de la pandemia en España se sitúa en Madrid en mayo de 1918 durante las fiestas de San Isidro. Desde allí se difundió a otras partes del país, siguiendo las vías de comunicación, particularmente por el tren. Una de ellas fue Andalucía, donde el primer brote se desarrolló más tarde que en Madrid, pero con una importante mortalidad, aunque inferior a la registrada durante el segundo.

En la llegada y difusión de la pandemia fue clave el movimiento de los temporeros que regresaban de Francia y de los reclutas, especialmente en el segundo brote, favorecido también por la celebración de fiestas patronales y ferias, pese a que el Ministerio de Gobernación recomendó a los gobernadores su anulación o retraso.

E P I D E M I A S

La pandemia de 1918-1919, mal denominada gripe española, se desarrolló al final de la Primera Guerra Mundial y provocó un fuerte impacto en la sociedad contemporánea por su gran mortalidad y su predilección por la población adulta joven, en vez de por personas mayores y menores de un año, como era habitual. Esta grave experiencia transformó la vida posterior de quienes sobrevivieron y marcó las reacciones y respuestas ante las nuevas pandemias de gripe que se sucedieron en la pasada centuria y en el siglo XXI. La COVID-19 le ha otorgado nuevo protagonismo buscando referencias y lecciones a extraer.



Antonio Salvat Navarro, catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Sevilla en 1918, preparó una de las vacunas contra las complicaciones de la gripe.

IMPACTO DEMOGRÁFICO. Se estima que la gripe de 1918-1919 provocó entre 50 y 100 millones de muertes en el mundo, cifras superiores a las causadas por ambas guerras mundiales, que afectaron preferentemente a la población adulta joven (20-40 años), y no a los menores de 1 año y mayores de 65, como era habitual.

En España, según Echeverri (1993), ocasionó 270.000 defunciones, aunque oficialmente se atribuyeron solo 147.114 en 1918 y 7.470 en 1919 (gráfica pág. 42). Esta disparidad no fue resultado solo de las deficiencias existentes entonces en las estadísticas sanitarias, sino también de la dificultad para recoger datos durante la crisis sanitaria y distinguir clínicamente la gripe de otros procesos respiratorios.

De ahí el valor de considerar el exceso de mortalidad por cualquier causa para evaluar mejor el impacto de la gripe española, como habrá que hacer con la COVID-19. Esta evaluación ha mostrado que, en Europa, la gripe española elevó la mortalidad por cualquier causa un 86 % respecto de los años no pandémicos y los valores de España fueron los cuartos peores, pero se ajustaron a la media europea.

Esta pandemia se produjo en un contexto demográfico marcado por la transición sanitaria, con una caída mantenida de la mortalidad general desde el inicio del siglo XX por un descenso significativo de las muertes de carácter infeccioso que, en nuestro país, alcanzó el 70 % entre 1905 y 1936. Coincidió también con una importante crisis económica, política, social y acuciantes deficiencias sanitarias que contribuyeron a conferirle mayor gravedad, como parte del colectivo médico señaló.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, la gripe española causó 31.044 muertos en Andalucía, 26.153 en 1918 y 4.891 en 1919. Como para el resto de España, carecemos de datos de morbilidad y no podemos ver la evolución del núme-

ro de casos durante los tres brotes, sino solo aproximarnos si revisamos las tasas mensuales de mortalidad por gripe de las provincias andaluzas, entre enero de 1918 y junio de 1919.

De las cuatro provincias españolas con tasas de mortalidad superiores a 30 por 100.000 en junio de 1918, cuando la media en España era 13,88 por 100.000, tres eran andaluzas: Jaén, Córdoba y Granada. La cuarta fue Madrid. En julio, estos valores descendieron solo un 50 % en Jaén, Córdoba y Granada, y casi un 90 % en Madrid. Salvo Cádiz, las tasas del resto de Andalucía fueron superiores a la media de la nación en julio.

El impacto del segundo brote en Andalucía fue muy superior al primero. Almería registró la mayor elevación de la mortalidad en septiembre, la cuarta tasa más ele-

vada del país en octubre, que casi triplicó la media de España, y en noviembre fue también superior al conjunto del país.

