



**Revista de
Demografía Histórica //**
Journal of
Iberoamerican Population Studies

2021 // XXXIX, III

ADEH

SUMARIO

DOSSIER ESPECIAL. EPIDEMIAS EN LA HISTORIA Y SU ACTUALIDAD - 2

- 9 **Mortalidade e morbidade durante as crises de febre amarela em Campinas, São Paulo, 1889–1900**
Matheus Alves Albino
- 31 **Crisis de mortalidad y cólera morbo en el medio rural: Pitillas, Murillo el Cuende y Beire (Navarra) en el siglo XIX**
Sagrario Anaut-Bravo y Cristina Barace-Jiménez
- 57 **La epidemia de gripe de 1918 en Antequera (Málaga)**
Mercedes Fernández-Paradas, Rafael Ravina Ripoll y Nuria Rodríguez-Martín
- 83 **Las crisis de mortalidad en Catalunya (1700-1860). Una reconstrucción a partir de las series parroquiales**
Llorenç Ferrer Alòs
- 121 **“O tempo rodou num instante”: Traçando paralelismos entre a epidemia de febre amarela (1896-1898) e a pandemia de covid-19 (2020)**
Marili Peres Junqueira e Maísa Faleiros da Cunha
- 145 **Estado de sospecha, estado de declaración. Los límites de la gobernanza municipal y sus alternativas en tiempos de epidemia. Madrid 1885**
Santiago de Miguel Salanova
- 175 **La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en la provincia de Cáceres (Extremadura)**
Juan Antonio Muñoz Muñoz y Carlos María Neila Muñoz
-

NOTAS DE INVESTIGACIÓN

- 207 **La politización de la incertidumbre durante el Covid19: Cuarentena y crisis sociopolítica en la Argentina**
María Laura Rodríguez Varela y Adrián Carbonetti Parola
- 225 **Uma epidemia na Amazônia e o esforço de contagem dos mortos, Grão-Pará (1748-1750)**
Antonio Otaviano Vieira Junior

SUMMARY

SPECIAL ISSUE. EPIDEMICS IN HISTORY AND THEIR ACTUALITY - 2

- 9 **Morbidity and mortality during yellow fever outbreaks in Campinas, Sao Paulo, Brazil, 1889-1900**
Matheus Alves Albino
- 31 **Mortality crisis and morbid cholera in the countryside: Pitillas, Murillo el Cuende and Beire (Navarre) in the XIXth century**
Sagrario Anaut-Bravo and Cristina Barace-Jiménez
- 57 **The 1918 influenza pandemic in Antequera (Malaga)**
Mercedes Fernández-Paradas, Rafael Ravina Ripoll and Nuria Rodríguez-Martín
- 83 **The mortality crises in Catalonia (1700-1860). Chronology, intensity and geography**
Llorenç Ferrer Alòs
- 121 **“Time rolled in an instant”: Drawing parallels between the yellow fever epidemic (1896-1898) and the covid-19 pandemic (2020)**
Marili Peres Junqueira and Maísa Faleiros da Cunha
- 145 **State of suspicion, state of declaration. The limits of the municipal governance and its alternatives in epidemic times. Madrid, 1885**
Santiago de Miguel Salanova
- 175 **The influenza epidemic of 1918 and 1919 in the province of Cáceres (Extremadura)**
Juan Antonio Muñoz Muñoz and Carlos María Neila Muñoz
-

RESEARCH NOTES

- 207 **The politicization of uncertainty during Covid19: Quarantine and socio-political crisis in Argentina**
María Laura Rodríguez Varela and Adrián Carbonetti Parola
- 225 **An epidemic in the Amazon and the effort to count the dead, Grão-Pará (1748-1750)**
Antonio Otaviano Vieira Junior



Dossier Especial
Epidemias en la historia y su actualidad- 2 //
Special issue
Epidemics in history and their actuality - 2

ADEH

ISSN: 1696-702X
eISSN: 2696-4325

Morbidade e mortalidade durante as crises de febre amarela em Campinas, São Paulo, 1889–1900*

Morbidity and mortality during yellow fever outbreaks in Campinas, Sao Paulo, Brazil, 1889-1900

FECHA DE RECEPCIÓN: OCTUBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: MAYO DE 2021

Matheus Alves Albino ^a

Palavras-chave

Mortalidade
Morbidade
Mortalidade por causas
Febre amarela
Campinas
São Paulo
Brasil – Século XIX

Resumo

A cidade de Campinas sofreu com sucessivos surtos de febre amarela nos anos finais do século XIX, um período caracterizado por intensos fluxos migratórios, crescimento econômico e populacional. Apesar das epidemias de febre amarela serem amplamente documentadas, a morbidade e mortalidade por causas durante esse período foi pouco estudada. Este artigo utiliza um conjunto variado de fontes como registros de óbito, relatórios estatísticos e livros de pacientes de dois hospitais da cidade para aprofundar esses aspectos. Pouco lembradas, doenças relacionadas à mortalidade infantil e respiratórias como a tuberculose tiveram peso significativo no perfil epidemiológico da população de Campinas. Os registros do hospital de isolamento do Fundão e da Santa Casa de Misericórdia mostraram que a febre amarela atingiu sobretudo a população estrangeira e revelaram a importância das doenças ligadas a condições precárias de trabalho e de vida na morbidade da população.

Key words

Mortality; morbidity
Cause-specific mortality
Yellow fever
Campinas
Sao Paulo
Brazil – 19th century

Abstract

The city of Campinas, Brazil, suffered from successive outbreaks of yellow fever during the last years of the 19th century, a period in which it experienced an intense migration flow, economic and population growth. Although yellow fever epidemics are widely documented, few researchers investigate cause-specific morbidity and mortality from Brazilian cities during this period. Based on informations from death registry, statistical yearbooks and hospital records, we investigate some of these aspects. Receiving less attention, illnesses related to infant mortality and respiratory diseases had significant impact in the epidemiological profile of the population of Campinas. Patients' records from Lazareto do Fundao isolation hospital and Santa Casa de Misericórdia showed that yellow fever mainly affected the foreign population and revealed the importance of diseases associated with precarious living and work conditions in morbidity.

* Este trabalho é vinculado ao projeto "Revelando a doença e a morte: morbidade e mortalidade em Campinas, 1875-1900", realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

a Universidade Estadual de Campinas. C.c.: albino@alumni.usp.br



INTRODUÇÃO

No Brasil do final do século XIX, em especial na província de São Paulo, crescimento econômico e populacional acompanharam graves problemas sanitários, epidemias e discussões sobre a necessidade de implementação de serviços de saneamento e abastecimento. Campinas, cidade do interior que era conhecida como a *capital agrícola da província* de São Paulo, recebia em seu território imigrantes de diversas partes, sobretudo europeus, brasileiros de outras províncias e os egressos da escravidão atraídos pela pujante economia cafeeira e por um núcleo urbano em expansão (Ribeiro, 1993: 70).

O crescimento acelerado da cidade e de sua população em condições de saneamento precário transformaram a cidade em um ambiente propício para a propagação das doenças. Na ausência de um sistema de águas e esgotos, tanques de irrigação e chafarizes se espalhavam pelas zonas centrais e periféricas da cidade como focos de insetos e as fossas negras nas residências contribuía para contaminar a água dos poços (Santos Filho e Novaes, 1996: 231). Dessa forma, não tardou para que a cidade, com precárias condições de higiene, fosse castigada pela febre amarela.

Até então, a cidade conhecia bem a varíola. Ao longo da década de 1870, Campinas e São Paulo estavam entre as cidades mais atingidas pelos surtos da doença, que se espalhava em várias regiões da província (Martins, 2015: 514). Ainda que a vacinação compulsória contra a varíola estivesse presente em vários códigos de posturas municipais – leis que regulamentavam vários aspectos da vida urbana – o número de imunizados era reduzido, mesmo utilizando a aplicação de multas (São Paulo, 1876: 43).

No ano de 1889, a cidade enfrentou uma crise inesperada. Acreditava-se em uma proteção natural contra a febre amarela devido a uma crença de que a doença “não subia morros”. Ela fazia alusão às cidades de Santos e do Rio de Janeiro que sofriam a febre amarela, em comparação a São Paulo, que não havia sido afetada pela doença (Santos Filho e Novaes, 1996: 22).

O enfrentamento dos problemas sanitários exigiu uma coordenação de esforços entre o poder público e a iniciativa privada que se materializaram, entre outras formas, na construção de hospitais e ambientes de isolamento mantidos pela municipalidade e de uma rede de assistência à população pobre formada por iniciativas filantrópicas (Albino, 2018: 393; Rocha, 2005: 105; Lapa, 1996: 217). Assim surgiram os estabelecimentos de isolamento Asilo de Morféticos (1863), Hospital de Variolosos (1874) e Lazareto do Fundão (1890), além dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia (1876), da Sociedade Portuguesa de Beneficência (1879) e a enfermaria do *Circolo Italiani Uniti* (1881).

No entanto, parte considerável da população não foi atendida nos hospitais ou mesmo recusava a assistência médica, abrindo-se a outras alternativas como curandeiros, práticos, parteiras e homeopáticos (Martins, 2013: 11). Para pessoas com recursos financeiros existiam os boticários, médicos e enfermarias particulares, enquanto os hospitais e ambientes de isolamento levavam a fama de “antecâmaras da morte”, lu-

gares onde se ia para morrer. A medicina popular tradicional gozava de maior prestígio do que os médicos diplomados, porque o conhecimento dos curandeiros muitas vezes se aproximava mais da linguagem e das concepções culturais de doença da população em geral (Xavier, 2003: 345).

Apesar disso, demonstraremos que a rica documentação deixada por essas instituições, conjugadas a uma análise demográfica a partir dos registros de óbito, trazem novos elementos para o estudo da morbidade e da mortalidade em um período pré-transição demográfica e epidemiológica sobre o qual pouco se sabe além das crises de febre amarela, fartamente documentadas e que receberam maior atenção dos estudiosos.

1. FONTES E MÉTODOS

Nosso núcleo documental compreende os óbitos registrados em Campinas durante os anos de 1889 a 1900, livros hospitalares da Santa Casa de Misericórdia (1889-1900) e do Hospital de Isolamento do Fundão (1890 e 1892), bem como fontes complementares de caráter quantitativo e qualitativo, como receituários médicos e relatórios administrativos. Trata-se de levantamento inédito, estendendo trabalhos anteriores que privilegiaram as crises de febre amarela de 1889, 1896 e 1897, mas que não incluíram no escopo de análise as informações para os demais períodos e grupos de doenças.

População

As informações populacionais foram derivadas dos censos brasileiros de 1890 e 1900, bem como de um levantamento conduzido pela Comissão Central de Estatística da Província de São Paulo com referência no ano de 1886. Infelizmente, do final do século XIX até 1920, as informações censitárias são repletas de imprecisões e incertezas, com ausências de tabulações essenciais como distribuição por sexo e idade¹. Em que pese as limitações, balizamos nossas estimativas populacionais com o uso desses levantamentos e na ausência de outros dados, a partir de interpolações e do cálculo de taxas de crescimento populacional anual para os anos intercensitários.

Óbitos

As estimativas de óbitos foram extraídas principalmente do Registro Civil de Campinas, cartórios de Conceição e Santa Cruz – os dois distritos mais antigos do município. A série de dados inicia-se em 1889, quando houve a execução do regulamento do registro civil em todo o território nacional, apesar de existirem dados anteriores, esparsos e descontínuos.

1 Os censos de 1890 e 1900 não foram apurados completamente e em meio a problemas políticos envolvendo suas realizações, contêm poucas informações em nível municipal. No ano de 1910 não houve recenseamento e a próxima grande operação foi conduzida somente em 1920.

Essa fonte está sujeita a um sub-registro significativo, em especial nos óbitos infantis e nas mortes por febre amarela, em que possivelmente muitas pessoas foram sepultadas sem registro ainda que ele fosse obrigatório. Além do mais, a perda de livros de óbito, problemas de cobertura em regiões mais afastadas ou conflitos com párocos na consolidação dos cartórios são limitações comuns dessa fonte de dados² (Albino, 2019: 99). Felizmente, com o uso de outras fontes, é possível recompor grande parte do universo dos eventos vitais.

Algumas das lacunas, especialmente relacionadas aos óbitos infantis, foram preenchidas com documentos produzidas pelo governo estadual. Utilizamos as Estatísticas Demógrafo-Sanitárias e os Anuários Estatísticos de São Paulo, que foram publicados entre 1894 e 1900 pela Repartição de Estatística do Estado de São Paulo, para complementar as informações dos registros de óbito reunidos.

Os óbitos por febre amarela, em especial para os anos de 1889, 1896 e 1897 foram corrigidos com os dados de sepultamentos e relatórios de médicos da comissão sanitária e que atestaram óbitos durante essas epidemias como Ângelo Simões e Emílio Ribas, reunidos sistematicamente por Santos Filho e Novaes (1996)³.

Nos primeiros anos de registro civil, os registros paroquiais de Conceição e Santa Cruz já eram consolidados e há bons motivos para crer que possuíam boa cobertura em um país de tradição cristã como o Brasil. Elaborados pela Igreja Católica, constituem-se como um *corpus* documental dos mais importantes para o conhecimento do século XIX, tendo em vista que em teoria, toda a informação dos batismos, casamentos e óbitos podem recuperadas a partir deles, sendo considerada uma fonte "democrática" (Albino, 2019: 93; Bassanezi, 2009: 154).

Sem dispor de uma série histórica abrangente do registro civil para períodos anteriores aos surtos epidêmicos, consideramos os períodos de mortalidade extraordinária sob duas perspectivas. Primeiro, estabelecemos como parâmetro de mortalidade ordinária e limiar para a identificação dos períodos de crise de mortalidade a média móvel dos anos anteriores e o desvio padrão dessa série (método de Dupâquier), comparando-a com os óbitos observados⁴. Para isso, utilizamos uma série abrangente dos óbitos que também compreendem informações dos registros paroquiais do período entre 1876 e 1888, como parâmetro da mortalidade para anos anteriores ao registro civil.

2 Por exemplo, um livro do cartório da Conceição que continha os registros de óbitos entre 15/04/1897 e 31/12/1898 foi perdido.

3 No ano de 1889, mais da metade das vítimas da febre amarela foram sepultadas sem registro de óbito (Santos Filho e Novaes, 1996: 142), da forma que são estimados 1.200 óbitos contra 1.002 sepultamentos e 480 registrados. Para o ano de 1896, corrigimos os 731 óbitos registrados para 787 informados pelos dados de sepultamentos. Para 1897, corrigimos os dados de 125 registrados para 325 registrados pelas demais fontes.

4 Autores como Del Panta e Livi-Bacci (1977) e Dupâquier (1979) desenvolveram diferentes métodos para identificar crises de mortalidade. No primeiro, considera-se uma crise os valores acima de 50% de crescimento nos óbitos comparados a uma média de 11 anos. No segundo, cria-se um indicador de intensidade baseado na relação entre número de óbitos, média móvel dos 10 anos anteriores e desvio padrão dos óbitos.

Segundo, dividimos as análises de mortalidade e morbidade por doenças infecciosas e não infecciosas separadamente, incluindo o volume de óbitos em cenários com e sem as mortes decorrentes da febre amarela registradas (Bassanezi e Cunha, 2019: 20). Para construir os indicadores de mortalidade e morbidade, utilizamos a Classificação de McKeown (1976) modificada por Bernabeu-Mestre et. al. (2003). Essa classificação se mostrou apropriada, à medida que enfatiza os mecanismos de infecção e contágio envolvidos na morbimortalidade, característica fundamental para uma definição mais precisa do perfil epidemiológico para o período pré-transição demográfica.

Registros hospitalares

Essa pesquisa também fez uso de informações hospitalares das Matrículas de Enfermos, Livros de Altas e Óbitos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas⁵. Trata-se de documentação com grande potencial, dado que apesar de suas limitações em termos de representatividade da população, devem se constituir como um dos raros registros sistemáticos de informações sobre morbidade da população de Campinas. A esses dados acrescentamos a movimentação hospitalar de dois anos de um hospital de isolamento, o *Lazareto do Fundão*, dedicado a atender os casos de febre amarela em períodos de crise. Essa fonte compreende 612 enfermos diagnosticados com febre amarela nos anos de 1890 e 1892.

Por fim, fontes de caráter qualitativo foram exploradas, como relatórios da administração da Santa Casa e livros de fórmulas para remédios do hospital, que constituem-se em outra fonte importante para compreender as práticas de cura do ponto de vista de sua eficiência e eficácia. Como uma aproximação para compreender o tratamento empenhado pelos médicos acadêmicos da época nos pacientes com febre amarela, utilizamos o Livro de Registro do Receituário do Dr. Vito Pacheco Leão, um acadêmico interno que tratou casos e febre amarela durante a epidemia de 1889.

2. A MORTALIDADE EM CAMPINAS NO FINAL DO SÉCULO XIX

Um olhar abrangente para a mortalidade em Campinas durante os últimos doze anos do século XIX revelou quatro momentos de mortalidade extraordinária de acordo com o método de Dupâquier: 1889, 1891, 1892 e 1896. Os anos de 1889, 1892 e 1896 correspondem aos períodos de febre amarela epidêmica apontados por Santos Filho e Novaes (1996) e no ano de 1891, houve um excesso de óbitos por broncopneumonia e atresia identificado como uma crise de intensidade baixa.

Os demais períodos de febre amarela epidêmica (1890 e 1897) não foram identifica-

5 Uma série de trabalhos recentes tem utilizado as Santas Casas de Misericórdia como fontes para o estudo da mortalidade e da morbidade. A título de exemplo, ver Witter (2007), Oliveira (2018), Scott e Scott (2018) e Scott (2020) para Porto Alegre em diferentes períodos; Pôrto (2006) e Sousa (2019) para o Rio de Janeiro, Barreto e Pimenta (2013) para a Bahia.

dos como períodos de crise pelo método de Dupâquier. A Tabela 1 apresenta a relação dos óbitos e taxas brutas de mortalidade calculadas, com principal causa de óbitos durante cada ano e destaque para os anos de mortalidade extraordinária.

Tabela 1
Óbitos por ano, estimativas populacionais e taxas brutas de mortalidade (TBM) – Campinas, 1889–1900

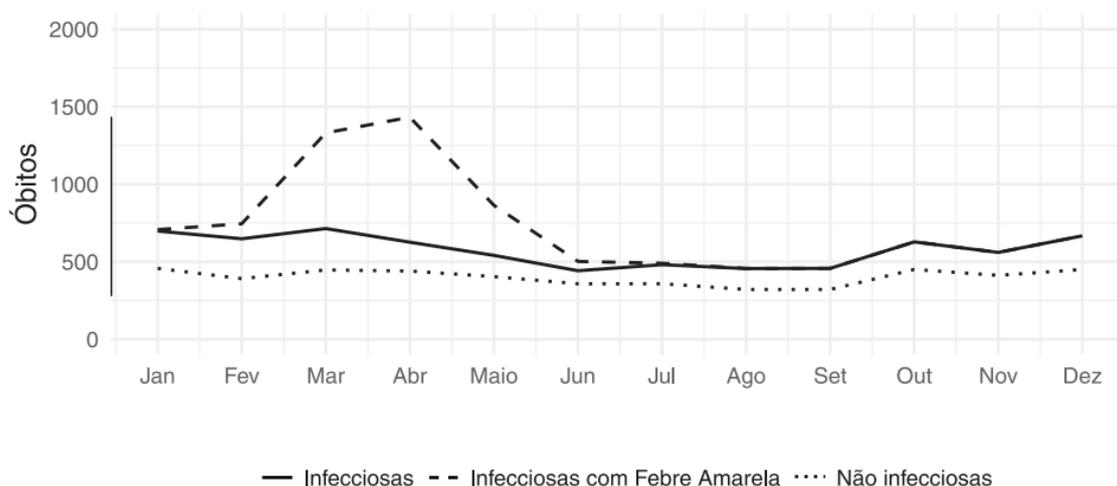
<i>Ano</i>	<i>Óbitos</i>	<i>População</i>	<i>TBM</i>	<i>Principal causa dos óbitos</i>
1889	2.325	35.754	65,0	Febre Amarela
1890	1.659	33.921	48,9	Febre Amarela
1891	1.866	37.298	50,0	Atrepsia/Broncopneumonia
1892	2.160	40.676	53,1	Febre Amarela
1893	1.420	44.053	32,2	Atrepsia/Tuberculose
1894	1.401	47.430	29,5	Atrepsia/Tuberculose
1895	1.757	50.808	34,6	Atrepsia/Broncopneumonia
1896	2.600	54.185	48,0	Febre Amarela
1897	1.904	57.562	33,0	Febre Amarela
1898	1.692	60.939	27,8	Tuberculose
1899	1.482	64.317	23,0	Tuberculose
1900	1.456	67.694	21,5	Tuberculose

Fonte: Dados de população extraídos dos censos de 1890 e 1900. Dados de óbitos extraídos do Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900) e do Anuário Demográfico de São Paulo (1932). Óbitos por febre amarela corrigidos de acordo com informações reunidas por Santos Filho e Novaes (1996).

Nota: Períodos de mortalidade extraordinária pelo método de Dupâquier em destaque.

A população masculina experienciou mortalidade mais elevada, em especial nas faixas de idade mais jovens e adultas, não somente porque constituía maioria da população, mas porque foram grandes alvos dos surtos epidêmicos e experimentaram maior mobilidade espacial, isto é, exposição maior ao espaço público, sendo mais propensos às doenças transmissíveis em função do trabalho (Bassanezi e Cunha, 2019: 13).

O comportamento sazonal dos óbitos diverge significativamente em anos de normalidade e durante as crises de febre amarela. A Figura 1 apresenta o movimento mensal dos óbitos registrados em Campinas por doenças infecciosas e não infecciosas, com e sem as epidemias de febre amarela. As crises de febre amarela foram responsáveis por significativa parcela do volume de óbitos entre os meses de fevereiro a maio nos anos em que houve surtos epidêmicos em Campinas.

Grafico 1**Movimentos mensais dos óbitos por doenças infecciosas e não infecciosas registradas em Campinas, 1889–1900**

Fonte: Registro Civil de Campinas (1889-1900).

Em anos de mortalidade ordinária predominaram os casos de tuberculose, doença que foi responsável por grande número de óbitos ao longo de todo o século XIX e das primeiras décadas do século XX. A partir de 1896 a tuberculose se tornou a principal causa de morte no Estado de São Paulo, com mortalidade duas vezes superior à malária, por exemplo. Mesmo assim, a doença foi ignorada pelas ações sanitárias da primeira república (Telarolli Júnior, 1997: 8).