Sus valores fueron superados por Granada y Huelva en ese mes, y para el resto de las provincias andaluzas las tasas de noviembre fueron superiores a las de octubre. En diciembre, la mortalidad por gripe superó el valor medio del país en todas las provincias, salvo Almería, y Cádiz alcanzó en ese mes la cifra más alta. Con la excepción de Málaga, la repercusión del tercer brote fue escasa en Andalucía.

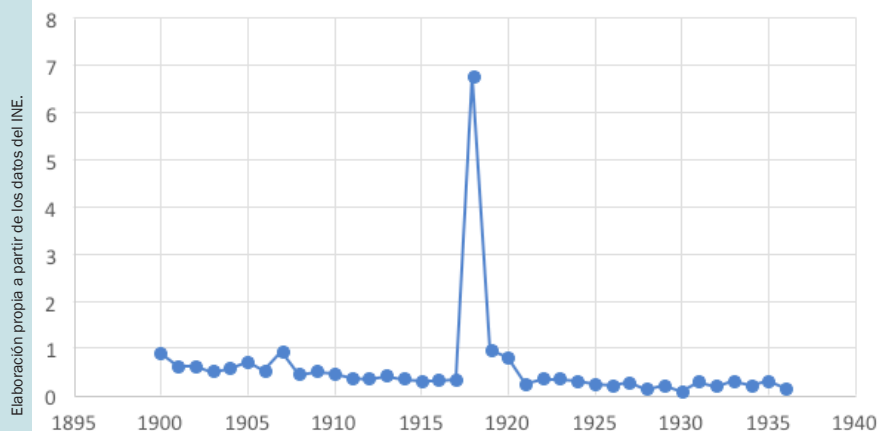
MEDIDAS Y REACCIONES. Aunque inicialmente no se dio importancia a la pandemia, su gravedad posterior y su predilección por población adulta joven y sana cambiaron la percepción social y el pánico se apoderó de la ciudadanía, como reflejó

Se estima que la gripe provocó entre 50 y 100 millones de muertes en el mundo, que afectaron preferentemente a la población adulta joven, cifras superiores a las causadas por ambas guerras mundiales



Banco de imágenes de la Medicina Española. RANM.

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA MORTALIDAD POR GRIPE EN ESPAÑA (1900-1936)



Elaboración propia a partir de los datos del INE.

Vacunas preparadas en España

■ La composición de las vacunas españolas fue similar a las empleadas fuera de nuestras fronteras, participando médicos y farmacéuticos en su producción. Además de la vacuna de Antonio Salvat en Sevilla, se prepararon otras en Madrid, Barcelona y Valencia. Su composición fue mixta, salvo la elaborada por Juan B. Peset Aleixandre, Adolfo Rincón Arellano y Pablo Colvé contra el neumococo en el Instituto Provincial de Higiene de Valencia, bajo la dirección del delegado sanitario especial del Gobierno Jaime Ferrán. Por el contrario, la vacuna del médico Ricardo Moragas de Barcelona contenía neumococos, estreptococos, estafilococos y bacilos pseudodiftéricos, y la producida por el farmacéutico César Chicote, en el Laboratorio Municipal de Madrid, incluyó neumococos, estreptococos y *Micrococcus catarrhalis*.

la prensa, que contribuyó a modular las respuestas y no solo a proporcionar información. Se criticó el retraso del gobierno y las autoridades municipales y provinciales en la adopción de medidas de lucha contra la pandemia, particularmente en el segundo brote cuando la mortalidad aumentaba dramáticamente. La prensa nacional y andaluza canalizó esas críticas y reclamó de los poderes políticos que cesara la ocultación de la grave situación porque impedía que las familias pudieran tomar medidas para protegerse de la dolencia epidémica (*El Defensor de Granada*, 27-9-1918, p. 1).