As mortes por febre amarela, malária, enterites e gastroenterites tiveram seus picos nos meses de dezembro a maio, característicos de clima úmido e quente no hemisfério sul e propício à propagação das doenças transmitidas por vetores. As doenças infecciosas transmitidas por via aérea, por outro lado, contribuíram para uma pequena elevação dos óbitos entre agosto e outubro, meses de inverno e primavera, com um clima frio, seco e com maior amplitude térmica que possivelmente afetou a propagação das doenças respiratórias.

Outra característica marcante da estrutura da mortalidade desse período refere-se à mortalidade infantil. Os óbitos de 0 a 4 anos representavam 35,6% do total de óbitos. Em especial durante o primeiro ano de vida, a mortalidade foi extremamente elevada. Os resultados de Marcílio (1973) para São Paulo e Marcílio (1993) para o Rio de Janeiro são convergentes com esse resultado, com estimativas que variam entre 200 óbitos por mil em São Paulo até níveis de 604 por mil para a Corte do Rio de Janeiro no ano de 1877.

A Tabela 2 se refere às taxas de mortalidade infantil para Campinas de 1894 a 1900. Como o esperado observa-se que a taxa de mortalidade infantil é elevada, atingindo o maior nível durante a epidemia de febre amarela de 1896 e o menor nível em 1900,

com um declínio monotônico e lento a partir de 1896. Tal declínio pode indicar tanto uma lenta mudança na mortalidade para níveis mais baixos, quanto a possibilidade de significativo sub-registro dessas informações, tanto dos óbitos quanto dos nascidos vivos.

Tabela 2
Mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Campinas, 1894-1900

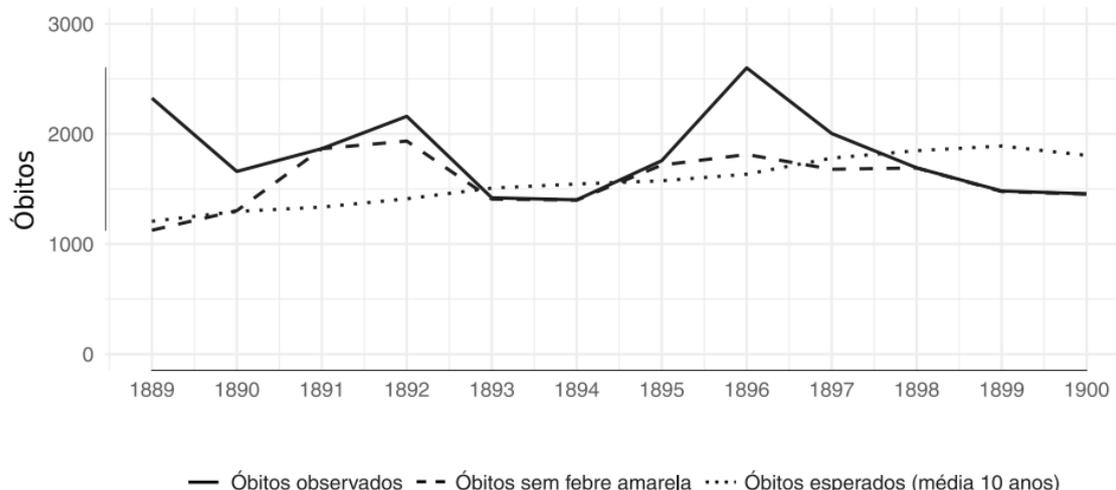
<i>Ano</i>	<i>Nascidos vivos</i>	<i>Óbitos (0-1 ano)</i>	<i>Taxa de mortalidade infantil</i>
1894	1.903	388	203,9
1895	2.103	499	237,3
1896	2.029	604	297,7
1897	2.042	459	224,8
1898	2.582	525	203,3
1899	2.631	483	183,6
1900	2.568	468	182,2

Fonte: Dados de população extraídos dos censos de 1890 e 1900. Dados de óbitos extraídos do Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900) e do Anuário Demográfico de São Paulo (1932).

Para avaliar esses dados sob perspectiva crítica, Mortara (1941) desenvolveu tábuas de vida corrigidas para o Brasil a partir dos óbitos registrados e da informação dos levantamentos censitários de 1872, 1890 e 1920. Se admitirmos as taxas específicas de Mortara para o meio do período 1870-1890 como um bom parâmetro, os óbitos observados de Campinas em 1895 representariam 87% dos óbitos esperados, enquanto em 1897, a representatividade desses óbitos seria de 85%⁶. Por ter sido atendida por uma Comissão Sanitária e visitas médicas durante os surtos epidêmicos de febre amarela, é possível que a cobertura dos registros de óbitos de Campinas não tenha sido tão irregular e que parte desse resultado também seja atribuído a uma redução da mortalidade infantil, tendência que seguirá nas próximas décadas (São Paulo, 1932:480).

A aproximação dos dados de mortalidade por causas revela que o impacto das doenças infectocontagiosas no perfil de morbimortalidade da população de Campinas até a última década do século XIX foi significativo. A Figura 2 aponta para o fato de que as doenças infecciosas e em especial a febre amarela foram responsáveis por uma parte significativa dos óbitos. No entanto, salvo os períodos de crise em que a mortalidade por essas doenças atingiu a população com grande força, as doenças não infecciosas crescem em participação ainda no final do século XIX, o que nos traz alguns elementos para argumentar que Campinas poderia estar, a partir do último surto de febre amarela de 1897, mudando seu perfil epidemiológico.

6 Utilizamos para esse cálculo a comparação entre as taxas específicas de mortalidade a partir dos dados de nascidos vivos e óbitos de menores de 1 ano de idade e os óbitos esperados aplicando a taxa específica da tábua de Mortara (1946) para o período 1870-1890, cujo coeficiente é de 0,2705. A título de exemplo, em procedimento semelhante, usando como padrão as taxas da Suécia em 1762, Dario Scott (2020: 144) estimou a cobertura dos óbitos infantis nos registros paroquiais da Madre de Deus de Porto Alegre entre 1772 e 1872.

Gráfico 2**Movimento anual dos óbitos e o impacto da febre amarela: óbitos observados e esperados**

Fonte: Registro Civil de Campinas (1889-1900). Média móvel dos 10 anos anteriores construída a partir das informações dos Registros Paroquiais de Conceição e Santa Cruz (1876-1888).

Ao destacar as principais causas de óbito registradas em Campinas de 1889 a 1900 (Tabela 3), convergimos para a conclusão de que a febre amarela foi responsável por grande parcela dos casos de doenças infecciosas registrados, mas até o final do século XIX, perderá lentamente seu espaço para a emergência da tuberculose, das pneumonias e enterites. Pouco lembradas, as doenças infecciosas do sistema respiratório representaram a segunda e terceira causas de mortes mais importantes do período, seguidas das doenças do aparelho digestivo como enterites e gastroenterites, crescendo em importância durante o período.

Tabela 3**Principais causas de óbito por doenças infecciosas - Campinas, 1889-1900**

<i>Doenças infecciosas</i>	<i>1889-1892</i>		<i>1893-1896</i>		<i>1897-1900</i>		<i>Total</i>
	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	
Febre amarela	1.781	42,3	841	28,1	334	15,8	2.956
Tuberculose	267	6,3	331	11,1	325	15,4	923
Pneumonia e broncopneumonia	251	6,0	291	9,7	223	10,5	765
Enterite e Gastroenterite	208	4,9	213	7,1	214	10,1	635
Gastroenterite	140	3,3	193	6,5	152	7,2	485
Bronquite	157	3,7	104	3,5	105	5,0	366
Enterocolite	107	2,5	98	3,3	97	4,6	302
Malária	110	2,6	90	3,0	53	2,5	253
Meningite	61	1,4	72	2,4	92	4,4	225
Variola	208	4,9	15	0,5	1	0,0	224
Total	4.928	100	3.045	100	2.314	100	10.287

Fonte: Dados extraídos do Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900). Óbitos por febre amarela corrigidos de acordo com informações reunidas por Santos Filho e Novaes (1996).

Uma análise das doenças não infecciosas revela as principais afecções por trás de uma mortalidade infantil elevada e condições de vida e trabalho precárias. A Tabela 4 apresenta as principais causas de óbito por doenças não infecciosas registrada em Campinas durante o período, registrando o crescimento de importância ao longo do período da natimortalidade e das doenças relacionadas à mortalidade neonatal. A atrepsia, principal causa de morte, era descrita como um estado de caquexia próprio da infância, associada aos sintomas de redução de apetite e diarreia contínua (Chernoviz, 1890: 242).

Junto às afecções cardíacas, os marasmos e cirrose hepática configuram-se como doenças relacionadas à condição de vida e trabalho, tendo em vista que estão associadas a problemas nutricionais, alcoolismo e esforço intenso. A essas doenças somam-se às convulsões e doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério em geral que também não podem ser desprezadas.

Tabela 4
Principais causas de óbito por doenças não infecciosas - Campinas, 1889-1900

<i>Doenças não infecciosas</i>	<i>1889-1892</i>		<i>1893-1896</i>		<i>1897-1900</i>		<i>Total</i>
	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	<i>Óbitos</i>	<i>%</i>	
Atrepsia	386	21,8	346	19,4	203	13,3	935
Lesões cardíacas	272	15,3	207	11,6	130	8,5	609
Natimortalidade/ neonatal	154	8,7	238	13,3	254	16,6	646
Marasmos	220	12,4	161	9,0	163	10,6	544
Insuficiência cardíaca	87	4,9	109	6,1	116	7,6	312
Cirrose hepática	28	1,6	42	2,4	67	4,4	137
Eclampsia	12	0,7	62	3,5	39	2,5	113
Convulsões	51	2,9	38	2,1	16	1,0	105
Debilidade congênita	30	1,7	20	1,1	51	3,3	101
Total	1.773	100	1.786	100	1.532	100	5.091

Fonte: Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

Em síntese, dois movimentos principais podem ser identificados ao analisar as doenças infecciosas e não infecciosas que vitimaram a população de Campinas. Primeiro, destaca-se o impacto significativo da febre amarela, que afetou sobremaneira a dinâmica demográfica e o contexto sanitário e social do município, movimento que aprofundaremos adiante. Segundo a influência das doenças respiratórias e transmitidas por água e alimentos como as enterites, indicando um cenário de higiene e saneamento precário e condições de vida e trabalho precários, conclusão que será mais bem avaliada com os dados de morbidade trazidos pelos registros hospitalares.

3. OS SURTOS EPIDÊMICOS DE FEBRE AMARELA E O TRATAMENTO NOS LAZARETOS

O objetivo desta seção é tecer algumas considerações sobre o contexto sanitário e social de Campinas durante os surtos epidêmicos de febre amarela à luz de novos dados sobre morbidade. O início e disseminação da doença em fevereiro de 1889, ocorreria a partir de Rosa Beck, suíça recém-chegada no Brasil que veio para Campinas. Essa primeira crise importante da doença foi o momento mais dramático, que mais amedrontou a cidade e a fez esvaziar significativamente, inclusive do ponto de vista de seu dinamismo econômico. A doença se alastrou rapidamente causando pânico e o êxodo de muitos moradores da cidade (Martins, 2015: 508).

Algumas das providências da Câmara Municipal no enfrentamento das epidemias incluíram a cobertura das vias públicas com piche e sua irrigação diária, a queima de barricas de alcatrão e ervas aromáticas nas ruas centrais, desinfecções de poços e fossas e destruição dos pertences das vítimas (Santos Filho e Novaes, 1996: 44).

Muitas dessas medidas, inócuas contra o vetor da doença até então desconhecido, tiveram como base a teoria miasmática, com o objetivo de limpar o ar dos miasmas da febre amarela. Até os experimentos de Walter Reed em 1900, que comprovaram a teoria do médico cubano Carlos Finlay sobre a transmissão da febre amarela pelo mosquito *Stegomyia fasciata* (*Aedes aegypti*), não se poderia saber que algumas medidas de cunho miasmático foram ineficazes (Santos Filho e Novaes, 1996: 45; Benchimol e Sá, 2005: 72).

Quando os casos se agravaram, o governo provincial decidiu enviar uma Comissão Provincial de Socorro composta por médicos, estudantes de medicina, farmacêuticos e desinfetadores. Outras duas comissões médicas chegaram a Campinas em seguida – uma enviada pela Corte e outra pela Comissão de Imprensa Fluminense, que era constituída por profissionais de diversos jornais do Rio de Janeiro (Benchimol e Sá, 2005: 70-72).

Em janeiro de 1890, a epidemia se desenvolveu novamente, porém de forma menos intensa e com número menor de vítimas. Uma das medidas da intendência municipal e do inspetor de higiene foi montar dois hospitais para comportar a quantidade de enfermos. Além disso, o Governo Federal e do Estado mandaram duas comissões médico-sanitárias para prestar auxílio. Eram compostas por médicos, farmacêuticos, estudantes de medicina e desinfetadores e foram sendo dispensados conforme se dissipavam os casos, até que foram dissolvidas em junho de 1890.

O processo de implementação de políticas de higiene e saneamento traziam consigo a expectativa de controlar as epidemias:

Há esperança, fundada na opinião dos mais competentes, de que a cidade de Campinas ficará inteiramente salubre e isenta da epidemia de febres, desde que seja abastecida de água canalizada e servida por um sistema regular de esgotos, cujas obras estão sendo executadas por uma companhia, que se esforça por abreviar a conclusão das mesmas. Os serviços para o abastecimento de água brevemente estarão concluídos; mas, o mesmo não acontece com os dos esgotos que só há pouco tempo foram iniciados (São Paulo, 1890: 8-9).

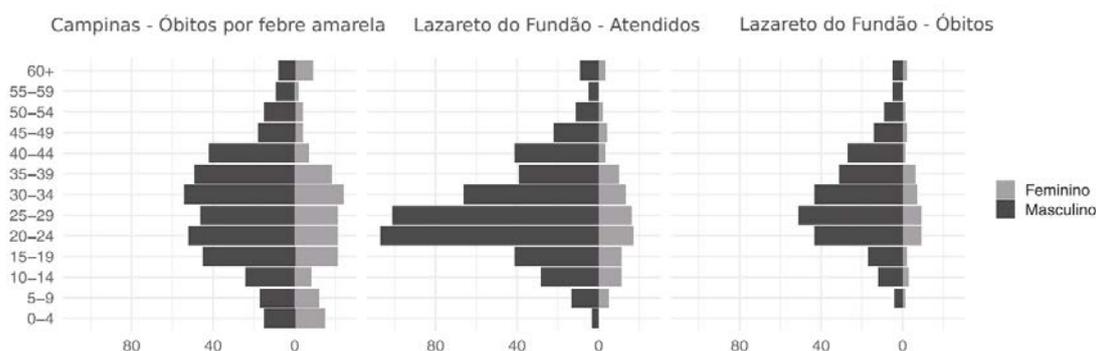
A febre amarela, porém, retornou em 1892 não só em Campinas como em diversas outras localidades da província. Afetou o funcionamento do porto de Santos e com o perigo iminente de se alastrar, houve a criação de vários hospitais de isolamento em São Paulo.

Entre os hospitais que atenderam as vítimas durante a epidemia de 1889 estavam o Lazareto do Guanabara, que possuía duas enfermarias criadas pela Câmara Municipal no bairro até então afastado para cuidar dos casos de doenças infecciosas, a Santa Casa de Misericórdia, o *Circolo Itálni Uniti*, a enfermaria especial criada na Escola Corrêa de Mello e o hospital da Sociedade Portuguesa de Beneficência. No ano de 1890, foram estruturados o Corrêa de Mello e o Lazareto do Fundão. Esses estabelecimentos fazem parte de uma importante rede dos primeiros hospitais de Campinas que surgiram durante o final do século XIX e início do XX.

A partir dos dados do Lazareto do Fundão, fica evidente o caráter seletivo da febre amarela, vitimando mais homens em idade produtiva, sobretudo os estrangeiros. A maior parte dos atendidos no Lazareto nos anos de 1890 e 1892 eram solteiros (55%). Ainda que o Lazareto tenha recebido somente uma parte dos óbitos de todo o município, a comparação com o perfil etário dos óbitos por febre amarela registrados em Campinas indica que as mulheres estão de fato sub-representadas no hospital, enquanto os óbitos masculinos apresentam boa convergência com os dados do município como um todo.

Grafico 3

Estrutura etária dos atendidos e falecidos no Lazareto do Fundão comparados com os óbitos registrados em Campinas, 1890 e 1892



Fonte: Livro de Registros do Lazareto do Fundão e Registro Civil de Óbitos de Campinas (1890 e 1892).

No hospital de isolamento os casos duraram em média quatro dias. A alta hospitalar caminhou devagar, levando em média 7 dias, enquanto os casos fatais progrediram rápido, levando dois dias em média. Nota-se a forte presença dos estrangeiros: italianos, portugueses, alemães e espanhóis foram os mais atingidos pela febre amarela. Brasileiros foram a segunda nacionalidade mais atingida em número de casos, o que representa 19,3% do total.

Com o declínio da epidemia, permaneceram em Campinas quatro membros grupo enviado pelo governo central, entre eles o acadêmico Vito Pacheco Leão (Santos Filho e Novaes, 1996: 57). Pacheco Leão (1889) foi um dos internos do Hospital Corrêa de Mello e, por meio de seu receituário, é possível compreender quais tipos de remédios eram empregados para o tratamento da febre amarela.

O tratamento consistia em causar transpiração e vômitos, com posterior administração do sulfato de quinina. As fórmulas para remédios do receituário de Vito Leão indicam que o tratamento no hospital Corrêa de Mello tinha como base o quinino, com uma preparação de iodo e ferro, além de vinho do Porto (Leão, 1889).

Desde o final do século XIX admitia-se a relativa eficácia do quinino nos sintomas da malária. No entanto, em outros casos, a cura ou a melhora dos sintomas ainda estava muito distante do conhecimento médico praticado à época. Nos lazaretos, o tipo de tratamento das doenças ainda conservava soluções experimentais, que pouco alteraram as chances de vida e morte dos pacientes que neles entravam.

Um novo surto epidêmico em 1896 levou a Intendência Municipal a tomar suas próprias medidas para melhorar a "salubridade urbana": implantação do serviço de água e esgoto, calçamento de ruas, remoção de cocheiras do centro da cidade e melhoria de coleta de lixo. O governo estadual enviou uma Comissão Sanitária à cidade, chefiada pelo médico Emílio Ribas. Com as ações dessa comissão, Campinas se tornou o "laboratório" das políticas de combate aos mosquitos aliadas a outras ações baseadas na teoria miasmática. Ribas, ciente das recentes teorias de Finlay, mandou vedar poços, proibir o uso de tinas para lavar roupas, promoveu a drenagem de áreas alagadas, e demolições de casas consideradas insalubres (Martins, 2015: 516).

Obras de saneamento continuaram em Santos, Campinas e na Capital, incluindo abastecimento de água, canalização de esgotos, drenagem do sub-solo, entre outras. Como resultante de parte desses esforços, a febre amarela no ano de 1897 se apresentou em menor número de casos comparado ao ano anterior e menor letalidade (São Paulo, 1897: 87). Com a eliminação de focos do vetor da febre amarela, ela desapareceu por completo em Campinas nos anos seguintes, esvaziando o hospital de isolamento do Fundão e marcando profundamente a memória dos moradores da cidade.

Em resumo, os registros do hospital de isolamento do Fundão mostraram que os sucessivos surtos de febre amarela atingiram sobretudo a população estrangeira do município, o que impeliu as autoridades a empreender melhorias de infraestrutura na cidade. Nos lazaretos, pouco se poderia fazer para aumentar as chances de vida dos pacientes. Como veremos adiante, a Santa Casa de Misericórdia não será o palco da febre amarela por excelência, mas revelará um outro olhar sobre a morbidade, possível por meio dos registros hospitalares.

4. DOENÇA E MORTE NA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAMPINAS

A Santa Casa de Misericórdia de Campinas atendeu majoritariamente indivíduos em idade produtiva e reprodutiva, de forma que crianças e idosos estão sub-representados (Albino e Marcondes, 2018: 400). Essa população hospitalizada, em específico, apresentou perfil de morbimortalidade distinto daquele encontrado para o município em que podem trazer novos elementos para o estudo da morbidade em um período em que pouco se sabe sobre ela, inclusive sobre as doenças não fatais.

Na análise do perfil dos enfermos falecidos, observa-se predominância das infecto-contagiosas em menor peso relativo, comparado ao município como um todo, principalmente por não ter sido a Santa Casa o palco central nas grandes epidemias. Entre as doenças não infecciosas, as lesões cardíacas e outras doenças do aparelho circulatório foram significativas.

Entre os curados, a categoria das “outras doenças infecciosas” tivera a taxa de cura mais elevada. Dentro desse grupo estão presentes muitos sintomas de doenças infecciosas, como a sífilis ou as “febres”. Entre as não infecciosas, as doenças da pele e do aparelho locomotor foram as mais curadas, com uma grande representatividade dos casos de ulcerações na perna e no pé, geralmente associadas a condições de trabalho intensas.

As mulheres morreram substancialmente mais no hospital da Misericórdia em praticamente todas as faixas de idade. Mulheres entre 20 e 24 anos experimentaram uma mortalidade da ordem de 50 óbitos femininos para cada 100 óbitos masculinos, especialmente influenciados pela maior mortalidade por tuberculose. Em geral, a tuberculose se desenvolve durante a idade adulta jovem nas mulheres e em idades mais avançadas em homens (Karasch, 2000: 211).

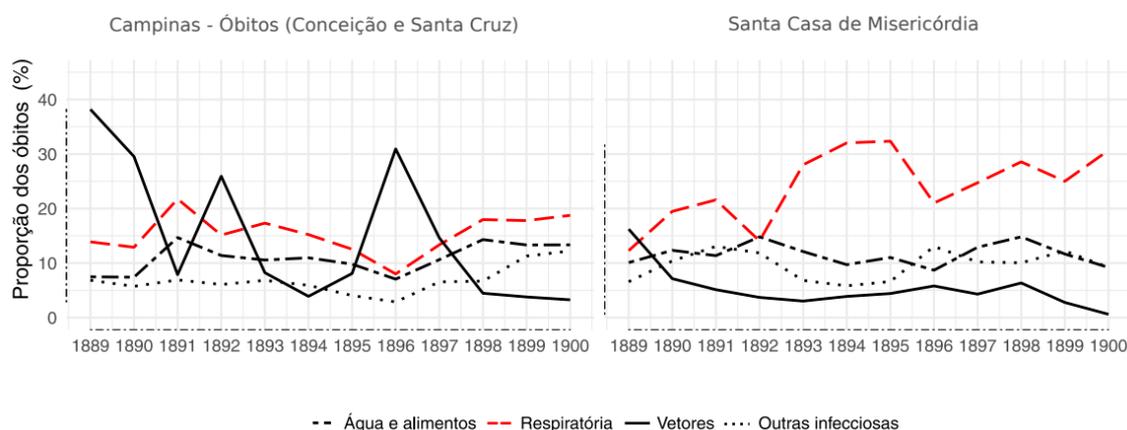
Além disso, o estresse da gravidez e a tendência de mulheres alocadas em serviços domésticos estarem mais propensas a ambientes confinados, faziam o bacilo da tuberculose se espalhar rapidamente entre essa população em especial⁷. Dadas as condições de habitação da população pobre de Campinas no período, é possível que esta doença tenha se espalhado vigorosamente nos cortiços e habitações precárias, principalmente da área urbana.