La gripe española puso de relieve las limitaciones de la nueva Medicina bacteriológica para enfrentarse a esta crisis sanitaria. Cuando comenzó la pandemia, parte del colectivo médico consideró que el diagnóstico clínico de gripe debía ser corroborado por el laboratorio mediante el aislamiento del germen de la enfermedad, el bacilo de Pfeiffer, considerado entonces su agente etiológico. Aislado el bacilo, se podría preparar una vacuna y un suero específicos contra la gripe y disponer de recursos profiláctico y terapéutico eficaces. Sin embargo, el laboratorio no lo encontró en todos los casos de gripe. Se aislaron otros gérmenes también, particularmente en las neumonías secundarias, y no se pudo establecer cuál era su microbio específico (el primer virus de la gripe se aisló en 1933). A pesar de ello se produjeron y utilizaron sueros —antidiftérico y antineumocócico— como tratamiento, junto a numerosos medicamentos para eliminar los

síntomas, y vacunas contra las complicaciones pulmonares bacterianas al final del segundo brote. Una de estas vacunas, que contenía neumococos, estreptococos, meningococos y bacilos de Pfeiffer, fue prepa-

rada por Antonio Salvat Navarro, entonces catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Junto a los nuevos recursos, el aislamiento de las personas enfermas, los cordones sanitarios, la limpieza de calles, mercados y otros espacios públicos, el cierre de centros docentes y otros lugares de reunión y la desinfección de mercancías, personas y viviendas particulares fueron los principales medios de profilaxis pública empleados, aunque hubo posiciones divergentes entre los médicos frente a su utilidad, particularmente en el caso de las desinfecciones.

Mientras que el Inspector Provincial de Sanidad de Málaga, Juan Rosado Fernández, en sus *Instrucciones sobre la profilaxis colectiva e individual de la gripe* (Málaga, 1918) se mostraba firme partidario del valor y uso de las desinfecciones y solicitaba que los Ayuntamientos las llevaran a cabo, otros consideraban que carecían de valor contra la gripe de 1918-1919 y, a lo sumo, servían para procurar la tranquilidad de la población al ver que se actuaba. Hoy sabemos de su eficacia, como algunos estudios sobre la gripe española y la COVID-19 han mostrado, al igual que las otras medidas propuestas.

El estallido de la epidemia en cada localidad se constituyó en una gran prueba para las autoridades municipales, provinciales y nacionales, que requería dar una

respuesta rápida y eficaz, nada fácil en la compleja coyuntura en la que se insertó la crisis sanitaria, empeorada por la acentuación

La prensa canalizó esas críticas y reclamó de los poderes políticos que cesara la ocultación de la grave situación porque impedía que las familias pudieran tomar medidas para protegerse de la epidemia

TASAS MENSUALES DE MORTALIDAD POR GRIPE (x 100.000) DE ANDALUCÍA Y ESPAÑA

Mes y año	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	España
Enero de 1918	5,08	2,72	4,86	2,75	6,11	5,31	2,83	6,41	3,69
Febrero de 1918	3,05	1,46	5,05	2,93	3,20	4,95	2,07	3,36	3,02
Marzo de 1918	4,83	5,22	3,55	4,76	6,11	6,19	5,66	1,76	4,66
Abril de 1918	4,32	4,18	4,11	2,56	4,36	5,66	5,09	3,52	3,68
Mayo de 1918	4,83	2,30	4,49	4,95	4,07	3,89	3,96	4,33	3,56
Junio de 1918	8,13	15,66	37,96	30,23	9,59	39,98	21,11	23,23	13,88
Julio de 1918	10,41	6,27	17,95	14,29	15,70	20,34	15,83	14,90	8,54
Agosto de 1918	4,83	1,25	6,36	4,21	4,94	4,78	4,34	2,72	4,68
Sep. de 1918	115,83	2,72	4,49	76,94	1,45	11,32	5,84	2,88	37,60
Octubre de 1918	988,11	83,12	107,51	414,38	205,54	186,10	67,49	39,25	381,35
Nov. de 1918	250,20	133,46	230,36	305,75	547,12	252,61	162,68	161,32	194,21
Dic. de 1918	25,66	158,31	87,32	53,13	134,31	92,70	67,30	62,96	45,87
Enero de 1919	11,43	85,59	17,58	15,21	32,85	26,89	30,35	18,10	19,27
Febrero de 1919	10,67	1,46	4,67	3,30	2,62	7,43	13,95	5,93	10,37
Marzo de 1919	18,29	12,53	20,38	3,11	2,33	14,33	31,86	8,49	17,60
Abril de 1919	14,48	6,06	16,64	4,76	1,16	8,84	20,17	3,52	11,98
Mayo de 1919	25,91	4,80	16,27	4,76	13,08	7,25	45,43	20,67	10,93
Junio de 1919	8,13	3,55	9,91	12,82	8,14	9,02	16,21	19,54	5,54