A Figura 4 revela a dinâmica e evolução da proporção dos óbitos por doenças infecciosas por mecanismos de contágio, contrastando a Santa Casa com os óbitos gerais do município. Durante todo o período, as doenças infecciosas respiratórias foram as maiores responsáveis pela morte dos trabalhadores. Não somente a tuberculose, como a bronquite, as pneumonias e broncopneumonias, doenças cujos fatores de risco envolvem hábitos como o consumo de álcool, mudanças bruscas de temperatura, clima seco e doenças mal cuidadas. Essa tendência é convergente com o movimento identifi-

7 A descoberta do bacilo da tuberculose por Robert Koch em 1882 não significou um avanço tecnológico imediato no sentido de um tratamento eficiente para a doença, dado que a primeira vacina que obteve sucesso contra a doença foi criada já no século XX (Rosen, 1994: 248).

cado para o município como um todo, com exceção dos óbitos por doenças infecciosas transmitidas por vetores, já que os casos de febre amarela estão sub-representados nesse hospital.

Grafico 4
Evolução da proporção de óbitos por doenças infecciosas – Campinas e Santa Casa de Misericórdia, 1889–1900



Fonte: Livros de Matrículas da Irmandade de Misericórdia de Campinas e Registro Civil de Óbitos de Campinas (1889-1900).

A causa mais frequente das internações foi sem dúvidas a malária, mas para ela, o tratamento com a quinina era relativamente conhecido e efetivo, resultando em uma taxa de cura de 80% dos casos. As principais causas de óbito por doenças infecciosas, como demonstrado pela Tabela 5, foram de fato a tuberculose e as enterites, que também provocaram um grande volume de óbitos quando considerados os óbitos registros em Campinas.

Tabela 5
Principais causas de óbito por doenças infecciosas – Santa Casa de Misericórdia de Campinas, 1889–1900

<i>Doenças infecciosas</i>	<i>Óbitos</i>	<i>Frequência</i>
Tuberculose pulmonar	251	25,6
Disenteria	63	6,4
Enterite crônica	47	4,8
Febre Tifoide	41	4,2
Broncopneumonia	38	3,9
Enterite crônica	38	3,9
Malária	38	3,9
Febre Amarela	32	3,3
Gangrena	23	2,3
Sífilis	22	2,2
Total	979	100

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1889-1900).

A tuberculose não se curava. A taxa de mortalidade hospitalar por essa causa específica foi de 75 óbitos para cada 100 entradas, um valor extremamente elevado. Foram excluídas dessa estatística todas as manifestações extrapulmonares da tuberculose, que se consideradas pioram ainda mais o quadro. Um dos principais sintomas da tuberculose são os "escarros de sangue", e muito pouco se poderia fazer dado o conhecimento médico à época: tomar opioides, aplicar compressas ou fazer sangria – já totalmente fora de moda (Chernoviz, 1890: 1011).

Além dessas doenças, vale ressaltar as relacionadas a má nutrição, precárias condições de vida e ausência de saneamento, como as diarreias, enterites e gastroenterites. A proporção de cura, nesses casos, variou conforme a doença. Disenterias desencadearam óbitos em 50% dos casos. O tratamento nesses casos envolvia a prescrição de chás e infusões, opioides como o *Elixir Paregórico* (tintura de ópio), e extratos de *noz vômica*, planta da qual se extrai a estricnina, substância que poderia agravar ainda mais as enterites⁸.

As doenças não infecciosas mais frequentes no hospital da Misericórdia foram os reumatismos, as úlceras dos membros inferiores, as lesões cardíacas, as contusões e acidentes. Essas primeiras doenças, como argumentamos, estão associadas às condições de trabalho e esforço físico intenso. Tratam-se de moléstias que causavam incapacitação temporária ou permanente, mais do que óbitos propriamente. A Tabela 6 resume as principais doenças infecciosas e não infecciosas dos atendidos da Santa Casa, com suas respectivas taxas de óbito e de cura.

Tabela 6
Principais doenças e causas de morte dos atendidos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, com percentuais de cura e óbitos, 1889–1900

Doenças	Casos	Óbitos	Cura	Melhora	Outros	% Óbitos	% Cura
Tuberculose	334	251	24	52	7	75,1	22,8
Reumatismos	250	19	175	54	2	7,6	91,6
Malária	218	38	149	29	2	17,4	81,7
Contusões, ferimentos e fraturas	191	26	129	35	1	13,6	85,9
Úlceras da perna	175	21	82	69	3	12,0	86,3
Influenza	170	19	124	25	2	11,2	87,6
Sífilis	158	22	73	62	1	13,9	85,4
Cirrose Hepática	152	83	18	46	5	54,6	42,1
Disenteria	119	63	45	11	0	52,9	47,1
Bronquite	86	20	37	28	1	23,3	75,6
Total de doenças conhecidas	4.624	1.791	1.804	891	138	38,7	58,3

Fonte: Livros de Matrículas, Altas e Óbitos da Irmandade de Misericórdia de Campinas (1889-1900).

8 Fórmulas para Remédios da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1878).

Um olhar para as doenças não infecciosas em um período de predominância de doenças infecciosas é, sobretudo, um olhar para a morbidade. Afecções que seriam desprezadas em uma análise de mortalidade proporcional a partir dos registros de óbito aqui ganham significado. Cada uma das principais doenças relacionadas ao trabalho, com exceção das lesões cardíacas, apresenta proporções de óbito abaixo de 10% dos casos.

Essas doenças se relacionam com maus hábitos de alimentação, nutrição insuficiente e problemas relacionados ao alcoolismo. São exemplos desse tipo de moléstias o “embaraço gástrico”, alcoolismo, cirrose e a congestão hepática. Elas revelam fatores de risco que podem ser associados a outras doenças, estas infecciosas. O alcoolismo poderia influenciar sobremaneira a suscetibilidade de contrair doenças como a pneumonia e a broncopneumonia por meio de uma fragilidade no sistema imunológico. Da mesma forma, os maus hábitos alimentares e de higiene seriam associados a uma maior exposição ao risco de outras enfermidades. Em geral, no tempo das epidemias, doenças do fígado e do estômago debilitavam ainda mais a saúde, abrindo caminho às doenças infecciosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos aprofundar aspectos da mortalidade e morbidade por causas registradas na cidade de Campinas, estado de São Paulo, durante os últimos anos do século XIX, período no qual experimentou intenso fluxo migratório, crescimento econômico e populacional. Com base na análise dos óbitos do município de Campinas de 1889 a 1900, identificamos quatro períodos principais de crise de mortalidade: 1889, 1891, 1892 e 1896. Esses anos correspondem aos momentos mais intensos da febre amarela no município, com exceção do ano de 1891.

A febre amarela e as demais doenças infecciosas impactaram o cenário social e a dinâmica demográfica do município em análise. Identificamos algumas evidências para uma possível mudança no perfil epidemiológico, de predomínio da tuberculose e das doenças respiratórias, bem como de maior participação das doenças não infecciosas no quadro de morbimortalidade.

Com as informações dos atendidos pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia de Campinas e do Lazareto do Fundão, destacamos que os hospitalizados foram em grande maioria homens em idade ativa e produtiva. Esse perfil foi especialmente acentuado na população estrangeira, em virtude da distribuição por sexo e idade característica desse subgrupo da população. Com o uso de receituários médicos, identificamos que nos lazaretos, o tipo de tratamento ainda conservava soluções experimentais baseadas no tratamento da malária, que pouco alteraram as chances de vida e morte dos pacientes que neles entravam.

A Santa Casa, por ter recebido poucos casos de febre amarela, atendeu um grande

volume de casos de doenças respiratórias como a tuberculose e aquelas cujos fatores de risco envolvem hábitos, condições de vida e de higiene precários. Entre as doenças não infecciosas, as mais importantes foram aquelas ligadas às condições de vida e de trabalho como as lesões cardíacas e reumatismos.

Esse olhar para a morbidade e para as causas de morte, possível com o uso de uma ampla variedade de fontes, acrescenta novas contribuições ao conhecimento do perfil de morbimortalidade de uma cidade brasileira em um período pré-transição demográfica e epidemiológica, abrindo possibilidades para maior entendimento da influência das grandes epidemias e de outras doenças que ainda recebem pouca atenção dos estudiosos de população na dinâmica demográfica das populações do passado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos comentários e sugestões dos avaliadores da *Revista de Demografia Histórica - Journal of Iberoamerican Population Studies*. Agradeço a Profa. Dra. Ana Silvia Volpi Scott e a Dra. Maisa Faleiros da Cunha pelas contribuições durante o desenvolvimento da pesquisa. Este trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq).

CÓDIGO ORCID

ID: <https://orcid.org/0000-0003-3102-7663>

CONFLITO DE INTERESSE

O autor declara que não possui conflitos de interesse.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados que suportam os resultados deste estudo estão disponíveis mediante solicitação ao autor.

FONTES

Fórmulas para Remédios da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, Irmandade de Misericórdia de Campinas, Arquivo do Centro de Memória da Unicamp (1878).

Livros de Óbitos de escravos e livres das Paróquias de Conceição e Santa Cruz de Campinas, Arquivo da Cúria Metropolitana de Campinas (1876-1888).

Livros de Matrículas dos Enfermos da Santa Casa de Misericórdia de Campinas, Irmandade de Misericórdia de Campinas, Arquivo do Centro de Memória da Unicamp (1876).

Livro de Registro do Receituário do Dr. Vito Pacheco Leão, Arquivo Municipal de Campinas (1889).

Livro de Registro de Enfermos do Lazareto do Fundão, Arquivo Municipal de Campinas. (1890 e 1892).

Registro Civil de Óbitos de Campinas, Cartórios do Registro Civil dos distritos de Conceição e Santa Cruz (1889-1900).

BIBLIOGRAFIA

ALBINO, Matheus Alves (2019): "Mortalidade e saúde a partir dos registros hospitalares: Santas Casas de Misericórdia e Hospitais de Isolamento, 1875-1900", *Revista do Arquivo*, 4, 8, pp. 90-100.

ALBINO, Matheus Alves e MARCONDES, Renato Leite (2018): "Diferenciais de mortalidade em um hospital filantrópico: a Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1876-1885)", *Revista Brasileira de Estudos de População*, 35, 2, pp. 391-410.

BARRETO, Maria Renilda Nery e PIMENTA, Tânia Salgado (2013): "A saúde dos escravos na Bahia oitocentista através do Hospital da Misericórdia", *Territórios & Fronteiras*, 6, 2, pp. 75-90.

BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo (2009): "Registros paroquiais e civis: os eventos vitais na reconstituição da história", em PINKSY, Carla Bassanezi e LUCA, Tânia Regina de (orgs.), *O historiador e suas fontes*, São Paulo, Contexto, pp. 141-172.

BASSANEZI, Maria Silvia Casagrande Beozzo e CUNHA, Maisa Faleiros (2019): "Um espaço, dois momentos epidêmicos: surtos de febre amarela (1896-1897) e de gripe (1918-1919) em Campinas, estado de São Paulo", *Revista Brasileira de Estudos de População*, 36, 1, pp. 1-29.

BENCHIMOL, Jaime Larry e SÁ, Magali Romero (2005): *Adolpho Lutz – Febre amarela, malária e protozoologia*, Rio de Janeiro, Fiocruz.

- BERNABEU-MESTRE, Josep et al. (2003): "El análisis histórico de la mortalidad por causas: Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, 21, 1, pp. 167-193.
- CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão (1890): "*Diccionario de medicina popular e das ciencias accessorias para uso das familias*", Paris, A. Roger & F. Chernoviz.
- DEL PANTA, Lorenzo e LIVI-BACCI, Massimo (1977): "Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie: 1600-1850", *Population*, 32, 1, pp. 401-446.
- DUPÂQUIER, Jacques (1979): "L'analyse statistique des crises de mortalité", em CHARBONNEAU, Hubert et LAROSE, André (eds.), *The great mortalities*, Liège, Ordina Éditions, pp. 83-84.
- KARASCH, Mary (2000): *A vida dos escravos no Rio de Janeiro, 1808-1850*, São Paulo, Companhia das Letras.
- LAPA, José Roberto do Amaral (1996): *A cidade: os cantos e os antros - Campinas, 1850-1900*, Campinas, Unicamp.
- MARCÍLIO, Maria Luiza (1973): *A Cidade de São Paulo: povoamento e população, 1750-1850*, São Paulo, Pioneira.
- _____ (1993): "Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial", *Revista de História*, Campinas, 127, pp. 53-68.
- MARTINS, Valter (2004): "Livres, escravos e doenças: Campinas, século XIX", *Anais do Encontro Regional de História*, 17, pp. 1-11.
- _____ (2015): "Cidade-laboratório: Campinas e a febre amarela na aurora republicana", *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 22, 2, pp. 507-524.
- MCKEOWN, Thomas (1976): *The modern rise of population*. London, Edward Arnold.
- MORTARA, Giorgio (1941): "Estudos sobre a utilização do censo demográfico para a reconstrução das estatísticas do movimento da população do Brasil", *Revista Brasileira de Estatística*, 2, 1, pp. 494-538.
- _____ (1946): *Tábuas brasileiras de mortalidade e sobrevivência*, Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.
- OLIVEIRA, Daniel (2018). *Os facultativos são obrigados a declarar [...] cor, [...] moléstia": mortalidade, atuação médica e pensamento racial em Porto Alegre, na segunda metade do século XIX*, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- PÔRTO, Ângela (2006): "O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas", *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 13, 4, pp. 1019-1027.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa (1993): *História sem fim... Inventário da saúde pública: São Paulo, 1880-1930*, São Paulo, Editora da Unesp.

- ROCHA, Leila Alves (2005): *Caridade e poder: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Campinas (1871-1889)*, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.
- SANTOS FILHO, Lycurgo e NOVAES, José Nogueira (1996): *A febre amarela em Campinas, 1889-1900*, Campinas, Centro de Memória Unicamp.
- SÃO PAULO (1876): *Relatorio apresentado à Assembléa Legislativa Provincial de S. Paulo pelo presidente da provincia, exm. sr. dr. Sebastião José Pereira, em 2 de fevereiro de 1876*, São Paulo, Typographia do Diário Oficial.
- SÃO PAULO (1890): *Exposição apresentada ao Dr. Jorge Tibiriçá pelo Dr. Prudente J. de Moraes Barros, 1o governador do Estado de São Paulo ao passar-lhe a administração no dia 18 de outubro de 1890*, São Paulo, Typographia Vanorden & Comp.
- SÃO PAULO (1897): *Mensagem enviada ao Congresso Legislativo de São Paulo, a 7 de abril de 1897, por Campos Salles, presidente do Estado*, São Paulo, Typographia do Diário Oficial.
- SÃO PAULO (1932): *Anuario Demographico da secção de estatística demographo-sanitaria. Anno XXXVI – 1929*, São Paulo, Imprensa Oficial.
- SCOTT, Dario (2020): *Livres e escravos: população e mortalidade na Madre de Deus de Porto Alegre (1772-1872)*, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.
- SCOTT, Ana Silvia Volpi e SCOTT, Dario (2018): "Gerar filhos fora do matrimônio: ilegitimidade e família na Capitania-Província do Rio Grande de São Pedro, Brasil", *Revista de Demografia Histórica*, 36, 2, pp. 167-195.
- SEMEGHINI, Ulysses Cidade (1988): *Campinas (1860 a 1980): agricultura, industrialização e urbanização*, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.
- SOUSA, Jorge Luiz Prata de (2019): "Tráfico e escravidão: cuidar da saúde e da doença dos africanos escravizados", *Almanack*, 22, pp. 153–206.
- TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho (1997): "Assistência sanitária e condições de saúde na zona rural paulista na Primeira República", *Revista Brasileira de Estudos de População*, 14, 1/2, pp. 3–17.
- WITTER, Nikelen Acosta (2007): *Males e epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense.
- XAVIER, Regina Célia (2003): "Dos males e suas curas: práticas médicas na Campinas oitocentista", em CHALHOUB, Sidney et al. (org.), *Artes e ofícios de curar no Brasil*, Campinas, Editora da Unicamp, pp. 331–354.

Crisis de mortalidad y cólera morbo en el medio rural: Pitillas, Murillo el Cuende y Beire (Navarra) en el siglo XIX

Mortality crisis and morbid cholera in the countryside: Pitillas, Murillo el Cuende and Beire (Navarre) in the XIXth century

FECHA DE RECEPCIÓN: SEPTIEMBRE DE 2020. FECHA DE ACEPTACIÓN: DICIEMBRE DE 2020

Sagrario Anaut-Bravo ^a

Cristina Barace-Jiménez ^b

Palabras clave

Cólera
Demografía
Pitillas
Beire
Murillo el Cuende

Resumen

El estudio del cólera morbo en municipios con menos de 1000 habitantes abre la posibilidad de realizar análisis comparativos. Este es el caso de las localidades de Beire, Murillo el Cuende y Pitillas, con nexos político-administrativos y eclesiásticos, además de compartir la cuenca del río Cidacos de Navarra. Sobre un contexto compartido, el artículo muestra el desigual impacto de las tres epidemias de cólera en estos municipios y su intensidad respecto a otras enfermedades infectocontagiosas. Todo ello se pone en relación con los factores causales a los que hacen referencia las autoridades locales y médicos, y con las medidas adoptadas por cada municipio para su control. El estudio pone de manifiesto la reducción progresiva de su incidencia sobre la mortalidad y de la relevancia de otras enfermedades epidémicas sobre la evolución de la población, así como de factores exógenos: crisis de subsistencia y consecuencias económicas de las guerras carlistas.

Keywords

Cholera
Demography
Pitillas
Beire
Murillo el Cuende

Abstract

The morbid cholera research in towns with less than 1000 inhabitants opens the chance of making comparative analysis. This is the case of towns such as Beire, Murillo el Cuende and Pitillas, which have political, administrative and ecclesiastical links, as they are all located in the Cidacos basin of Navarre. Taking into account the shared context of these places, the article shows the unequal impact of the three cholera epidemic waves on each one of them and the intensity of this disease with respect other infectious diseases. All this is put in relation with the causal factors to which local authorities and doctors refer to, and with the measures taken by each town to fight back. There is clear evidence of the progressive decrease of its incidence over mortality and of the importance of other epidemic diseases over the evolution of population, as well as of other exogenous factors: subsistence crisis and economic consequences due to the Carlist Wars.

a Universidad Pública de Navarra. C.c.: sanaut@unavarra.es

b Centro Asociado UNED, Pamplona



* Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional © Sagrario Anaut Bravo y Cristina Barace Jiménez

INTRODUCCIÓN

Autores, como Martínez Lacabe (2004), han subrayado que el siglo XIX estuvo marcado por las guerras, epidemias y escasez de subsistencias. Un siglo de grandes y profundos cambios que van a alcanzar al conjunto de la población, al margen de su proximidad a los núcleos de poder, desarrollo económico y progreso cultural. Tales impactos llegarán con cierto retraso a las localidades rurales con menor población y alejadas de las vías de comunicación más importantes.

La mortalidad extraordinaria asociada a los tres acontecimientos enumerados ha sido objeto de interés mucho antes del Ochocientos. Sin embargo, las opciones de elaborar tablas de mortalidad no llegan hasta la tercera década de la centuria en Europa (Nicolau-Nos, 2016). En España, la extensión del Registro Civil a todas las capitales de provincia y a todos los núcleos de población con más de quinientos vecinos *se produce* en 1841, si bien no será obligatorio hasta 1871. De esta forma, nace un registro paralelo al de las parroquias. Tanto una fuente como la otra comienzan su andadura con limitaciones evidentes en cuanto a homogeneidad y periodicidad de los datos que recogen, como ya pusieron de manifiesto médicos como Seoane (1838) y Monlau (1847) que “alertaron del escaso desarrollo de las estadísticas en España” (Nicolau-Nos, 2016: 103), por lo que habrá que esperar a los Movimientos Naturales de Población y los censos de la segunda mitad del siglo para cubrir ese déficit, en tanto iba mejorando la calidad de los registros civiles.

Partiendo de esta realidad se entiende que el conocimiento de la mortalidad y sus causas a través de fuentes primarias se haya centrado en estudios de casos regionales y locales, y en las crisis de mortalidad. Un ejemplo de ello es el estudio de las sucesivas epidemias de cólera del siglo XIX. Las diferencias por localidades, comarcas, provincias o regiones se han ido poniendo de manifiesto a medida que se han publicado estudios monográficos. Algunos de estos trabajos son los de Feo (2005 y 2013), Sánchez (2005), Sarrasqueta (2010 y 2015), Sánchez y Peral (2009), Leno (2012), Bendito (2013) o Latorre (2014).

Estas investigaciones del siglo XXI siguen la estela de una larga trayectoria que comienza durante las epidemias de cólera morbo. Destacan los trabajos de Madoz (1854), González de Sámano (1858), Gastón (1866), De Arandía (1885), Jimeno Agius (1886), Landa (1886) o Hauser (1887). Los avances en las estadísticas oficiales facilitaron datos sobre casos y defunciones a la Dirección General de Beneficencia y Sanidad (1886 y 1887). En este nuevo contexto, la Sociedad Española de Higiene (1883 y 1890) enfocó su actividad a la prevención, divulgación de información y nuevos conocimientos sobre la enfermedad, y a las medidas a adoptar para evitar el contagio y la muerte.

El interés por las crisis de mortalidad epidémica perdura en el siglo XX, aunque la transición demográfica que se estaba produciendo habla del creciente control de las enfermedades infectocontagiosas. Como afirmara el economista sueco Göran Ohlin en la década de los sesenta, “la demografía tiene los mismos ingredientes que todos los cuentos de mayor éxito: sexo y muerte. Si a esto se añaden la fascinación del hombre

por los números y su antiguo amor al pasado, la demografía histórica debería ser una verdad absorbente" (Hollingsworth, 1983: 9). Ese atractivo innegable pudo estar detrás de las investigaciones de la década de los ochenta del siglo XX en España.

Siguiendo los ritmos de los estudios generales, la demografía histórica navarra comienza su despegue en esa misma década de la mano de la reconstrucción de series demográficas de numerosos municipios desde la Edad Media y hasta el siglo XVIII (Anaut, 1997). En la revista *Príncipe de Viana* y en el *Boletín del Instituto Gerónimo de Ustáriz* se van sucediendo artículos sobre las tendencias generales de la población en los siglos XVI y XVII, sobre la población de algunas regiones o merindades como las de Pamplona, Estella, la Barranca o Baztán, y sobre algunos procesos de amplio impacto como los migratorios, sobre todo hacia América. El resultado supondrá salir del "estado embrionario" en el que se encontraba la demografía en Navarra, pero sin conseguir activar "un plan global o medianamente coordinado"; es así como el resultado es "la disparidad de los análisis", la diversidad de espacios y épocas objeto de estudio (Anaut, 1997: 49).

En la década de los noventa se mantienen los temas centrados en valles, merindades y localidades como Ablitas, Cortes, Estella, Lodosa, Pamplona y Tudela. Asimismo, hay mayor interés por los siglos XIX y XX, y por profundizar en las pautas internas de la población, como la natalidad, la mortalidad ordinaria, el comportamiento de la nupcialidad o la fecundidad (Sánchez Barricarte, 1998). Nuevas líneas de investigación se van abriendo, como la historia de la familia y sus estrategias de supervivencia, la transición demográfica y epidemiológica en los ámbitos urbano y rural, la mortalidad infanto-juvenil, el impacto en la natalidad y mortalidad de las instituciones benéfico-asistenciales (Inclusa, orfanato y casa de Misericordia) y sanitarias (hospitales) y el envejecimiento de la población (Anaut, 1997).

Descendiendo al objeto de estudio de este artículo, un tema que se ha mantenido en la historiografía navarra es el estudio de las diferentes epidemias de cólera. Las publicaciones de Orta (1984 y 1986) en la década de los ochenta sobre las epidemias de 1834 y 1885 se van a convertir en referentes para los posteriores estudios. En la década de los noventa, hay que señalar los trabajos de Campo y Gastón (1993) sobre las diferentes oleadas coléricas en Peralta, los de Anaut (1995 y 1998) sobre Pamplona y la epidemia de 1885, el de Martínez Lacabe (1996) sobre las epidemias en localidades rurales navarras y el de Viñes (2000) sobre el análisis de Landa y la epidemia de 1855.

En la actual centuria, la producción historiográfica sobre el cólera morbo en Navarra se mantiene con publicaciones de Serrano (2011) sobre remedios curativos del abad de Olagüe, las de Sarrasqueta (2010 y 2015) centradas en una panorámica del conjunto de Navarra y en la Ribera, Garde (2012 y 2017) sobre el municipio de Mélida en la zona Media y, por último, Pérez Artuch (2016) sobre el valle de Roncal.

En suma, desde la década de los ochenta del siglo XX, se ha estudiado en Navarra el impacto de las crisis de mortalidad por cólera de los dos principales centros urbanos (Tudela y Pamplona), 19 localidades de diferentes zonas de Navarra con más de 700 habitantes en su nivel más bajo y dos localidades (Mélida y Vindangoz) con una menor población. A este último grupo de estudios se suma el presente trabajo, cuyo objetivo

central es analizar el impacto del cólera a lo largo del siglo XIX en tres pequeños municipios del partido judicial de Tafalla, situado en lo que se conoce como la zona Media navarra: Beire, Murillo el Cuende y Pitillas. Geográficamente están situados a orillas del río Cidacos con una distancia de 3 a 4 kilómetros entre sí. Históricamente han mantenido nexos importantes, ya que Beire y Murillo el Cuende, según los libros parroquiales de Pitillas, dependían eclesiásticamente de esta localidad, aunque contaran con parroquias y párrocos propios. Así mismo, las Actas municipales de Pitillas recogen que el médico y farmacéutico, elegidos cada tres años, eran compartidos por esta localidad y la de Murillo el Cuende, incluyendo Beire en ciertas ocasiones.

Al igual que sucede con los pueblos en torno al río Aragón (Garde, 2017), no se dispone de estudios demográficos en profundidad sobre localidades del valle del Cidacos. Solo se han localizado algunos breves apuntes sobre la incidencia de las epidemias de cólera en 1855 en Tafalla (Beltrán, 1920) y de las tres epidemias en Olite (Pérez Marañón, 2010). El presente artículo cubre ese vacío.

1. FUENTES

Las fuentes consultadas han sido, fundamentalmente, los libros sacramentales de bautizados y defunciones, así como los libros de matrícula de las tres parroquias que se encuentran en el archivo parroquial de Pitillas (APP). Ha sido posible elaborar series completas para toda la centuria de nacimientos y defunciones de Murillo el Cuende. De Pitillas hay serie completa de nacimientos y solo faltan defunciones de los años: 1874, 1890, 1892 y 1894. Por último, de Beire la serie completa es de defunciones, pero no hay registros de bautismos de 1822 a 1842.

Como afirma Sánchez Barricarte (1998: 40), los libros de bautismos para la Navarra rural hay que "considerarlos más fiables", ya que los párrocos y cuantas personas atendían en los partos ponían especial atención en bautizar en caso de riesgo de muerte en el momento del parto. Esta misma circunstancia es aplicable a los libros parroquiales de defunciones de los tres municipios si bien hay indicios de que no siempre se registraban fetos y nacidos muertos. El tratamiento de estos casos siguió "diferentes criterios" en el tiempo y en cada administración local (Anaut, 1998: 81). En la segunda mitad del siglo, en Beire y Murillo el Cuende se especifica que falleció "al nacer" o "a las pocas horas", retrasándose hasta los años setenta en Pitillas.

Para conocer el censo de población de las tres localidades, se ha accedido a los libros de matrícula. En ellos se recoge la relación nominal del cumplimiento pascual anual (marzo o abril) y, en algunos años, agrupadas por familias y convivientes por lo que son una buena fuente de información sobre la población residente en ese momento a falta de series de padrones y censos. Los primeros libros son de 1805 en Pitillas y 1806 en Murillo el Cuende. Cabe suponer que también en esas mismas fechas se abrió el primer libro de Beire, pero no se conserva. Tan solo se cuenta con el libro de matrícula de 1839 a 1889.

El impacto de las guerras de Independencia y la tercera carlista, además de otras causas, parecen estar detrás de la pérdida del registro anual de matrícula de Pitillas de los años 1800-1804, 1806, 1810-1811, 1874-1875, 1893 y 1895. Una información sobre este particular es la anotación del párroco de esta localidad, Manuel San Juan, en la que habla de su compromiso personal con el carlismo y el tener que dejar la localidad en algunos momentos.

Como se ha constatado en otras investigaciones (Sánchez, 1998; Martínez, 2004), estas fuentes de información presentan algunas limitaciones, como se ha expuesto, porque han dependido del nivel de escurpulosidad en la recogida de datos, del cumplimiento de las mejoras propuestas en las visitas pastorales del obispado y del contexto del momento. Desde 1838 (R.D., de 1 de diciembre de 1837) se exhorta a las parroquias a incluir todos los acontecimientos y datos precisos de la feligresía. Por ejemplo, en las defunciones debía recogerse la edad, sexo, estado civil, oficio, día del deceso y causa (Sanz, 1999).

Los libros de defunciones de las tres localidades no recogen en todo el siglo XIX la causa de defunción¹, aunque anotan el sexo, edad y si es párvulo, como también aparece en los libros de matrícula (desde 1839 en Beire y desde 1849 en Pitillas). Esta situación dificulta elaborar series completas de información, como afirman Gómez-Redondo y Faus-Bartomeu (2018: 46), al reconocer "cierta complejidad desde el punto de vista de la naturaleza de los datos y la cobertura temporal y espacial" de las defunciones.

Al disponer de series prácticamente completas en los libros parroquiales y al no contar con las mismas en los registros civiles, se ha optado por los primeros, dejando como complementarios a los segundos. A pesar de que los padrones se extienden como obligación desde la Ley de Ayuntamientos de 1856 (Sánchez Barricarte, 1998: 39), no se dispone de ellos en los tres municipios, salvo de forma puntual hasta finales de los años setenta. Comparando sus registros con los parroquiales, sobresale su variabilidad en los datos de población y con respecto a los parroquiales (diferencias de hasta el 30%). Puede alegarse, con cautela, que esta circunstancia es debida al diferente mes de registro en unos municipios con población jornalera estacional en el campo, las bodegas o las canteras.

A estas fuentes primarias que son la base cuantitativa del presente trabajo, se han sumado otras como las Actas municipales de los archivos municipales de Beire (AMB) y de Pitillas (AMP). Su información permite otro tipo de acercamiento a la situación socio-sanitaria de las tres localidades. Por el tamaño de las localidades objeto de estudio y la coincidencia de sus miembros, estas Actas incluyen los acuerdos municipales y las decisiones de las Juntas municipales de Sanidad y Beneficencia. En el último tercio del siglo XIX, estas Juntas las componían los miembros del Consistorio junto al párroco, el médico, el farmacéutico y el responsable de abastos e inspección de las carnes. Igualmente, en los libros de matrícula de 1870 a 1900 el ya citado párroco de Pitillas incluye comentarios e información socio-sanitaria complementaria de interés.

1 En Murillo el Cuende se indica: "enfermedad natural", excepto para las muertes violentas como "ahogado" o "fusilado". En Beire solo se anotan los casos de cólera de 1855 y en Pitillas los de 1834 y 1855.

2. UNA POBLACIÓN AL ALZA A PESAR DE LAS GUERRAS Y EPIDEMIAS

Las condiciones naturales y económicas de Beire, Murillo el Cuende y Pitillas han sido descritas de forma positiva hasta los años treinta del siglo XX. Madoz, en su diccionario, describe el clima como templado y saludable con vientos de norte y sur, aunque se padecían tercianas. Igualmente producen trigo, cebada, avena, aceite y vino en unos terrenos de buena calidad, llanos y regados por el río "Zidacos de Navarra" (Madoz, 1849, p.74). Contaban con ganadería variada: caballo, mular, vacuno, caprino y ovino, así como de la caza de conejos, liebres y perdices, y la pesca de anguilas y barbos. En Beire producían, además, frutas, legumbres y hortalizas (Madoz, 1846: 111), en tanto que en Murillo el Cuende: lino, cáñamo y verduras (Madoz, 1848: 762). En Pitillas, la actividad complementaria serán las canteras de piedra (Madoz, 1849: 74).

En la Guía de Navarra de 1924 se reiteran las citadas actividades agropecuarias comunes, pero se incorpora el cultivo de remolacha en Beire, destinada a la industria azucarera de Marcilla. Se recoge la actividad de las canteras de cal y yeso en Murillo el Cuende y las canteras de piedra en Pitillas (Saiz, 1924). Si Madoz calificó de "buenas verduras y esquisito vino" a estos productos de Murillo el Cuende (Madoz, 1848: 762), Saiz (1924: 439) calificó a Pitillas como "pueblo rico y bonito. (De) gran prosperidad".

Tales condiciones fueron favorables para la aparición de bodegas en toda la zona, sobre todo a partir de la epidemia de filoxera en Francia a mediados del Ochocientos. Una de las primeras, se comienza a construir en 1814 en Pitillas. La familia Lucus, según indicios de las cubas que se conservan, pudo tener activa su bodega en torno a 1845-50. En torno a 1880-1885 había en activo otras tres bodegas más en la localidad. La extensión en toda la zona del viñedo garantizaba también ingresos a pequeños y medianos propietarios, a la vez que incentivaba la contratación de jornaleros durante más tiempo. Esta actividad vitivinícola comienza a entrar en crisis al finalizar el siglo XIX.

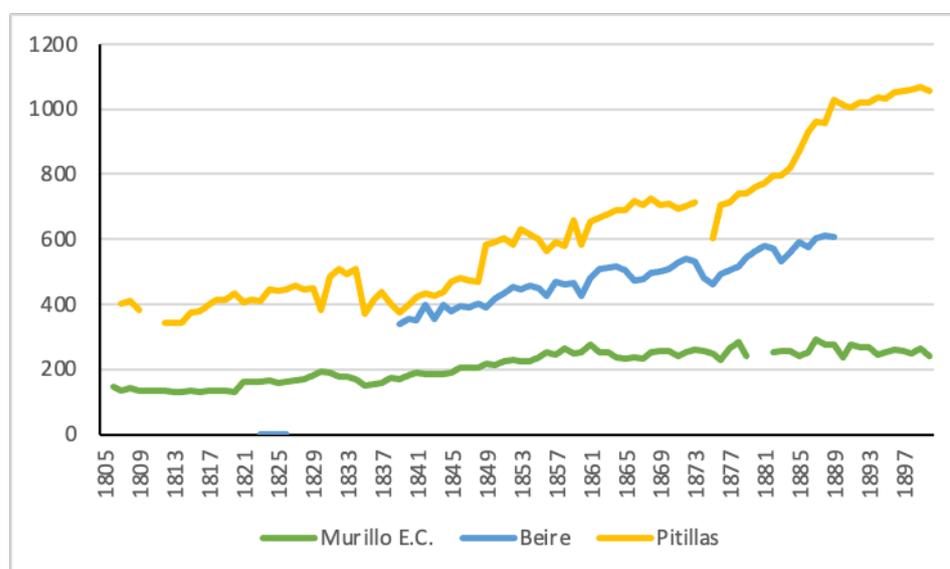
Junto a esta actividad industrial, la explotación de las canteras de yeso en Murillo el Cuende y de piedra en Pitillas desde finales del mismo siglo incentivaron la llegada de trabajadores solos o con sus familias a estas localidades. Mayoritariamente eran de otros pueblos de Navarra, a los que se sumaron de provincias como Salamanca, Zamora, Soria o Burgos.

Tanto el transporte del vino como de la piedra, cal y yeso quedará resuelto cuando en 1860 las tres localidades objeto de estudio cuenten con apeadero para el tren y estación con almacenes en Pitillas. La construcción y puesta en marcha del ferrocarril supondrá un incentivo más para la llegada de trabajadores y para la comercialización de productos.

Como se puede observar en el gráfico 1, las tres localidades muestran una tendencia al alza en su población, más paulatina en el caso de Murillo el Cuende, más intensa en Beire y explosiva en el de Pitillas, sobre todo desde la década de los 80.

Gráfico 1

Evolución de la población de Beire, Murillo el Cuende y Pitillas (1805-1900)



Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de matrícula de Beire, Murillo el Cuende y Pitillas.

La reactivación económica comentada, progresiva hasta 1880 y más intensa después, la explica de la siguiente manera el párroco de Pitillas, Manuel San Juan, en 1896: "Examinando los libros de Matrícula se observa una cosa muy rara respecto al censo de población. Desde el año 1824 hasta el año 1880, ha estado fluctuando esta Parroquia entre las 629 almas y 740, sin que haya experimentado diferencia á no ser muy insignificante"². Para explicar este hecho, afirma que existen varias causas que pueden aplicarse para todo el siglo, aunque sea más evidente desde el término de la tercera guerra carlista:

"el aumento de la riqueza, de donde procede el bienestar de las familias, y como consecuencia mejor higiene, pues la población se ha ensanchado con la construcción de sesenta casas nuevas con lo que se han quitado muchos focos de infección, se han hecho carreteras alrededor del pueblo levantando los terrenos en donde antes quedaban las aguas encañadas, no son tan comunes las epidemias como hace veinte y cinco años pues la Junta de Sanidad suele tomar sucesivas energías"³.

Destaca, por tanto, como clave para explicar una tendencia que apunta a la transición demográfica: control de la mortalidad endémica y epidémica modificando los espacios públicos y privados, así como los ingresos familiares. A esta mejora de la supervivencia se suman los aportes inmigratorios. El mismo San Juan explicitaba que el 68,9% de la población en 1878 era natural de Pitillas, ascendiendo al 73,6% en 1896 y al 76,6% en 1899⁴. Por tanto, los flujos inmigratorios no parecen tener un carácter estacional, sino

2 APP. Libro de Matrículas 3 de Pitillas: 1877-1897, p. 491.

3 APP. Libro de Matrícula 3 de Pitillas: 1877-1897, p. 491.

4 APP. Libro de Matrícula 4 de Pitillas: 1898-1905, p. 506.

que tienden a un asentamiento estable, puesto que había diferentes opciones laborales a lo largo del año. Algo similar se registra en Murillo el Cuende: 71,2% son naturales de la localidad en 1886; 71,8% en 1890 y 79% en 1900⁵.

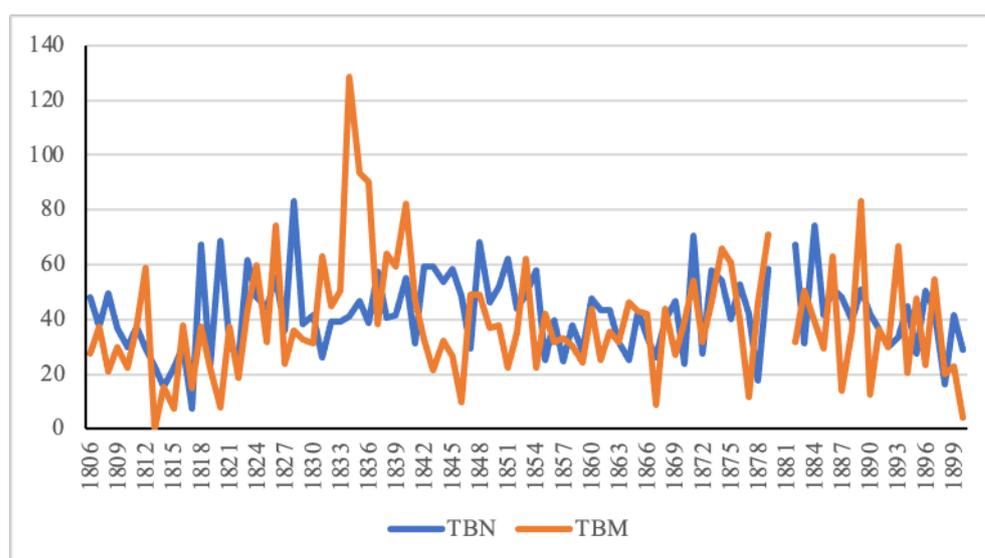
2.1. EL CRECIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN

En los siguientes gráficos se recogen las tasas brutas de natalidad (TBN) y las tasas brutas de mortalidad (TBM) por localidad. Como se puede observar, la variabilidad anual es alta, sobre todo, por el pequeño tamaño de las mismas. Sin embargo, resultan de interés para comprender el permanente estado de incertidumbre en el que vivían ante cualquier factor climático, sanitario, político o económico.

Comparando los municipios de Murillo el Cuende y Pitillas (gráficos 2 y 3), el primer tercio del siglo XIX muestra una relación entre las TBN y las TBM que sigue las pautas de un régimen demográfico tradicional (altas tasas que se van alternando). Solo en Murillo el Cuende se registra el descenso de la TBN en las primeras décadas del siglo, como sucediera en otras localidades del sur de Navarra (Orta, 1984). Tras una década de los treinta especialmente difícil, en los años cuarenta y cincuenta los cambios son menos bruscos en Murillo el Cuende (gráfico 2) que en Pitillas (gráfico 3) y Beire (gráfico 4). En este comportamiento no son perceptibles avances hacia la transición demográfica, para la que habrá que esperar hasta la década de los ochenta en Pitillas con la reducción de su mortalidad.

Gráfico 2

Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad en Murillo el Cuende (1806-1900)

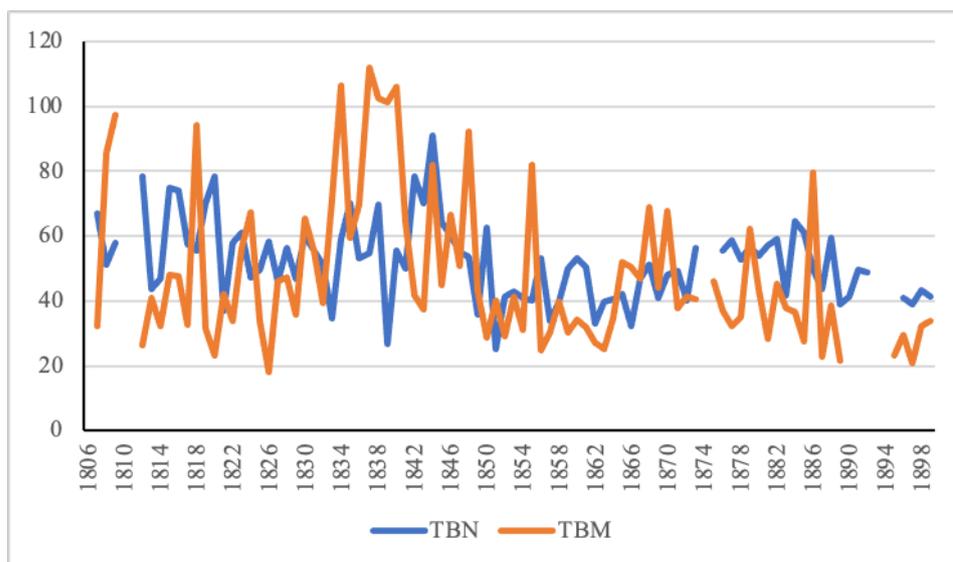


Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de nacimientos, defunciones y matrícula de Murillo el Cuende.

5 APP. Libro de Matrícula 2 de Murillo el Cuende: 1882-1904.

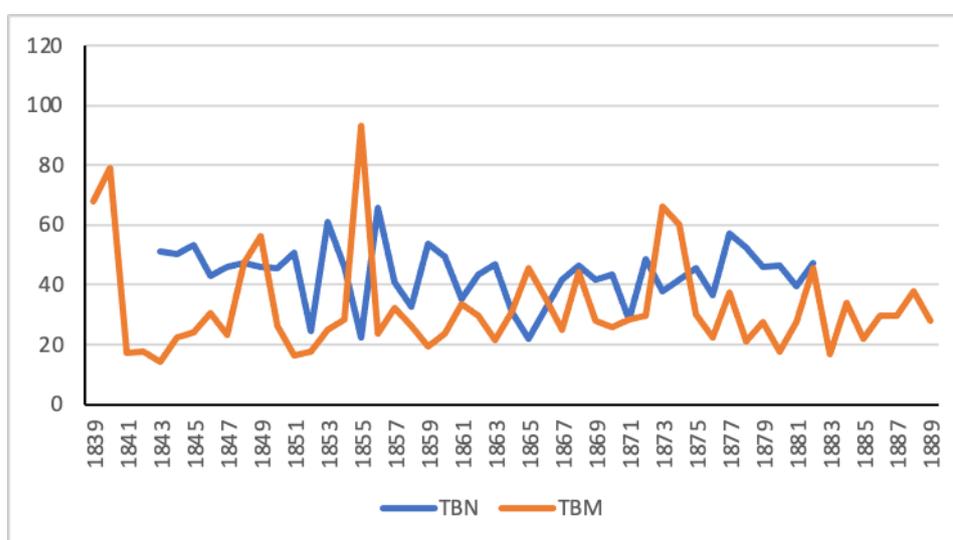
En las dos últimas décadas del siglo, por tanto, la relación entre TBN y TBM dibuja dos escenarios. En Murillo el Cuende y Beire se mantienen elevadas TBN y TBM, logrando un limitado crecimiento natural a lo largo de todo el siglo. Por su parte, en Pitillas (gráfico 3), desde el final de la tercera guerra carlista, se acentúa el crecimiento natural de su población al reducirse la mortalidad, aunque sigan produciéndose brotes epidémicos.