Elaboración propia con datos de Echeverri (1993: 181-186).



U.S. Army.

Cartel en un campamento de reclutas en Nueva York: "La gripe española ha puesto en peligro la continuidad de la guerra en Europa. Hay 1.500 casos en el astillero. Ha habido 30 muertes. Escupir propaga la gripe española. No escupir".

Se retrasó la admisión de la pandemia para evitar su impacto y se demoró la adopción de medidas, registrándose discordancias entre las posiciones municipales, provinciales y gubernativas

Medicamentos empleados contra la gripe española

■ La lista de medicamentos eficaces contra la gripe, incluidos en la respuesta dada por la Real Academia Nacional de Medicina al Ministro de la Gobernación el 29 de octubre de 1918, comprendía diferentes desinfectan-

tes —cresol, los hipocloritos, la creolina y demás derivados de la hulla, el formol y el azufre—, medicamentos —sales de quinina, opio y sus derivados, digital y sus derivados, el iodo y yoduros, el acetato y el carbonato

amónicos, la entorina, el piramidón, la antipirina, la aspirina, la esparteína y sus sales, la cafeína y sus sales, el alcanfor, el benzoato sódico, el salicilato sódico y la novocaina—, y los sueros.

El Defensor de Granada llevó a su portada a menudo informaciones sobre el avance de la epidemia.



de la carestía y escasez de subsistencias y medicamentos necesarios contra la gripe. Se retrasó la admisión de la pandemia para evitar el impacto económico y social, y se demoró la adopción de medidas, registrándose con frecuencia discordancias entre las posiciones municipales, provinciales y gubernativas. Junto a las medidas de profilaxis pública mencionadas, fue preciso reforzar las asistencias sanitaria y social de las personas enfermas, financiadas parcialmente con créditos extraordinarios, e iniciar algunas reformas para subsanar las graves deficiencias científico-socio-sanitarias presentes en España en ese momento, que la pandemia visibilizó más, como algunos médicos y farmacéuticos denunciaron. Sin embargo, no se materializó la gran reforma socio-sanitaria solicitada por dichos profesionales sanitarios, que habría permitido la modernización científico-sanitaria y grandes mejoras socio-económicas. La ciudadanía se movió entre la broma y el miedo, que ganó espacio al intensifi-

carse la epidemia. Elaboró un discurso que se impregnó del discurso médico bacteriológico, como mostró la prensa general, y sintió confusión ante las discordancias médicas respecto de los recursos terapéuticos y profilácticos recomendados. Criticó el abandono de políticos y autoridades sanitarias y reclamó mayor acción. Combinó viejos y nuevos recursos terapéuticos y profilácticos, cuando pudo acceder a ellos, mientras veía enfermar y morir su alrededor. Finalizada la pandemia quedó su huella durante décadas en los supervivientes, como ocurrirá con la COVID-19. ■

Más información:

- Carrillo, Juan Luis; Castellanos, Jesús y Ramos, M^a Dolores *Enfermedad y crisis social: La gripe en Málaga (1918).* Secretariado Publicaciones, Universidad de Málaga, Málaga, 1985.
- Echeverri Dávila, Beatriz *La gripe española. La pandemia de 1918-1919.* CIS-Siglo XXI, Madrid, 1993.
- Porras Gallo, María Isabel *La gripe española. 1918-1919.* Libros La Catarata, Madrid, 2020.

AH
ABRIL
2021
44