Gráfico 3
Tasas Brutas de Natalidad y Mortalidad en Pitillas (1807-1900)



Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de nacimientos, defunciones y matrícula de Pitillas.

Gráfico 4
Tasas Brutas de Natalidad y de Mortalidad en Beire (1839-1889)

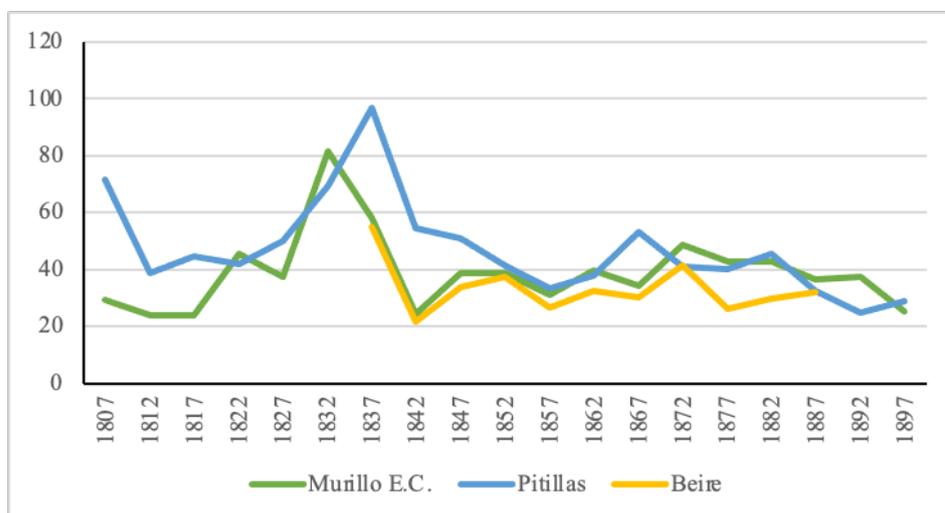


Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de nacimientos, defunciones y matrícula de Beire.

Hechas estas consideraciones, conviene detenerse en la evolución seguida por las TBM para conocer el contexto en el que impactó el cólera. Como se recoge en el siguiente gráfico, las tres localidades registran el límite inferior de su TBM por encima del 20%. Martínez (2004: 53), afirma que la media Navarra para el siglo se encontraba en torno a ese 20%, si bien en la Navarra meridional se elevaba hasta el 40% (Martínez, 2004: 55). Murillo el Cuende y Beire van a encontrarse entre el 30 y 40% desde los años cuarenta, mostrando rasgos propios de una zona de transición de las TBM del norte (por debajo del 35%) y del sur (Mikelarena, 1995: 195). Por su parte, Pitillas no consiguió reducir su TBM por debajo del 40% hasta mediados de los años 80.

Gráfico 5

Tasas Brutas de Mortalidad (medias móviles quinquenales) en Beire, Murillo el Cuende y Pitillas (1807-1898)



Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de defunciones y matrículas de Beire, Murillo el Cuende y Pitillas.

En cuanto al límite superior, los años treinta en las tres localidades marcan máximos por encima del 50%, siendo especialmente elevadas en momento puntuales como 1833-1836. Esta misma situación se reproduce en otra localidad próxima como es Mérida (Martínez, 2004; Garde, 2017). En estos años confluyen la primera guerra carlista con la primera epidemia de cólera. Por encima del 40% solo volverán a estar Pitillas y Murillo el Cuende en los años sesenta y setenta, respectivamente, circunstancia que no se dio en Beire y ni en Mérida (Garde, 2017).

A pesar de las elevadas TBM de Pitillas a lo largo de toda la centuria, en comparación a los dos municipios limítrofes, es ella la que inicia de forma más clara su descenso. Murillo el Cuende, por su parte, dibuja una reducción paulatina, aunque, como se ha indicado, con dificultades para lograr un crecimiento natural de su población. Beire, por último, siguió una tendencia bastante estable. En suma, las tres localidades no muestran homogeneidad en el comportamiento de sus tasas brutas de natalidad y mortalidad, aunque haya similitud.

3. EN PERMANENTE ESTADO DE CRISIS DE MORTALIDAD

Si bien escasea la información sobre las causas de muerte en las fuentes consultadas, se cuenta con algunos documentos de interés, sobre todo de Pitillas. Por ejemplo, en 1881, la Junta Provincial de Sanidad de Navarra solicita información sanitaria a las Juntas locales porque se necesita conocer las causas "ciertas ó probables de las enfermedades que pueden llamarse populares". Para el caso de Pitillas, extrapolable en muchos apartados a las otras dos localidades, se detalla:

"Relación Médica:

Enfermedad epidémica: "Reinan periódicamente las fiebres intermitentes".

Causas "ciertas ó probables": "Reconocen por causa casi segura la laguna y el poco aseo dentro y fuera de la población; sin carácter epidémico".

En ese momento no había casos de "viruela, sarampión, escarlatina, difteria o fiebre tifoidea".

"Se vacuna anualmente". Ese año vacunaron a "siete niños".

No hay casos de "enfermedad parasitaria en escolares"⁶.

Como se constata en el texto, la principal enfermedad epidémica eran las fiebres intermitentes, entre las que se encuentra el paludismo. Por indicios recogidos en las fuentes municipales, se asociaban estas fiebres al estancamiento del agua y a problemas digestivos. No llama la atención, por tanto, que las actas municipales de la localidad, desde el brote colérico de 1855, insistan en evitar el estancamiento de aguas en las calles periféricas y en el río, sobre todo durante el estío. Este énfasis no aparece en las actas municipales de Beire, por lo que las características de su espacio público se sobrentienden que eran distintas.

Una de las claves puede encontrarse en la superficialidad de la capa freática en Pitillas y en la proximidad de su laguna (4 kilómetros), que desagua a corta distancia a través de diferentes barrancos, tal y como apunta la Junta Local. Respuesta que se ajusta a los postulados de la época, como recogen González de Sámano (1858), Sánchez de Castro (1884), De Arandía (1885) o Hauser (1887) cuando afirman que el suelo y subsuelo, además del agua, pueden ser agentes de propagación del cólera como de otras enfermedades infecciosas.

Frente a un espacio físico que puede colaborar en el desarrollo de enfermedades, la respuesta fue la promoción de la desinfección y la higiene pública y privada. Hauser resumía los "mejores medios profilácticos" en "sanear el suelo" y disponer de un "abastecimiento de buenas aguas potables" (1887: XXIII). Confirman este hecho las anteriores reflexiones de Manuel San Juan de 1896 sobre Pitillas.

Pero la citada Junta de Beneficencia y Sanidad de Pitillas aporta otros datos relativos a enfermedades infectocontagiosas. Al igual que en otros lugares de España, van a sobresalir los casos de viruela, sarampión, escarlatina, difteria o fiebre tifoidea. Gracias a anotaciones puntuales de la misma Junta de Pitillas y del párroco Manuel San Juan, se

6 AMP. Secc. Beneficencia y Sanidad, 1851-1889, caja 15, leg. 9.

sabe que hubo brotes de tifus y de "infecciosas" (por ejemplo: difteria) en 1868, 1870, 1879 y 1897; de sarampión en 1877, 1878, 1879, 1883, 1886, 1887, 1890, 1892 y 1900⁷; y de viruela en 1875, 1891⁸, 1896 y 1899. En las otras dos localidades los incrementos en las defunciones tienden a producirse en torno a las mismas fechas que en Pitillas, aunque con alguna variación pequeña en el tiempo y diferente intensidad.

Este fue el caso de 1886 y la epidemia de sarampión. El párroco de Pitillas, Manuel San Juan, afirmó "que el año 1886 diezmo el sarampión sesenta pequeños"⁹. En ese año se registra un total de 74 defunciones, la cifra más alta de todo el siglo XIX, siendo párvulos el 86,5% del total y casi el 94% de ellos murieron por sarampión. En Murillo el Cuende también hay un repunte de la mortalidad, pero en este caso solo el 37% serán párvulos. No obstante, en Beire hubo un mayor número de casos en 1888 y en Murillo el Cuende en 1889, con un leve predominio de párvulos en ambos casos.

Siendo todas estas enfermedades epidémicas, la continuidad con la que aparecen hace pensar que socialmente fueran reconocidas como endémicas, como lo eran las gastritis, enteritis, pulmonías y bronquitis. Su letalidad en el corto plazo exigía, no obstante, la aplicación de medidas que redujeran las defunciones, aunque no fuera posible evitar el estado de alarma sanitaria y social. Una muestra de ello es el relato de Manuel San Juan ante el brote de viruela en octubre de 1899:

"Fue extendiéndose por los niños de un modo progresivo, aunque lento, que las condiciones de limpieza é higiene se mandaron con vigor por la Junta de Sanidad, tropezándose con el inconveniente de que el rio por estar sus aguas estancadas, era verdaderamente un foco de infección, lo cual no podía remediarse, en él se lavaban las ropas de los atacados, y causaba profunda alarma, el considerarse que de los niños saltaba la epidemia á los mayores, y no se veía medio de extirpar tan mortífera enfermedad. La Alcaldía encargó diferentes veces vacunas, el Párroco exhortaba al cumplimiento de esta medida higiénica y radical y por fin en diciembre se vacunaron y revacunaron en un solo día cerca de cuatrocientos, y con el auxilio de las lluvias que produjeron diferentes crecidas del rio quedo el pueblo limpio desde principios de enero sin volver a notarse un solo caso de invasión"¹⁰.

Según sus datos, fue diagnosticada con viruela el 12% de la población de Pitillas, aunque apenas se registró un leve repunte de las defunciones, como también sucediera en los otros dos municipios. Aporta, no obstante, el número de fallecimientos de párvulos, que representaron el 32% del total de fallecimientos y el 84,6% de los decesos de párvulos. Asimismo, introduce otras cuestiones importantes como remedios más efectivos: la cantidad y calidad del agua, y la vacunación/revacunación. No deja de lado

7 Según datos municipales, en los años setenta indicados hubo 1 ó 2 casos por año, pero en 1883 se elevó a 10. En septiembre de 1900 "hubo que lamentar el sarampión en los niños epidemia que fue importada y que pasaron todos los pequeños de la localidad y por mas que la Junta de Sanidad tomó todas las precauciones que el caso requería no pudo evitar que hubiese diez y seis defunciones" (APP. Libro de Matrícula de Pitillas, 4: 1898-1905, 1901, p. 71).

8 Se pide que vayan al Consistorio "las madres con sus hijos menores de dos años que no están vacunados y los que tengan más de seis años ó que haga más de cuatro años que lo fueran" para vacunarse y revacunarse (AMP. Secc. Bandos, 1891, caja 37, leg. 23).

9 APP. Libro de Matrícula de Pitillas, 3: 1877-1897, 1896, p. 491.

10 APP. Libro de Matrícula de Pitillas, 4: 1898-1905, p. 70 bis.

otro dato de interés como es la implicación de las autoridades municipales y religiosas en la aplicación rápida de las mejores medidas profilácticas.

Sobre este contexto de crisis de mortalidad de comportamiento epidémico, se introducen otros factores explicativos. Voces como las de los médicos Landa (Viñes, 2000) y Hauser (1887) insisten en que las enfermedades infectocontagiosas están relacionadas con el hacinamiento y la pobreza. A este respecto, en la primera mitad del siglo XIX, las actas municipales consultadas solo hacen referencia a la escasez de recursos municipales de la población como consecuencia de los continuos pagos para el mantenimiento de las tropas durante la invasión francesa y durante las guerras carlistas. Un dato orientativo sobre el alcance de esta situación es el estado de pobreza según las actas de defunción parroquial de Pitillas de 1834 a 1840, cuando se indica que eran pobres entre el 16% y el 40% de los decesos¹¹.

Las actas municipales en la década de los setenta recogen un discurso similar sobre la tercera guerra carlista. Aclaran que los pueblos de la zona no pudieron hacer aportaciones al ejército isabelino de junio de 1872 a agosto de 1873, aunque las hicieron entre octubre de 1873 y octubre de 1874: raciones de pan, carneros vivos, cebada, vino y paja (poco de garbanzos y aceite), además de dinero. Otro requerimiento más llega en abril de 1874: "el Antiguo Hospital Militar de Olite, se ha de reinstalar sin abandonar el de esta Ciudad, y se ha hecho un reparto de camas, y en él, según su merindad, há tocado": 16 a Tafalla, 26 a Olite, 7 Pitillas, 5 Beire, 4 Murillete, 17 Caparroso, 5 Santacara y 5 Murillo el Fruto¹².

Por todas estas aportaciones se emitían recibos a particulares, "grandes contribuyentes", que abonaba posteriormente cada ayuntamiento. En Beire se habla en 1880 y 1885 de los pagos a plazos de las deudas contraídas durante las guerras¹³. Pero las peticiones también se gestaban desde la propia localidad. Un ejemplo de ello es la solicitud hecha por la Junta carlista de Pitillas en mayo de 1874: "1230 raciones de carne, 23 robos de alubias y 28 de cebada"¹⁴.

A los impactos a corto y medio plazo de las guerras carlistas se suman, a partir de finales de la década de los setenta, los problemas endémicos de subsistencia. Según las fuentes municipales y los libros de matrícula de Pitillas estas crisis fueron causadas, sobre todo, por las epidemias en las viñas en 1882, 1887 y 1889 (plagas de Piral y Mildiu), y las sequías de 1882, 1883, 1892, 1893, 1896, 1897 (inundaciones después) y 1898 con un fuerte impacto sobre las cosechas.

En octubre de 1887, las actas municipales de Pitillas recogen "la lista de pobres" del momento: 20,5% de las familias y el 13,5% del total de la población¹⁵. Entre las alternativas adoptadas para hacer frente a la pobreza, en abril de 1892, el Ayuntamiento de la localidad decide que "salgan al tajo 30 peones" que trabajarán de lunes a miércoles y

11 APP. Libro de Defunciones, 3: 1832-1869.

12 AMP. Secc. Ayuntamiento, Suministros de guerras, caja 51, 1836-1874.

13 AMB. Libro de Actas y Acuerdos, nº 18, 1861-1885.

14 AMP. Secc. Ayuntamiento, Suministros de guerras, caja 51, 1836-1874.

15 AMP. Libro de Actas de la Junta Municipal, 2, julio de 1887 a enero de 1889.

otros 30 de jueves a sábado para realizar "trabajos en caminos", de forma que puedan contar con algún jornal¹⁶. En 1897, se propone crear un granero y conceder "préstamos que la Junta (Veintena) verifique los harán con el interés de un cinco por ciento (...) con la garantía de los bienes que poseen los mismos perceptores y la de un fiador responsable, que ambos firmarán"¹⁷.

A lo expuesto, se suma otra valoración del mismo Consistorio en septiembre de 1892: "La epidemia que se presenta en este vecindario por lo regular cuesta cara y deja tristes recuerdos y en nada mas consiste que en la poca limpieza de las casas, y en el menor cuidado de las frutas y verduras que consumen"¹⁸. Ciertamente estas palabras trasladan la responsabilidad del impacto de las diferentes epidemias al ámbito privado, dando por supuesto que la acción pública cumple con lo exigido por las autoridades sanitarias del momento. Esta interpretación no es coincidente con las expuestas por el citado Manuel San Juan en 1899, más centrada en la salud pública, y en 1896, asociada a los niveles de ingresos familiares y a las viviendas.

Tanto unos discursos como otros se integraron en la corriente higienista navarra que insistía en la influencia de los factores exógenos en la mortalidad asociada a las enfermedades infectocontagiosas (Anaut, 2001). Había constancia de que eran evitables tomando medidas de salud pública ligadas a la limpieza y desinfección de los espacios públicos y privados, como de los enseres y alimentos (Anaut, 2001). Medidas que se van a aplicar progresivamente con el impulso que va a dar la experiencia de las epidemias de viruela y de cólera.

Como dirá el médico Sánchez de Castro (1884: 8), "sucede con el cólera lo que con todas las enfermedades infecciosas; conocemos sus efectos; pero nada más". Tal limitación no es óbice para entender que, ante las enfermedades infectocontagiosas, como el cólera: "la luz está en la ciencia, no en las promesas ó en las palabras de los que prometen remedios seguros con excesiva facilidad" (De Arandía, 1885: 27). La respuesta la resume de nuevo Sánchez de Castro (1884: 111): aislamiento, desinfección, higiene pública, higiene privada y asistencia médica. Por tanto, la responsabilidad de la situación sociosanitaria es compartida por los habitantes y su contexto.

4. LAS EPIDEMIAS DE CÓLERA MORBO

El cólera morbo asiático irrumpe en Navarra, como en el resto de España, como una enfermedad nueva para la que se desconocían remedios más allá de los aplicados a otras enfermedades infectocontagiosas. De ello se lamenta el médico González de Sámano (1858: 117), a mediados del siglo, cuando afirma que "hace más de treinta años que este agente destructor reina en Europa y sin embargo, hoy día, nos hallamos en el

16 AMP. Secc. Bandos, caja 37, 1892, leg. 25.

17 AMP. Secc. Bandos, caja 37, 1897, leg. 29.

18 AMP. Secc. Bandos, 1892, caja 37, leg. 24.

mismo estado que al principio de su aparición en lo relativo á su origen y á la manera de combatirle".

La Sociedad Española de Higiene (1883: 17), décadas más tarde, insiste en la misma idea: "Debe convencerse al público de que no hay ningún medicamento, amuleto, ni droga que sea el profiláctico que pueda preservar de un ataque de cólera". La esperanza de erradicación estaba puesta en una vacuna que llegará a Navarra en los últimos momentos de la epidemia de 1885, habiendo comenzado su aplicación en la zona del Levante (Anaut, 1995). En 1890 la misma Sociedad Española de Higiene (1890: 5-6) confirma los avances médicos producidos desde la última invasión, asegurando que "podrá discutirse aún, acerca del mecanismo íntimo de la afección y dudarse, por lo tanto, respecto á su tratamiento específico: pero nunca podrán confundirse sus síntomas, con los de otra dolencia."

4.1. La epidemia de cólera de 1834

Los avances en materia de higiene y desinfección, la mejora del conocimiento de enfermedades de comportamiento epidémico y la finalización de los estados de guerra ayudaron a que se fuera mitigando el impacto del cólera sobre la población, pero para ello habrá que esperar. La primera epidemia de cólera en los tres municipios objeto de estudio se registró en 1834. Llega casi un año más tarde que a otros lugares de la península y lo hará, a juicio de González de Sámano (1858: 272), porque en 1833 "nos invadió el cólera por demasiada confianza; que se contuvo en ciertos límites cuando le opusieron algún dique; y por fin, que para su propagación bastó la inobservancia de las medidas coercitivas".

Es decir, el cólera llegará a la Ribera Tudelana de forma progresiva dando tiempo para implementar medidas de contención: habilitar habitaciones en hospitales, lazaretos para viajeros, cordones sanitarios de personas y mercancías, aislamiento de los casos confirmados y dudosos, etc. A pesar de todo, los primeros casos aparecen en agosto de 1834 en Corella. Desde allí irá avanzando hacia el norte, apareciendo en septiembre los primeros casos en Olite y en octubre en Pitillas.

En Pitillas quedaron recogidas 20 defunciones por cólera, de las cuales 13 fueron de varones y 7 de mujeres. Esta cifra supone el 3,9% de la población y el 37% del total de defunciones, concentrándose en octubre (24%). La TBM registrada llega a alcanzar el 106,3 por mil, nivel que solo se repite en la centuria entre 1837 y 1840. Tasas brutas por encima del 80 por mil solo se registraron en 1808, 1809, 1818, 1844 y 1855. Las dos primeras coinciden con la presencia de tropas francesas de ocupación en la zona y la última con el segundo brote de cólera.

Se desconoce el número de decesos por cólera en Beire y Murillo el Cuende, pero en ambos casos la cifra de defunciones que se registran es la más alta de todo el siglo y también su TBM máxima en Murillo el Cuende (128,63‰). En esta localidad se registraron un total de 22 fallecimientos y en Beire 43 decesos, de los cuales el 59% fueron párvulos en Murillo el Cuende, el 39,5% en Beire y el 24% en Pitillas. Una aproximación

al nivel de incidencia en Beire se puede hacer comparando este dato con la oleada de 1855, cuando hubo 42 defunciones, de las que 35 fueron por cólera (83% del total de decesos). Es posible pensar, al comparar con Pitillas, que el impacto del cólera sobre el conjunto de la población de ambos municipios fuera menor, aunque en torno a los datos de otras localidades de la Ribera: "entre el 60% y 70%" de las defunciones totales (Orta, 1984: 284).

El elevado nivel de incidencia de la mortalidad registrado en los tres municipios coincide con el de varias parroquias de la Ribera Tudelana (Orta, 1984) y con la cercana Mérida (Garde, 2012). Pero como otras investigaciones han puesto de manifiesto (González de Sámano, 1858; Orta, 1984; Martínez, 2004), la situación descrita es el resultado de la confluencia de la epidemia de cólera con la primera guerra carlista (1833-1839).

En este período las tropas isabelinas y carlistas estuvieron presentes en numerosas localidades navarras, entre ellas las que nos ocupan. No solo los soldados eran transmisores de la enfermedad, sino que generaban gastos extraordinarios para poder mantener su estancia (alimentos, leña y otros enseres) y escaramuzas que terminaban con algún fallecido (un soldado carlista en Murillo el Cuende). El resultado será la escasez de medios municipales y eclesiásticos para atender a la propia población, con el impacto que ello va a tener sobre la natalidad y mortalidad, así como su endeudamiento a largo plazo.

La referencia a este hecho se registra en el acta municipal de 1839, donde se indica que los vecinos de Pitillas hicieron adelantos en dinero y especie para las guerras de Independencia, la de la Constitución y la "actual" (I guerra carlista), lo que supuso que el municipio asumía su devolución no cobrando a los pastores las yerbas comunales ni la explotación de otros comunales¹⁹. En este mismo sentido también se pronuncian en Beire entre 1835 y 1839²⁰: "Que para atender á los pedidos que continuamente se hacen á esta villa para la manutención de las tropas del Gobierno de la Reina, nuestra Señora," se han hecho en 1835 muchos esfuerzos por el vecindario, pero en ese momento también Diputación reclama arbitrios y han "de contribuir mensualmente a las Guarniciones de Tafalla y Caparrosos con el número de raciones de toda especie (...) y otros utensilios"; de esta forma "la villa se halla sin fondos ningunos y los vecinos en sumo retraso mediante lo mucho con que hasta ahora han contribuido".

La opción elegida en esta localidad para contar con ingresos municipales fue la misma que en Tafalla y Olite: venta de propiedades públicas (Martínez, 2004). Así el Consistorio de Beire obtiene permiso de la Diputación Provincial para vender, en 1841, algunas corralizas de comunales "para con el importe satisfacer las deudas que gravitan contra la Villa de prestamos hechos á la misma por los vecinos y algún forano en las Guerras pasadas"²¹.

19 AMP. Secc. Ayuntamiento, caja 51, leg. 1, Suministros de guerras, 1836-1874.

20 AMB. Actas y Acuerdos, nº 16, 1816-1843.

21 AMB. Actas y Acuerdos, nº 16, 1816-1843.

Como se ha expuesto, la crisis de mortalidad del cólera fue intensa en las tres localidades estudiadas, aunque afectó de forma desigual, sobre todo al coincidir con el impacto directo de la primera guerra carlista. El comportamiento de la mortalidad en Beire y Murillo el Cuende fue muy similar tras el envite de 1834, ya que se recuperaron los niveles previos, lo que significa una reducción hasta la cuarta parte de defunciones en el primer caso y a la mitad en el segundo. Como se ha indicado, no fue así en Pitillas. Este hecho apunta a un diferente impacto de la guerra carlista²² y a la aplicación de diferentes medidas para atajar los problemas sociales, sanitarios y económicos. De cualquier forma, solo el mantenimiento de flujos inmigratorios podrá compensar el saldo vegetativo negativo, sobre todo en Pitillas.

4.2. La segunda oleada de cólera: 1855

El silencio en torno al cólera en las fuentes consultadas durante su primera aparición se repite en la segunda epidemia de 1853 a 1856 en los tres municipios estudiados. En los archivos consultados solo se ha localizado una referencia directa a la probabilidad de que llegue a Navarra el cólera morbo en la Carta Pastoral enviada por el obispo de Pamplona, Severo Andriani, en 1854, y una segunda Carta del mismo obispo de 1855 donde se reconoce la epidemia²³. Esta acción pudo ser paralela a la que las autoridades civiles provinciales desplegaron por medios como el Boletín Oficial de la Provincia y "la aprobación de legislación y normativa conducente a garantizar el grado óptimo de salud pública" (Martínez, 2004: 354).

En Navarra, el segundo envite de cólera se concentrará en 1855, aunque hubo algún caso en 1854 (Martínez, 2004). Así sucedió en Beire y Pitillas. Probablemente también fue de esta forma en Murillo el Cuende, pero hay un importante repunte de fallecimientos en 1853, sobre todo de párvulos (78,5% del total de defunciones). Si el primer caso aparece en Navarra en febrero de 1855 (Martínez, 1996: 91) y el cólera cursa, básicamente, entre adultos, es posible que dicho aumento de defunciones se deba a un brote de sarampión u otra enfermedad más propia de la población menor de 10 años. Por tanto, parece razonable descartar algún caso de cólera en 1853.

En esta ocasión se dispone de información de otras localidades que apuntan al diferente impacto del cólera. Localidades en torno al río Aragón, como Santacara, Traibuenas o Caparroso, no registraron ningún caso (Martínez, 1996), en tanto que Tafalla, de la cuenca del Cidacos, sufrió un fuerte envite que debió trasladarse hacia distintas localidades de su partido judicial, entre las que se encuentran los municipios objeto de estudio. Martínez (2004: 375) estima que fallecieron por cólera en esta localidad "unas 800 personas, es decir, más de un 16% de la población". La huella que dejó fue importante, como describe Beltrán (1920: 288):

"El azote del cólera castigó terriblemente a esta ciudad" (...) "La población tenía el

22 APP. Libro de Matrícula 3: 1877-1897, p. 523.

23 APB. Documentos, caja 2.

aspecto de un cementerio; nadie transitaba por las calles; familias enteras abandonaron sus hogares llenos de espanto". (...) "Por la noche el elemento joven salta a las afueras con guitarras y acordeones, y tocaba y cantaba con el fin de disminuir el pánico que se había apoderado del vecindario".

A pesar de haber tomado medidas y de haber habilitado camas en el hospital, a finales de junio de 1855 se diagnostican los primeros casos en Tafalla, extendiéndose y llegando el 9 de julio a Beire, el 12 a Mélida (Garde, 2012) y el 14 del mismo mes a Pitillas²⁴. La irrupción de la epidemia era esperada, pero no parece que se pudiera evitar. Lo que se consiguió es reducir su tiempo de impacto. Beire habilitó camas en el Hospital local, habiendo fallecido en él 6 varones de 35 a 60 años. El 27 de julio fallecía su último caso, es decir, la epidemia duró 18 días.

En Pitillas, el último deceso por cólera es del 15 de agosto, por tanto, su impacto duró un mes, algo menos que en Mélida (Garde, 2012). En este caso no hay constancia de la apertura del hospital para los casos infectados, aunque se disponía de uno no siempre en uso.

Los libros parroquiales de defunciones recogen la cifra de 35 casos de cólera en Pitillas y otros 35 en Beire. Estos decesos representaron el 71,4% y el 83%, respectivamente, del total de defunciones, con un reparto muy equilibrado entre hombres y mujeres. Como se constata, esta segunda oleada epidémica fue más crítica en cuanto al número de casos. Estas muertes representaron el 7,7% de la población de Beire y el 5,8% en Pitillas. Estas cifras superan el 5% calculado como media en Navarra (Martínez, 2004) y el 2,8% de Mélida (Garde, 2012: 114), pero están muy lejos de las registradas en la citada Tafalla y en la cercana Ujué (12,7%).

Su impacto se dejará notar en unas TBM que ascendieron a un 82‰ en Pitillas y el 93,3‰ en Beire. Murillo el Cuende también vio incrementada esa tasa, pero solo hasta el 42,2‰, muy por debajo de las anteriores. Hemos de pensar que hacia el sur de Murillo el Cuende se encuentran localidades sin casos como Traibuenas o Caparroso, por lo que ese menor impacto sería previsible. Por tanto, esta segunda oleada epidémica tuvo menor impacto que la primera en cuanto a las tasas alcanzadas.

La mayor incidencia del cólera en este momento no es achacable a la ausencia de facultativos. En la primera mitad del siglo las actas municipales de Pitillas y Beire mencionaban los procedimientos de elección de médico, boticario y cirujano, así como sus funciones. Pero en 1854, las actas municipales recogen la defensa de la presencia de un Médico y Cirujano "de segunda clase" para atender a Pitillas, Beire, Murillo el Cuende y Traibuenas, aunque se acepte depender de Olite para el boticario²⁵. Esta inquietud por las limitaciones de la atención facultativa, clave en epidemias de viruela y enfermedades infectocontagiosas, visibiliza las dificultades económicas de la Diputación y de los municipios.

24 No se dispone de datos de Murillo el Cuende.

25 AMP. Libro de Acuerdos, 1841-1857, nº 78.

A ello no cabe duda que hay que añadir, como agente difusor, al ejército (González de Sámano, 1858, p. 256). No hay constancia de su presencia en las localidades, pero en otros trabajos se han recogido referencias a movimientos de tropas en estas fechas (Martínez, 2004).

4.3. El último brote de cólera: 1885

Según el doctor Hauser (1887: VI), el cólera de 1885 "ha encontrado en España un campo más ancho que en ningún otro país". Reconoce que no encontró información sobre la incidencia de la oleada epidémica de 1865 ni sobre las medidas adoptadas, que se centraron básicamente en "el aseo superficial de las casas, fumigaciones y hogueras en las calles, en auxiliar á los pobres y socorrer a los enfermos" por lo que asume que no hubo especial interés por conocer lo sucedido (Hauser, 1887: 1-2). Sin embargo, la información de cuanto acontece sobre el cólera en otros países europeos y sobre los medios profilácticos para reducir la mortalidad en general, se irá haciendo cada vez más prolija desde los años ochenta. Es así como, en esta ocasión, se va a disponer de mucha más información sobre la epidemia, incluso en pequeños municipios.

La epidemia de 1885 afectó durante cuatro meses a Navarra. Discurrió, sobre todo, en torno a los ríos Ebro y Arga (de sur a norte). Este último atraviesa la Zona Media, apareciendo los primeros casos en julio en Miranda de Arga y Peralta, desde donde se desplazó a Funes, Milagro y Falces. Hacia el norte siguió el río Ega, sin olvidar las localidades próximas al Cidacos (Sarrasqueta, 2010: 118).

Según los datos estadísticos del "Congreso médico-regional de Navarra" (Tafalla) de 1886, el total de casos diagnosticados de cólera en Navarra fue de 12.897 personas, lo que representa un 4,24%. De ellas, el 46,9% se declaró en el partido judicial de Tudela, siendo "2.481 hombres y 3.567 mujeres" (León, 2009: 154). En orden le seguían el partido judicial de Estella (21,9 % del total de afectados), Tafalla (19,9%), Aoiz (6%) y Pamplona 673 (5,2%) (León, 2009). La proximidad de la mitad sur de Navarra a Zaragoza, uno de los focos más importantes de la epidemia, explican estos resultados. No es casual, por tanto, que se afirme por el Consistorio de Pitillas el 2 de julio de 1885:

"Que en atención á las circunstancias tan apremiantes como las actuales respecto a la epidemia colérica que invade varias provincias de España y teniendo en cuenta" la proximidad al río Aragón, "se hacía preciso tomar acuerdos con objeto de evitar en lo posible el que la tal enfermedad epidémica no nos invada y en el caso de tenerla que sufrir, el procurar por medio de medidas de prevención sanitarias, el que no causen tantas víctimas"²⁶.

Esta actitud preventiva parece ser una tónica general desde los años 80. Por ejemplo, en el Acta municipal de Pitillas de julio de 1884 se acuerda tomar medidas sanitarias ante la información de casos de cólera en Francia²⁷. El párroco de Pitillas, siguiendo la experiencia de la epidemia de 1855 en Tafalla: "en mayo de 1885, con motivo de la alar-

26 AMP. Actas del Ayuntamiento y la Veintena, 1878-1889, nº 16, p. 287.

27 AMP. Secc. Ayuntamiento, caja 17, leg. 1884.

ma que producía en todas partes las innumerables víctimas que hacía el cólera morbo asiático decidí ensanchar el campo santo"²⁸. Medidas que van a ser bastante coincidentes con las adoptadas en Beire, a finales de junio de 1885, un mes antes del primer caso en Navarra, por su Junta de Sanidad "á fin de evitar que nos invada la epidemia que nos amenaza"²⁹:

1. "Pueden traerse desinfectantes y demás medicinas necesarias para que haya en el pueblo una especie de botiquin á fin de atender á los casos urgentes".
2. "Que en el caso de que se presentase algún transeúnte invadido se destina como hospital el pajar de la viuda de Baltasar Jusué".
3. "Para cuidar y asistir á los enfermos, se busquen dos mujeres y si fuese necesario algún hombre".
4. "Que se den voces para que hagan proposiciones los vecinos que quieran comprometerse á llevar los cadáveres al campo santo".
5. "Se prohíbe terminantemente, si ocurriese algún fallecimiento, arrojar las ropas y los mullidos de los colchones y gergones en que hubiese estado el enfermo en los limites del pueblo, sino que deberán quemarse á distancia conveniente".
6. "Para la mejor conservación de las aguas del rio y á fin de evitar que las yerbas que en ellas existen despidan olores, se corten y saquen".
7. "Se prohíbe terminantemente el lavar y abrevar caballerías ni meterlas" al río.
8. El aguacil tendrá un jornal por "dar vueltas por el pueblo para que se observe toda la vigilancia posible con respecto á la limpieza de las casas y calles".

La Junta de Sanidad de Pitillas, por su parte, aprobó el 2 de julio un total de once medidas, en muchos casos coincidentes con las expuestas en Beire, que implicaban trabajar sobre los puntos críticos a través de la limpieza y desinfección de espacios (casas, cuerdas y otros edificios), ropas y enseres de personas que pudieran estar afectadas y de puntos donde se acumulara agua (calles y barriles de las casas) y estiércol. Al disponer de estación de tren, también realizaron "la fumigación de los viajeros de puntos infectados que intenten penetrar en esta Villa, así como sus equipages, y las que se sospechen vienen infectados, y no traigan certificación sanitaria del punto de su procedencia". A ello sumaron una vigilancia intensiva con implicación vecinal: "Que todo vecino pueda denunciar, así como los guardas (...) toda falta que notaran en la limpieza y buenas disposiciones de este acuerdo"³⁰.

A pesar de esta actitud, el 54% de sus municipios del partido judicial de Tafalla se vio afectado por esta epidemia (Orta, 1986: 82). Según las estadísticas recogidas por

28 APP. Libro de Matrícula 3: 1877-1897, p. 265.

29 AMB. Libro de Actas municipales, 1885-1899, nº 20, pp. 19-21.

30 AMP. Actas Municipales, 1887-1889, nº 16, p. 286-287.

Hauser, no se registró ningún fallecimiento en Beire (como en la vecina Olite), menos de 4 en Murillo el Cuende (Hauser, 1887: 60) y 5 defunciones en Pitillas (Hauser, 1887: 31), suponiendo en esta localidad el 5,75% de su población, cifra por debajo de la media navarra (10,7% habitantes). Según las actas de defunción municipal de Pitillas, el curso de la epidemia se extendió únicamente en agosto y septiembre, causando la muerte a tres mujeres y dos hombres. En cuanto a las TBM en los tres municipios no alcanzaron en 1885 el 30%, cuando la media de la década estaba en el 43,4% en Murillo el Cuende, el 38,2% en Pitillas y el 28,9% en Beire. Años más duros fueron 1886 y 1889 en el primer caso, 1882 en Beire, y 1882 y 1886 en Pitillas. Por tanto, esta última epidemia tuvo menor incidencia que las anteriores en el crecimiento natural de la población.

Se aplicaron algunas novedades respecto a las anteriores epidemias como el control de las entradas y salidas de la población y mercancías a través del tren, pero, sobre todo, se insistió en el cumplimiento de la aplicación de las medidas preventivas desde el mes de junio. Siendo esa la tónica general, el Consistorio de Pitillas reconoce que no todo el vecindario siguió las normas aprobadas "por lo que han sido multados", que se han revisado casas que tenían barriles de agua, algunos "corrompida" y se ha tirado verdura al río porque venían "de lugares infectados", por lo que se procede a la desinfección de todo el pueblo³¹. El resultado de este esfuerzo por ampliar y cumplir las medidas de contención fue el limitado impacto de la epidemia de cólera en 1885.

Para el doctor Hauser "todas las medidas preventivas, como cordones sanitarios, lazaretos, aislamientos, quema de ropa, etc., encaminadas á limitar las relaciones sociales", no habían evitado o mitigado la propagación de la enfermedad. Para él, la intensidad y extensión de la epidemia estaban más asociadas a las "condiciones inherentes á la localidad" (Hauser, 1887: VII). El hecho de que las tres localidades objeto de estudio no aplicaran las mismas medidas en sentido estricto, confirma la visión de Hauser. De igual forma, otras medidas siguieron las propuestas de intervención hechas por la Sociedad Española de Higiene (1883) y algunos doctores, como Sánchez de Castro (1884: 103) en 1884: las personas, sus enseres, "el suelo y el subsuelo (...) "pueden ser agentes de propagación, las aguas potables" (...) "los animales, mercancía y objetos procedentes de puntos infectados".

Hay que reconocer, por último, lo positivo de todas las acciones preventivas y de promoción de la salubridad e higiene pública y privada. Sin embargo, el menor número de casos de cólera o su desaparición en esta última epidemia hay que reconocer que coincide con un momento de paz y de reactivación económica en Navarra.

CONCLUSIONES

En el presente artículo se ha puesto de manifiesto que las investigaciones sobre el

31 AMP. Actas del Ayuntamiento, 1878-1889, nº 16, p. 291.

impacto del cólera morbo en municipios con menos de 1000 habitantes que cuentan, además, con nexos organizativos y geográficos, aportan información relevante para entender los factores diferenciales que afectan a la intensidad de una epidemia en esas localidades. Asimismo, muestran el grado de implementación de las medidas profilácticas de salud pública, propuestas por las diferentes administraciones públicas (local y provincial).

En cuanto al comportamiento demográfico de la población de las tres localidades, se observa que estuvo marcado por continuas epidemias (viruela, sarampión, cólera, etc.), problemas de subsistencia por malas cosechas, presencia militar, endeudamiento municipal, expansión de la actividad económica industrial y los flujos inmigratorios. Mantuvieron el ciclo demográfico tradicional, pero con crecimiento de sus poblaciones como efecto de una inmigración creciente. Solo Pitillas parece experimentar el tránsito a un ciclo demográfico moderno (reducción de la mortalidad) en las últimas décadas del siglo.

Las tres epidemias de cólera que se sufrieron dejaron una huella desigual según los municipios. Su impacto demográfico no siempre superó a otras enfermedades epidémicas como el sarampión, salvo la primera. Sin embargo, sus repercusiones sociales y sanitarias fueron visibles.

Es quizá por todo ello que la Sociedad Española de Higiene (1883: 16) reconoce que, aunque se tienen las mismas certezas con el cólera que con otras enfermedades infectocontagiosas, "no es tan fatalmente mortífera como en la imaginación de la generalidad lo pinta el miedo". Es más, frente al comportamiento de otras epidemias, el cólera dibujó una tendencia descendente de las TBM de Pitillas, Murillo el Cuende y Beire a lo largo del siglo. No fue así en el número de fallecidos, ya que los máximos se registraron en la oleada de 1855. Así, en Pitillas se pasó de 35 fallecimientos en 1855 a solo 5 en 1885 y en Beire de 35 defunciones a ninguna.

En suma, las tres epidemias de cólera atacaron, fundamentalmente, cuando su presencia fue inesperada (1834), cuando no se aplicaron todas las medidas de contención, aunque fueran las tradicionales en otras epidemias (1855) y cuando el empobrecimiento de la población, de las administraciones públicas y de las parroquias fue más intenso (1834 y 1855). Queda puesto de manifiesto que, en localidades con escasa población, periféricas de los circuitos económicos, los centros de decisión política y los frentes militares, también su población se ve afectada, directamente y casi al unísono, por los avatares de un contexto político inestable. A medio y largo plazo las diferentes guerras (Independencia y carlistas) incidieron, como en Pitillas y Beire, sobre las posibilidades de supervivencia de la población civil y la capacidad de los municipios para aplicar medidas contra los factores de riesgo de pobreza, morbilidad y mortalidad.

AGRADECIMIENTOS

Estudios históricos como este no son posibles sin la colaboración entusiasta de personas como el párroco de las tres localidades objeto de estudio: Ignacio Urdangarín Ayúcar, y sin la accesibilidad a archivos históricos municipales como los de Pitillas y Beire. Agradecemos su aportación a todas las personas implicadas.

APORTACIONES DE CADA AUTORA

Sagrario Anaut-Bravo: conceptualización, metodología, análisis de datos, supervisión y redacción definitiva.

Cristina Barace-Jiménez: Conceptualización, búsqueda bibliográfica, redacción de primera versión.

CÓDIGO ORCID

Sagrario Anaut-Bravo: 0000-0001-9418-3052; Scopus ID=14423997200

Cristina Barace-Jiménez: 0000 0003 2869 0755

CONFLICTO DE INTERESES

No tienen.

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS UTILIZADOS

Dirigir la solicitud a: sanaut@unavarra.es

BIBLIOGRAFÍA

ANAUT BRAVO, Sagrario (1995): "Siguiendo las huellas del último brote de cólera en Pamplona (1885)", *Estudios de Ciencias Sociales*, 8, pp. 135-171.

- ____ (1997): "La demografía histórica en Navarra. Apuntes sobre el estado actual de la disciplina", *Estudios de Ciencias Sociales*, 10, pp. 37-58.
- ____ (1998): *Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona (1880-1935)*, Pamplona, Universidad Pública de Navarra.
- ____ (2001): *Luces y sombras de una ciudad. Los límites del reformismo social y del higienismo en Pamplona*, Pamplona: Ayuntamiento de Pamplona y Universidad Pública de Navarra, Col. Historia 7.
- BENDITO GONZÁLEZ, Carlos (2013): "La peste azul: epidemias en Palencia durante el siglo XIX", *Publicaciones de la Institución Tello Telléz de Meneses*, 84, pp. 165-173.
- BELTRÁN, José (1920): *Historia completa y documentada de M. N. y M. L. ciudad de Tafalla*, Tafalla, Imprenta Máximo Albéniz.
- BOLETÍN DE ESTADÍSTICA SANITARIO-DEMOGRAFICA (1887): *Cólera morbo asiática en 1885*, Apéndice general al tomo VI, Madrid, Imp. Sucesores de Rivadeneyra.
- CAMPO VIDONDO, Juan Manuel y GASTÓN AGUAS, J. M. (1993): *El cólera en Navarra. Peralta, un ejemplo*, Tafalla, Altaffaylla Kultur Taldea.
- DE ARANDIA, Aniceto M^a (1885): *El cólera. Nociones generales para conocerlo en sus diferentes períodos*, Vitoria, Imprenta y librería católica de E. Sarasqueta.
- DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD (1886): *Resumen general de las invasiones y defunciones de colera ocurridas en España durante el año de 1885*, Madrid, Imprenta Nacional.
- DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD (1887): *Boletín de estadística sanitario-demográfica: Cólera morbo asiático en España durante el año de 1885*, Madrid, Ministerio de la Gobernación.
- FEO PARRONDO, Francisco (2005): "La epidemia del cólera en San Fernando de Henares (1865)", *Nimbus: Revista de climatología, meteorología y paisaje*, 15-16, pp. 57-72.
- ____ (2013): "La epidemia de cólera en Garganta de Béjar (1885)", *Investigaciones geográficas*, 59, pp. 137-145.
- GARDE GARDE, Juan Manuel (2012): "Las epidemias de cólera en la Villa de Mélida (Navarra) durante el siglo XIX", *Revista del Centro de Estudios Merindad de Tudela*, 20, pp. 103-125.
- ____ (2017): "Cambios demográficos en la Navarra rural, Mélida (1800-1950)", *Revista de Demografía Histórica*, XXXV, I, pp. 149-191.
- GASTÓN, J. M. (1866): *Instrucción circular sobre el cólera morbo asiático*, Pamplona, Imprenta Viuda de Azpilicueta e hijo.
- GÓMEZ REDONDO, Rosa y FAUS BARTOMEU, Aina (2018): "Estadísticas de causas de muerte. Una revisión de las fuentes", *Revista de Demografía Histórica*, XXXVI, I, pp. 43-69.

- GONZÁLEZ DE SÁMANO, Mariano (1858): *Memoria histórica del cólera morbo en España*, Madrid, Imprenta Manuel Álvarez.
- HAUSER, Philippe (1887): *Estudios epidemiológicos relativos á la Etiología y Profilaxis del cólera basados en numerosas estadísticas, hechos y observaciones recogidos durante la epidemia colérica de 1884-85 en España*, I y II tomos, Madrid, Impresor de Cámara de S.M.
- HOLLINGSWORTH, Thomas Henry (1983): *Demografía histórica. Cómo utilizar las fuentes de la historia para construirla*, México D.F., F.C.E.
- JIMENO AGIUS, José (1886): *El Cólera en España durante el año 1885*, Madrid, Est. Tip. de El Correo.
- LANDA Y ÁLVAREZ DEL CARVALLO, Nicasio (1886): *Memoria sobre la relación que ha existido entre la constitución geológica del terreno y el desarrollo del cólera-morbo en España*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, Documento manuscrito.
- LATORRE ZACARES, Ignacio (2014): "El cólera en Requena una sociedad frente a la enfermedad", *Cuadernos de Geografía*, 95/96, pp. 201-225.
- LENO GONZÁLEZ, Daniel (2012): "Prevención simbólica ante la epidemia de cólera de 1834 en Plasencia (España)", *Etnicex: Revista de Estudios Etnográficos*, 4, pp. 155-164.
- LEÓN SANZ, Pilar (2009): "El Congreso médico-regional de Navarra (1886): un ejemplo del conocimiento científico", *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 32, pp. 149-159.
- MADOZ IBÁÑEZ, Pascual (1854): *Instrucción popular o prevención contra el cólera*, Pamplona, Imprenta de García.
- ____ (1846-1850): *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, XIII tomos, Madrid, Est. Literario-Tipográfico de P. Madoz y L. Sagasti.
- MARTÍNEZ LACABE, Eduardo (1996): "La epidemia de cólera de 1885 en Navarra: demografía y mentalidad", *Gerónimo de Uztariz*, 12, pp. 89-114.
- ____ (2004): *Violencia y muerte en Navarra: guerras, epidemias y escasez de subsistencias en el siglo XIX*, Pamplona, Universidad Pública de Navarra.
- MIKELARENA PEÑA, Fernando (1995): *Demografía y familia en la Navarra tradicional*, Pamplona, Gobierno de Navarra.
- NICOLAU NOS, Roser (2016): "La observación y el análisis de la mortalidad en España antes de 1960", *Revista de Demografía Histórica*, XXXIV, II, pp. 85-128.
- ORTA RUBIO, Esteban (1984): "El Cólera: la epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra", *Revista Príncipe de Viana*, 45, 172, pp. 271-308.
- ____ (1986): "Centenario de una crisis demográfica: el cólera de 1885 en Navarra", *Príncipe de Viana*, Anejo 4, XLVII, pp.79-91.

- PÉREZ ARTUCH, Ángel M^a (2016): "La epidemia del cólera de 1855 en Vidángoz (valle del Roncal)", *Cuadernos de etnología y etnografía de Navarra*, 48, 90, pp. 237-265.
- PÉREZ MARAÑÓN, José M^a (2010): *Olite. Historia, arte y vida*, Pamplona, ONA Editorial.
- SAIZ CALDERÓN, Ángel (1924): *Guía de Navarra para 1924-1925. Anuario 1924*, Pamplona, Tipográfica Navarra.
- SÁNCHEZ BARRICARTE, Jesús Javier (1998): *El descenso de la natalidad en Navarra (1786-1991)*, Pamplona, Departamento de Educación y Cultura del Gobierno de Navarra.
- SÁNCHEZ DE CASTRO, Lesmes (1884): *El cólera y su tratamiento. Cartas a un médico*, León, Imp. Ángel J. González.
- SÁNCHEZ ROMERO, Gregorio (2005): "Las epidemias en Caravaca de la Cruz (Murcia) el cólera morbo asiático de 1855 y 1885", *Mugertana*, 112, pp. 135-147.
- SÁNCHEZ ALVAREZ, José Luis y PERAL PACHECO, Diego Felipe (2009): "La epidemia de cólera de 1885 en Olivenza", *Revista de Estudios Extremeños*, 65, 3, pp. 1289-1319.
- SANZ GIMENO, Alberto (1999): *La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX*, Madrid, Comunidad de Madrid, Documento Técnico de Salud Pública, 57.
- SARRASQUETA SÁENZ, Pilar (2010): La epidemia de cólera de 1885 en Navarra y en Tudela, Tesis doctoral, Pamplona: Universidad de Navarra. Recuperado de: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/18835>.
- _____ (2015): *La epidemia de cólera en 1885 en Tudela*, Tudela, Castel Ruiz.
- SERRANO LARRAYOZ, Fernando (2011): "El "Método curativo del cólera-morbo" de Martín Francisco Viscarret (1809-1855), abad de Olagüe (Navarra)", *Studium: Revista de Humanidades*, 17, pp. 147-162.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE (1883): *Instrucciones relativas á los medios de preservación del cólera epidémico dirigidas á las autoridades y ál público*, Madrid, Imp. Enrique Teodoro.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE (1890): *Conclusiones relativas á la profilaxis y los medios de atenuar los efectos del cólera morbo epidémico*, Madrid, Imp. Enrique Teodoro.
- VIÑES, José Javier (2000): "El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial en la epidemia del cólera de 1854-1855", *Anales Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 1, pp. 85-107.

La epidemia de gripe de 1918 en Antequera (Málaga)

The 1918 influenza pandemic in Antequera (Malaga)

FECHA DE RECEPCIÓN: NOVIEMBRE DE 2020. FECHA DE ACEPTACIÓN: FEBRERO DE 2021

Mercedes Fernández-Paradas^a

Rafael Ravina Ripoll^b

Nuria Rodríguez-Martín^c

Palabras clave

Gripe española
Pandemia
Virus
Sobremortalidad
Crisis sanitaria
Antequera

Resumen

El artículo aborda el impacto de la epidemia de gripe española en el municipio malagueño de Antequera. La enfermedad provocó una sobremortalidad muy elevada en la localidad, entre junio y diciembre de 1918. Los datos recopilados y analizados para la investigación han revelado dos etapas en el desarrollo de la epidemia, la primera entre junio y septiembre, la segunda entre octubre y diciembre, más virulenta. Por tanto, no hubo tercera oleada, a diferencia de lo sucedido en el resto del mundo. Se estudia detalladamente la actuación del Ayuntamiento y de la Junta Municipal de Sanidad. Las conclusiones apuntan a la negligencia de las autoridades quienes, anteponiendo los intereses económicos, optaron por ocultar la información y no tomaron las medidas que hubieran podido servir para aminorar la expansión de los contagios y el impacto de la pandemia.

Keywords

Spanish influenza
Pandemics
Virus
Mortality
Health crisis
Antequera

Abstract

This article addresses the impact of the Spanish influenza epidemic in Antequera (Malaga). The disease caused a very high mortality rate between June and December of 1918. The data collected and analyzed for this paper have revealed two waves in the development of the epidemic, the first between June and September, the second between October and December, which was more virulent. Therefore, there was no third wave, unlike what happened in the rest of the world. The article also examines the actions of the City Council and the Municipal Health Board. The findings reveal the negligence of the authorities, as they decided to put economic interests first and to hide information to the citizens. Accordingly, they did not take the measures that could have served to slow down the spread of the illness and the impact of the pandemic.

a Universidad de Málaga

b Universidad de Cádiz

c Universidad Complutense de Madrid. C.c.: nuriarod@ucm.es



INTRODUCCIÓN

La epidemia de gripe de 1918 y 1919 no ha suscitado por los estudiosos del pasado el interés que merece dada la magnitud de su impacto demográfico, político y social (Porrás Gallo, 2020). Un dato pone de manifiesto su relevancia, provocó más fallecidos que la pérdida de vidas de soldados durante la Gran Guerra. Las estimaciones más recientes señalan que al menos perecieron 50 millones de personas, e incluso que pudieron llegar a 100 millones (Johnson y Mueller, 2002: 105-115). El causante del desastre fue el virus H1N1. Si bien esta epidemia de gripe ha sido la más virulenta, la enfermedad ha estado presente en Europa desde el siglo XV.

A nivel mundial la pandemia se desarrolló en tres oleadas. La primera ola se desarrolló durante la primavera y el verano de 1918, y aunque hubo diferencias según los países, en general se caracterizó por la baja mortalidad -que fue elevada en las ciudades- y por ser limitada su difusión en el territorio. Hubo zonas del mundo en las que no se percibió esta primera oleada porque no se dio o porque no se detectó. La segunda empezó a finales de agosto, se prolongó hasta finales de año, se extendió a prácticamente todo el planeta y fue mucho más agresiva, sumando en torno al 70% del total de las muertes. La tercera ola, también virulenta, aunque no tanto como su predecesora, se desarrolló durante los tres primeros meses de 1919 (Chowell, Erkoreka, Viboud y Echeverri Dávila, 2014; Porrás Gallo, 2020: 45). Es decir, estuvo presente durante un año y luego desapareció. Según Ministry of Health (1920), "las bacterias identificadas en las complicaciones de la gripe variaban muchas veces aun dentro de poblaciones geográficamente cercanas, lo que sugiere que el factor fue el virus". Esto explica que la epidemia fuese devastadora en zonas no afectadas por las operaciones bélicas. Según Porrás Gallo (2008: 266), su rápida expansión también se debió al "corto periodo de incubación de la gripe, su transmisión por vía aérea y la virulencia del virus".

No obstante, la conflagración contribuyó decisivamente a su extensión con gran rapidez, como veremos más adelante, y fue la causante de su llegada a España. El empleo de gases tóxicos ha sido vinculado por algunos autores con la mayor gravedad alcanzada por la gripe entre las personas que fueron dañadas por esas sustancias, e incluso como el origen de la epidemia. Además, el hacinamiento de los soldados en las trincheras en deplorables condiciones favoreció los contagios. Los militares fueron trasladados en trenes y barcos, lo que propició que estos medios de transportes diseminasen la enfermedad. La Gran Guerra también provocó la movilidad de la población civil (Darmon, 2002: 160; Porrás Gallo, 2020: 37-38).

Hay diversas hipótesis planteadas sobre el origen de la pandemia. Una de ellas lo sitúa en Estados Unidos. En febrero de 1918 un médico de Haskell County, del estado de Kansas, detectó un brote de gripe más severo de lo habitual, cuyos casos más graves sufrían los jóvenes. En el mes de marzo, los médicos del campamento militar de Funston, en el mismo estado, anotaron de repente miles de casos de gripe entre los soldados. La epidemia se trasladó entre campamentos hasta llegar a la costa, desde donde los soldados embarcaron hacia Francia. De ahí pasó a los campos de batalla y luego a

los civiles. Esta primera oleada ocasionó complicaciones en las estrategias militares -fallecieron aproximadamente 100.000 soldados por la enfermedad- y en la vida laboral. Otras hipótesis señalan a Francia como el inicio de la pandemia y a trabajadores chinos que habría viajado a Europa y Rusia. Los partidarios del origen francés señalan que en la ciudad de Étaples, cercana a Calais, en los años 1916-1917 y comienzos de 1918 se dieron condiciones idóneas para que se iniciase una pandemia, al coexistir militares en condiciones de hacinamiento, muy debilitados física y mentalmente, que fueron atacados con gas mostaza y que estuvieron en contacto con animales, con personal chino y sanitarios de India y diversos países europeos. En 1917 hubo movimiento de soldados desde Europa a Estados Unidos para organizar el envío de tropas al Viejo Continente. Esto explicaría la mencionada presencia de la gripe en campamentos militares estadounidenses. Respecto de los trabajadores chinos, fue una forma de cooperación de China con Rusia, Francia y Gran Bretaña durante la I Guerra Mundial. Este colectivo viajó a Europa desde 1916 por las rutas del cabo de Buena Esperanza y Canadá, pudo haber llevado la gripe que se dio en territorio chino a finales de 1917 e inicios de 1918 (Oxford, Lambkin, Sefton, Daniels, Elliot, Brown y Gil, 2005; Erkoreka, 2006: 19-20; Henao-Kaffure y Hernández-Álvarez, 2017: 10-15; Porrás Gallo, 2020: 38- 39 y 43-43).

Las autoridades de los países en guerra pensaron que era preciso ocultar lo que estaba sucediendo al enemigo, también a los propios combatientes para que no se extendiese el miedo entre ellos. Como hemos explicado, en la guerra se utilizaron gases venenosos, de saberse la existencia de la epidemia, podría provocar el pánico entre los militares, con los consiguientes motines y desertiones. Por este motivo, no se dieron noticias sobre la pandemia. Por el contrario, en España, un país neutral, el ataque de gripe inusual que sufrió en los meses de mayo y junio fue recogido en la prensa. Es el motivo de que sea conocida, todavía hoy, como gripe española o dama española.

Las investigaciones sobre la pandemia, sin ser aún lo suficientemente numerosas y representativas (Porrás Gallo, 2008: 263), se han enriquecido en los últimos años. Echeverri Dávila (2018) y Porrás Gallo (2020) han realizado una revisión historiográfica sobre los estudios existentes a nivel mundial por áreas geográficas. Sobre la historiografía española dedicada a este asunto destacan las contribuciones de González García (2013) y Porrás Gallo (2008: 263; 2020). Una laguna historiográfica que afecta especialmente a Andalucía, para la que sólo disponemos de estudios, referidos a San Fernando, El Puerto de Santa María, Cádiz, Málaga y Jerez de la Frontera, ciudades portuarias salvo esta última. San Fernando rondaba los 27.000 habitantes. El Puerto de Santa María, que no superaba los 19.000, se incluía en el grupo de las pequeñas ciudades, y las capitales gaditana y malagueña, así como Jerez, formaban parte del grupo de las grandes ciudades; al estallar la epidemia, la primera superaba los 71.000 habitantes, la segunda los 142.0000 y la tercera los 64.000¹.

1 Se trata del estudio de Herrera y Almenara (1994) para San Fernando, los de Herrera Rodríguez (1996a; 1996b; 1997) para El Puerto de Santa María, Cádiz y Jerez de la Frontera respectivamente, y de Carrillo Martos, Castellanos y Ramos Palomo (1985) y de Avilés (2018) para Málaga.

El caso que aquí estudiamos viene a ampliar ese panorama, al detenerse por primera vez para Andalucía, en una localidad, Antequera, que formaba parte del grupo de las ciudades del interior y de tamaño demográfico medio pues contaba con más 31.000 vecinos. Además, como analizaremos más adelante, se trataba de un municipio singular debido a su ubicación en el centro geográfico de la región y a que históricamente -hasta la década de 1960-, también en el periodo que nos ocupa, compartió, a diferencia de la mayoría de las ciudades medias andaluzas, actividades agrarias con industriales y comerciales. Además, la actividad industrial era todavía en esos años diversificada y potente.

El trabajo se estructura en cuatro apartados. El primero es esta introducción, en la que se explican la relevancia del objeto de estudio y la conveniencia de añadir un estudio de un municipio andaluz. El segundo expone los rasgos más importantes de la localidad elegida para comprender mejor el contexto en el que se desarrolló la pandemia. El tercero aborda su impacto demográfico, analiza el número de fallecidos en Antequera en relación a España entre 1916 y 1919, el número de fallecidos por meses en el mismo periodo en el municipio, y en este los fallecidos por edades y sexos en la segunda mitad de 1918. El cuarto analiza la gestión de la crisis demográfica por el Ayuntamiento y su Junta Municipal de Sanidad, así como la respuesta de la ciudadanía a la propuesta de suscripción promovida por el semanario *El Sol de Antequera*, decano de la prensa malagueña. El último apartado ofrece las conclusiones más importantes.

Las fuentes en las que se fundamenta la investigación son de carácter municipal, en concreto las Actas Capitulares, las Actas de la Junta Municipal de Sanidad y algunos documentos que informan sobre el número de fallecidos en 1916-1919. Desafortunadamente no ha sido posible la consulta del Archivo del Registro Civil de Antequera, no se nos ha permitido el acceso a los libros de defunciones, tampoco a los libros parroquiales de defunciones, una fuente que habría resultado de gran utilidad para profundizar en el perfil de los fallecidos. En parte hemos suplido esta carencia con la información proporcionada en el semanario *El Sol de Antequera*, que recoge el nombre y la edad de los fallecidos semanalmente en el municipio, pero no es posible conocer la incidencia de la mortalidad diaria, y no se detalla el motivo del fallecimiento. Además, este semanario ofrece abundante información acerca de las medidas tomadas por la Junta Municipal de Sanidad y el Consistorio para abordar la crisis epidémica, incluidos artículos de opinión sobre cómo la afrontaron, también acerca de la colecta para recaudar fondos dirigidos a ayudar a los más desfavorecidos atacados por la gripe, expresión que entonces se utilizó para referirse a los enfermos por esta dolencia. Sólo hemos podido recurrir a esta publicación, ya que fue la única que se editó entre junio y diciembre de 1918. Su predecesor, *Heraldo de Antequera*, dejó de publicarse en marzo de 1918, sin que recogiese información referida a la gripe. También cabe reseñar la falta de estudios sobre la demografía antequerana para el periodo de la Edad Contemporánea, lo que nos impide conocer datos que hubiesen permitido contextualizar mejor lo sucedido durante la pandemia en relación a otras epidemias y periodos de "normalidad" demográfica, tales como la tasa de mortalidad y la distribución de su población por sexo y edades.

1. EL MUNICIPIO DE ANTEQUERA

Antequera, si bien ha formado parte del grupo de las ciudades medias andaluzas, no siempre ha compartido los rasgos productivos de este tipo de urbes, denominadas agrociudades. Así fue desde el siglo XVI hasta la década de 1960, cuando su economía comenzó a avanzar hacia la terciarización, esto es, el predominio del sector terciario. Su peculiaridad consistió en que convivieron su carácter agrario con actividades comerciales y fabriles, que sacaron provecho a su privilegiada ubicación, en el centro geográfico de Andalucía. También, a su proximidad a ciudades, como Málaga y Sevilla, que han ejercido el papel de grandes redistribuidoras de mercancías desde sus respectivos puertos. Desde 1865 dispuso de ferrocarril que la enlazaba con Málaga y Córdoba, y desde 1874 con Granada. En los periodos en los que el grado de apertura de las economías española y andaluza ha crecido, Antequera ha generado modelos de crecimiento endógenos, fundamentados en una o varias actividades productivas, como sucedió con el textil durante parte del Ochocientos.

A principios del siglo XIX, de las ciudades medias andaluzas que habían tenido una actividad textil anterior a la industrialización, fue la única que logró consolidarse hasta convertirse en uno de los sectores laneros más importantes del país. Durante esa centuria su industria textil atravesó dos etapas diferentes. La primera se extendió hasta en torno a 1875, fue de consolidación y expansión. La segunda hasta finales del siglo, de estancamiento y crisis.

En 1861 Antequera era una ciudad relevante desde el punto de vista industrial, ocupaba el puesto 15 del país. En ese año, aproximadamente 2.000 personas, esto es, el 20% de su población activa, trabajaba en las fábricas textiles. Por entonces, era el municipio más industrializado de la provincia de Málaga y uno de los primeros de Andalucía. Empero, en la década de 1870 empezó a sufrir la recesión económica. Al agotamiento de la demanda se añadió el atraso tecnológico y la competencia de los tejidos del interior y de fuera del país, ya fuesen de lana o de algodón. Asimismo, contribuyó el mayor interés de los empresarios antequeranos por la agricultura, sobre todo el olivar, cuyas factorías, al menos las de algunos de los grandes latifundistas, se modernizaron tecnológicamente.

La causa principal fue la globalización que provocó la incorporación de nuevos territorios a la competencia por los mercados, lo que, a su vez, ocasionó el desplome de los precios de los productos agrarios y de la renta de la tierra (Garrabou, 1985; Jiménez Blanco, 1986). A lo que también contribuyó la mayor articulación del mercado interior, promovida por la extensión de la red de ferrocarril que hizo posible una mayor competencia para el textil antequerano. En 1887 Antequera no estaba incluida en el grupo de las ciudades españolas industrializadas (Gómez Moreno y Parejo, 2009: 16-17).

Los efectos de la crisis se notaron. Entre 1875 y 1900 dejaron de funcionar más del 50% de los telares. A finales de esa centuria el textil intentó modernizarse, mediante la fabricación de mantas y la introducción de mejoras tecnológicas. Desde principios

del Novecientos y hasta 1914 las mantas de Antequera llegaron al Norte de África, América del Sur y Japón. La actividad textil se expandió durante la Gran Guerra (Parejo Barranco, 1987a; 1987b; 1998: 148). El periodo que aquí nos interesa estuvo marcado por la recuperación de la economía antequerana que se dio en los comienzos del siglo XX y se basó en un modelo diferente, fundamentado en la II Revolución Tecnológica y en el desarrollo de otras actividades industriales, como electricidad, metalurgia, aceite e industria azucarera. También en un mayor progreso de la agricultura que incrementó su productividad en base a cultivos o frutos, alguno de los cuales se exportaban, como el aceite del olivar. Progresivamente el sector agroalimentario fue teniendo mayor importancia (Fernández Paradas y García Ariza, 2019: 154). Por tanto, cuando estalló la epidemia de gripe el municipio continuaba siendo dinámico a nivel económico.

Ahora bien, al igual que sucedió en el conjunto del país, Antequera sufrió una gran conflictividad social que se manifestó en huelgas que se prolongaron entre 1918 y 1920. Los trabajadores mostraban su descontento por la falta de productos de primera necesidad y su encarecimiento (Sánchez Alarcón y Martín Martín, 2009: 44), que también afectó a las medicinas durante la pandemia². En la base de esta conflictividad estaban unas profundas diferencias sociales, acentuadas tras la pérdida del derecho de los vecinos a acceder a las tierras municipales que fueron privatizadas como consecuencia de las desamortizaciones en el Ochocientos, vinculado con ello se dio el aumento del subarriendo y la aparcería, lo que a su vez hizo incrementar el número de jornaleros agrícolas (Parejo Barranco, 1987a: 332-333 y 355; Fernández Paradas, 2004). Este último grupo tenía que desplazarse a las fincas, al que se sumaba la llegada de temporeros de fuera de la localidad, lo que contribuyó a la extensión de la gripe. Especialmente estos dos grupos de población, también aquellos que vivían en la ciudad sin ingresos continuados o muy bajos, sufrían desnutrición y enfermedades que les debilitaban. Además, por las mismas razones solían vivir hacinados y sin medidas de higiene, el caldo de cultivo perfecto para la transmisión del virus y las complicaciones que podían facilitar el empeoramiento del enfermo, también su muerte (Echeverri Dávila, 2018: 29). La fuerte actividad comercial en la ciudad, con la consiguiente llegada y salida de mercancía y tránsito de personas, el hecho de que vendiese productos -principalmente textiles a otros lugares de España y fuera del país, actividad que creció durante la Gran Guerra- y que dispusiese de ferrocarril, pudieron resultar condiciones favorables para la recepción de la epidemia de gripe. El hecho de que el municipio tuviese un elevado número de fábricas -solo la de la Sociedad Azucarera Antequerana superaba en determinados meses del año el centenar de empleados-, y 23 iglesias que no se cerraron durante la epidemia, debieron de convertirse en focos de extensión de la enfermedad³. La iglesia antequerana se fortaleció desde el inicio de la Restauración, recuperaron fuerza las órdenes existentes y se asentaron nuevas órdenes, también resurgieron las cofradías, el sentimiento religioso era muy fuerte (Parejo Barranco, 1987a: 350-351; Escalante Jiménez, 2014: 244-245).

2 *El Sol de Antequera*, 20 de octubre de 1918.

3 Por el contrario, en México el gobierno federal ordenó el cierre de iglesias (Márquez Morfín y Molina del Villar, 2010: 39).

2. EL IMPACTO DEMOGRÁFICO

El origen de la pandemia en España estuvo motivado de manera directa e indirecta por la I Guerra Mundial. Llegó desde Francia en los trenes que trasladaron los soldados portugueses que marcharon desde ese país hacia Portugal y los temporeros agrícolas españoles que trabajaron en el territorio galo para reemplazar a mano de obra francesa (Porras Gallo, 2020: 42 y 45). De manera oficial, el estallido de la epidemia tuvo lugar en Madrid, en el mes de mayo, coincidiendo con la celebración de las fiestas patronales de San Isidro, parece ser que este tipo de festividades contribuyeron a la propagación de la enfermedad.

La Tabla 1 refleja el número de fallecidos en Antequera y España entre 1916 y 1919. Si en 1916 perdieron la vida 460 vecinos de Antequera, en 1917 fueron 572, respecto de ese año en 1918 hubo 200 más, un total de 872⁴, en 1919 594. En 1918 hubo un 42,2% más que en 1916 y un 52,4% más de muertes que en 1917⁵. En comparación con 1917, en 1918 Antequera sufrió mayor sobremortalidad que el conjunto del país, en concreto un 3% más, en 1919 fue similar en ambos territorios. La tasa bruta de mortalidad en el municipio antequerano pasó de 14,4‰ en 1916, a 17,9‰ en 1917, se disparó en 1918 hasta 27,3‰⁶ y en 1919 decreció hasta 18,6‰. Es decir, se situó ligeramente por encima del nivel de pre-epidemia. En 1918 perdieron la vida el 2,7% de los antequeranos.

Tabla 1
Número de fallecidos en Antequera y España en números absolutos y relativos (1916-1919). 1917=100

	1916		1917		1918		1919	
	N	Ind	N	Ind	N	Ind	N	Ind
Antequera	460	80,4	572	100	872	152,4	594	103,4
España	441.673	94,9	465.722	100	695.756	149,4	482.752	103,7

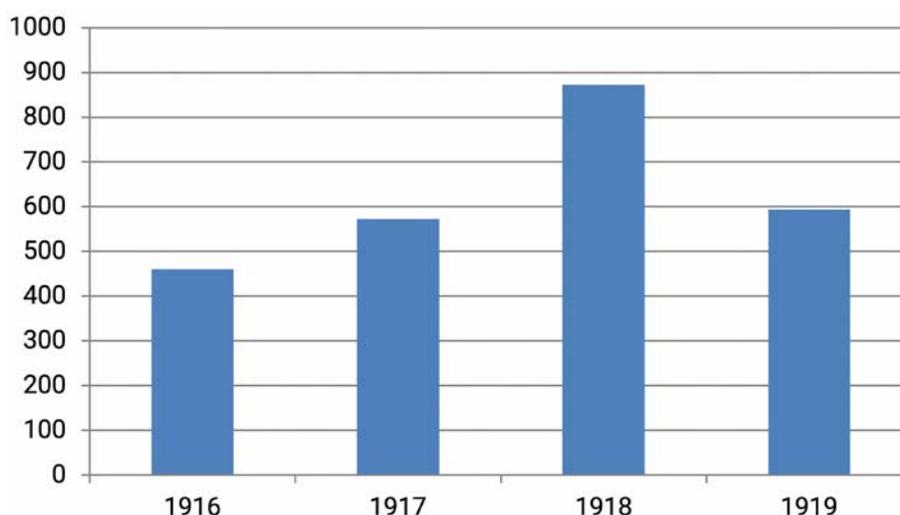
Fuente: Para España: Porras Gallo (2020: 41); Para Antequera, Archivo Histórico Municipal de Antequera (AHMA), Sanidad, Documentos sueltos. Elaboración propia.

4 En España se estima que fallecieron por la epidemia de gripe entre 260.000 y 270.000 personas (Echeverri Dávila, 1993: 118-120). Si bien en Antequera la epidemia de gripe fue virulenta, la de cólera de 1855 lo fue aún más, con 929 fallecidos por esa enfermedad, la de 1885 dejó 166 muertes. Durante el siglo XIX hubo sobremortalidad en 1804, 1835, 1855 y 1885 (Parejo Barranco 1987: 296; Heredia Flores 2011: 129-130).

5 En Madrid, en 1918 hubo un 22,8% más de fallecidos que en 1917 (Porras Gallo, 1994: 170).

6 Maluquer de Motes (2020) ha estimado la tasa bruta de mortalidad de Andalucía en 1918 en 33,7‰. La región se habría situado por encima de la media española de 32,7‰.

Gráfico 1
Número de fallecidos en Antequera (1916-1919)



Fuente: Véase Tabla 1.

Como se aprecia en la Tabla 2, en junio de 1918 la mortalidad se disparó respecto del mismo mes de 1916 y 1917. En relación a 1916, en junio el 53,6%, en julio el 33,3%, en agosto fue el 8,5% inferior, en septiembre el 49,3% más, en octubre el 58% más, en noviembre el 79,2% más y en diciembre el 37% más. En relación a 1917, la mortalidad subió en junio el 71,4%, en julio el 30,4%, en agosto el 23%, en septiembre el 32,7%, en octubre el 72,5%, en noviembre el 261% y en diciembre el 82,7%.

Estas cifras ponen de manifiesto dos etapas. La primera etapa comenzó en junio y se prolongó hasta septiembre. Julio, con 90 muertes, fue el tercer mes con mayor exceso de fallecidos de 1918, en los meses de agosto⁷ y septiembre disminuyó esta cifra considerablemente. La segunda oleada tuvo lugar desde octubre a diciembre de 1918, en octubre de nuevo crecieron los óbitos. Lo peor estaba por llegar, en noviembre, en comparación con el mismo mes de 1916 el exceso fue del 79,2% y con el de 1917 fue del 261%, dato que bajó considerablemente en diciembre, pese a ello fue el 47,2% mayor que en el mismo mes de 1916 y se acercó al 83% más que en el mismo mes de 1917. De pronto la epidemia desapareció, solo en dos meses de 1919, en enero y abril hubo un número ligeramente superior de fallecidos que en los mismos meses del año anterior, en los demás fue bastante menor, y en relación a 1917, en el conjunto del año sólo un 3,4% más de muertes⁸. Por el contrario, en Andalucía la provincia de Málaga fue la más afectada por la tercera oleada (Betrán Moya, 2009: 64).

⁷ La feria de agosto se celebró en Antequera.

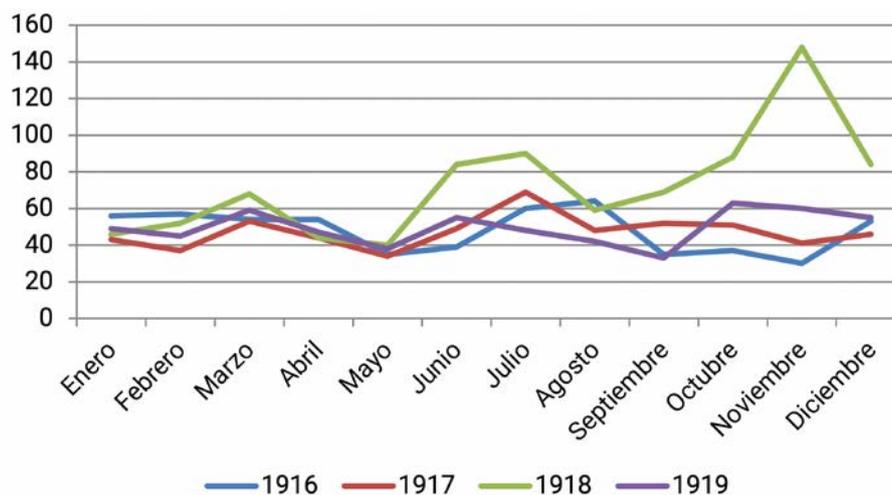
⁸ En el País Vasco tampoco hubo una tercera oleada (Erkoreka, 2006: 59).

Tabla 2
Número de fallecidos en Antequera por meses (1916-1919)

Años/Meses	1916	1917	1918	1919
Enero	56	43	46	49
Febrero	57	37	52	45
Marzo	54	53	68	59
Abril	54	44	44	47
Mayo	35	34	40	38
Junio	39	49	84	55
Julio	60	69	90	48
Agosto	64	48	59	42
Septiembre	35	52	69	33
Octubre	37	51	88	63
Noviembre	30	41	148	60
Diciembre	53	46	84	55
Total	460	572	872	594

Fuente: Archivo Histórico Municipal de Antequera, Fondo Municipal, Sanidad, Documentos Suelos. Elaboración propia.

Gráfico 2
Número de fallecidos por meses en Antequera (1916-1919)



Fuente: Véase Tabla 2.

La pandemia de gripe afectó en mayor medida a los jóvenes, en especial a los de entre 20 y 40 años (Porrás Gallo, 1996: 84, 2020: 23 y 50; Márquez Morfín, 2010: 129; Sánchez Fernández, Arcos González, Neri Vela y Hernández Martín, 2019: 83). Respecto del sexo, se considera que de manera global atacó más a los hombres que a las mujeres, sin embargo, "en España hubo un mayor número de fallecidas entre 1 y 24 años"

(Porras Gallo, 2020: 51), que se basa en los datos ofrecidos por Echeverri Dávila (1993). Para Antequera disponemos de la información ofrecida por *El Sol de Antequera* de los fallecidos por sexo y edad desde el 22 de junio al 31 de diciembre 1918. El periódico no informa acerca de las causas de la muerte, es decir, no es posible estimar cuántas de ellas fueron por gripe o por complicaciones provocadas por esta enfermedad. Por tanto, los datos no son comparables con aquellos estudios que aportan los fallecidos por gripe o a consecuencia de ella. De todas maneras, hemos considerado interesante analizar cómo afectó la mortalidad por sexo y edades durante crisis epidémica, ya que podría darnos algunas pistas sobre cómo afectó a los fallecidos por gripe.

Conviene señalar que la inmensa mayoría de los fallecidos fueron hombres, el 69,4%, las mujeres sumaron el 30,6%. Esto podría indicar que en el municipio antequerano la pandemia afectó en mayor medida a los varones. Porcentualmente hubo más fallecidos hombres en los siguientes grupos de edad: menores de 1 año, 1-4, 15-19, 35-49 y 60 y más años. Para las féminas, los tramos de edad en los que fallecieron más que los hombres fueron: 5-14, 25-34 y 50-59 años. Sumaron mayor número de muertes los de menor y mayor edad, las personas de menos de 1 año sumaron el 18,7% de los óbitos, los de 1 a 4 años el 18,6%⁹ y los de 60 y más años el 28%. El resto de grupos de edad reunió entre el 1,7 y el 4,7% de los fallecidos. De ellos, sumaron mayor número los de 20-24 años -el 4,5%-, 25-30 -5,2%- y 30-34 -4,7%-. Estos tres grupos sumaron el 14,4% del total de los fallecimientos, lo que estaría en consonancia con la mayor mortalidad que las investigaciones, en general, han detectado para la población joven, en torno a 20-40 años, que murió por gripe o debido a las complicaciones que ocasionó en los enfermos.

Tabla 3
Fallecidos por edades y sexo en Antequera (%), 22 de junio a 31 de diciembre de 1918

Edades	Hombres (%)	Mujeres (%)	% respecto del total de fallecidos
<1	64,1	35,4	18,7
1-4	69,0	31,0	18,6
5-9	43,5	56,5	3,3
10-14	35,7	64,3	2
15-19	68,4	31,6	2,7
20-24	74,2	25,8	4,5
25-30	41,7	58,3	5,2
30-34	48,5	51,5	4,7
35-39	61,5	38,5	1,9
40-44	65,2	34,8	3,3
45-49	83,3	16,7	1,7
50-54	45,0	55,0	2,9
55-59	41,2	58,8	2,5
60 y más	68,6	31,4	28
Total	69,4	30,6	100

Fuente: *El Sol de Antequera*. Elaboración propia.

9 En 1918, en el Puerto de Santa María la mortalidad también afectó especialmente a los de menor edad, el 34% correspondió a los menores de 10 años (Herrera Rodríguez, 1996: 35).

3. LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA

Hemos constatado anteriormente que se dispararon los fallecidos desde el mes de junio de 1918, de lo que tenía constancia el Ayuntamiento y se informó en *El Sol de Antequera* desde el 30 de junio de ese año, cuando se publicó su primer número, es decir, trascendió a la opinión pública la súbita elevación de muertes. Pese a ello, el asunto no se trató en las sesiones de la Corporación Municipal. El semanario tampoco informó sobre la epidemia de gripe que había comenzado con fuerza en el mes de mayo en Madrid, y no vinculó el alza de la mortalidad a enfermedad alguna. Es interesante mencionar que en el mismo medio se dijo en una noticia publicada el 20 de octubre de ese año que la epidemia "nos visitó en vísperas de la feria de mayo". Este evento era una feria de ganado y de venta de maquinaria agrícola que se celebraba el último fin de semana de ese mes y principios de junio, también se afirmó que había desaparecido como consecuencia de la subida de temperaturas, lo que hemos demostrado no es cierto.

En definitiva, la Junta Municipal de Sanidad era conocedora de qué algo inusual estaba ocurriendo. Sin embargo, no se reunió desde el 26 de abril al 25 de septiembre de 1918, lo que muestra una desidia total y/o que se impusieron otros intereses, tal vez los económicos de los propietarios de las fábricas y de los grandes latifundios. La reunión fue presidida por el alcalde Manuel García Berdoy¹⁰, y participaron en la misma: José Aguilar Castro, subdelegado de medicina; José Franquelo Facia, subdelegado de Farmacia; Manuel Álvarez Pérez, subdelegado de veterinaria; Antonio Sánchez Puente, Decano del Colegio de Abogados; y los médicos, José Acedo González y Rafael Rosales Salguero¹¹.

Al estallar la crisis, el marco normativo general de referencia para el tema que nos ocupa era la Ley Sanitaria de 1855 (Feria Lorenzo, 2012), en especial la Instrucción General de Salud Pública de 1904 (Ministerio de la Gobernación, 1904) que en su capítulo II estableció la composición y las funciones de las juntas municipales de sanidad, los organismos encargados de garantizar la higiene y la salud en un municipio. Para las localidades que superaban los 25.000 habitantes como Antequera¹², tendrían la misma composición y las atribuciones que las juntas provinciales, salvo que las presidiría el alcalde y habría que reemplazar a los vocales natos que desempeñasen el cargo en la junta provincial por los de las mismas profesiones que sirviesen en las corporaciones municipales, donde los hubiese. Al inspector municipal correspondería el cargo de secretario, si hubiese más de uno recaería en el de mayor antigüedad. Las juntas provinciales también lo eran de la capital y estaban conformadas por: el presidente que era

10 Pertenecía a las filas conservadoras, su hermano José García Berdoy, también fue alcalde de Antequera. (Heredia Flores 2011: 140). Tras la muerte en 1906 de Francisco Romero Robledo se desató una lucha en el municipio por el poder político, que se saldó en 1907 con la derrota de su sobrino el liberal Javier Bores Romero, la victoria fue para los conservadores Luna y García Berdoy (Campos Rodríguez, 2011: 20-2020).

11 En las siguientes reuniones, hasta finales de 1918, además de los mencionados, también participaron en algunas de las sesiones: Idefonso Madebara, farmacéutico, y los médicos Juan de la Fuente Rodríguez y Francisco Javier Miranda.

12 Para este estudio hemos considerado que Antequera tenía 31.946 habitantes, resultante de la media de los de 1910 (32.366) y 1920 (31.526), datos ofrecidos por Parejo Barranco (1987a: 295).

el gobernador civil de la provincia; el vicepresidente elegido por la junta; una comisión permanente formada por cinco vocales de la junta, que debían ser el vicepresidente, el secretario, el inspector de sanidad de la provincia, un abogado, y dos vocales, elegidos estos últimos por la junta provincial. Los vocales natos eran el presidente de la diputación provincial, el alcalde de la capital de provincia y el médico de sanidad militar de mayor graduación o de mayor antigüedad entre iguales grados, con la salvedad de Madrid en la que recaería este cargo en el siguiente de mayor categoría ya que el primero formaba parte del Real Consejo, el subdelegado de medicina, el subdelegado de farmacia, el subdelegado de veterinaria -cargos que corresponderían a los de mayor antigüedad-, el secretario de la Junta Provincial de Beneficencia, el director de sanidad marítima donde lo hubiese, el arquitecto provincial, el delegado de hacienda, el presidente de la Cámara de Comercio, la autoridad local de marina en los puertos, el jefe del laboratorio municipal y el Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina donde lo hubiese. Como hemos explicado, la Junta Municipal de Sanidad de Antequera quedó conformada por un número más reducido de miembros, en concreto, por el presidente, los mencionados subdelegados en representación de las profesiones de medicina, farmacia y veterinaria, un abogado y médicos.

Dicha Instrucción también contemplaba que cada municipio tuviese al menos un inspector de sanidad, responsabilidad que recaería en el subdelegado de medicina. Entre sus funciones aquí nos interesa la "extirpación de los focos infecciosos". Asimismo, cabe mencionar la obligación por parte de las juntas municipales que gestionasen municipios de más de 15.000 vecinos, del "sostenimiento de un laboratorio municipal de análisis y desinfección", sin que fuese obligatorio un instituto de vacunación. Las ordenanzas municipales de Antequera, aprobadas en 1909, obligaban al Ayuntamiento a disponer de un "laboratorio microquímico municipal" encargado de examinar la "pureza, estado y condiciones de alimentos y bebidas", en las mismas no se hace referencia a que debía estar preparado para desinfectar (Ayuntamiento de Antequera, 1909)¹³. También es destacable que en la Instrucción, entre las funciones de la denominada "Higiene Municipal", se incluían las medidas a tomar para prevenir enfermedades epidémicas, contagiosas o infecciosas, así como desinfecciones y aislamientos. Asimismo, se establecía cómo debía actuar el inspector municipal cuando se denunciase un caso de enfermedad infecciosa: informarse in situ de la gravedad del caso con relación al riesgo de contagio y de las medidas adoptadas por el médico, la familia o las personas que cuidasen del enfermo, y registrarlo para elaborar una estadística que debía enviar al inspector provincial de sanidad. Si las medidas de desinfección aplicadas no fuesen suficientes, el mismo se encargaría de llevarlas a cabo. Entre las enfermedades infecciosas se incluía la gripe. En ese sentido, era obligatorio que los médicos, los cabezas de familia, los jefes de establecimientos, fábricas y talleres, y los propietarios o gerentes de hospederías y fondas informasen al inspector municipal de las enfermedades infecciosas de que tuviese constancia en sus respectivos ámbitos, obligación que

13 Esto se contradice con que las mismas ordenanzas establecían que correspondía al Consistorio, para evitar enfermedades epidémicas, aislar a los enfermos, desinfectar y contar con los medios para la defensa frente a ellas.

fue incluida en las ordenanzas municipales. Esto significa que el inspector municipal tendría que recibir la información referida a los casos infecciosos que hubiese y elaborar una estadística que, hemos comentado anteriormente, debía remitir al inspector provincial de sanidad.

Todo indica que el desencadenante de la sesión de la Junta Municipal del 25 de septiembre fue la celebración de una "magna asamblea" en el salón de actos del Círculo Mercantil¹⁴ en la noche del día 20 de septiembre para abordar la aparición de la gripe en la ciudad, de la que se hizo eco *El Sol de Antequera* el 22 de septiembre¹⁵, también de que había en el Hospital de San Juan de Dios¹⁶, 69 soldados afectados, "todos leves por fortuna". Asimismo, el semanario ofreció por primera vez cifras del número de enfermos de gripe en varias ciudades españolas y señaló como causante al tránsito de obreros portugueses que regresaban desde Francia a su país en trenes, en concreto, aludió a que en la estación de Burgos se había visto "cruzar un tren, con 41 enfermos y hasta alguno que otro cadáver".

En la sesión de la Junta Municipal de Sanidad del día 25 se comentó que había infección entre los soldados que estaban en el cuartel de la ciudad, denominado de infantería -situado en la denominada carretera de Mollina, es decir, en las afueras de la ciudad (Escalante Jiménez, 2014: 331-334)¹⁷. No se identificó la enfermedad, de la que se dijo era de "carácter sospechoso", lo que llama la atención ya que en la mencionada reunión en el Círculo Mercantil se identificó a la gripe como la dolencia que afectaba a la soldadesca. En la misma reunión se afirmó que esa enfermedad "desconocida" había provocado defunciones, sin concretar datos. Todo parece indicar que este organismo estaba intentado dar a entender que fue entonces cuando había tenido constancia de que algo fuera de lo habitual estaba sucediendo, lo que las cifras publicadas en el semanario contradecían, también el hecho de que el inspector municipal debía registrar los casos infecciosos, por tanto, tenía conocimiento de la epidemia.

La Junta Municipal acordó por unanimidad las siguientes medidas: 1^a- El cierre de escuelas¹⁸; 2^a- Prohibir que hubiese ganado de cerda en la ciudad¹⁹; 3^a- Que los es-

14 El Círculo Mercantil fue fundado por comerciantes en 1879 (Parejo Barranco, 1987a: 407).

15 En Madrid la prensa silenció la segunda oleada, según Porrás Gallo (2020: 188-189), posiblemente para no angustiar a la población o porque se ocultaron datos por el Ayuntamiento para no dañar a los intereses locales. En Antequera sucedió lo mismo hasta que tuvo lugar la mencionada "magna asamblea".

16 Este hospital, situado en la Avenida Infante Don Fernando, la principal de la ciudad, pasó a estar en manos del Consistorio tras la desamortización (Heredia Flores, 2011: 156).

17 En España los cuarteles fueron focos de gripe. El periódico *El Sol*, de Madrid, en su edición del 20 de mayo de 1918 fue el primero en dar la noticia de que una enfermedad no diagnosticada se estaba dando en cuarteles de la capital (Porrás Gallo, 1994: 173). En Cádiz, la enfermedad empezó en la guarnición militar (Herrera Rodríguez, 1996: 458).

18 En *El Sol de Antequera* del 10 de noviembre de 1918 se dijo que la clausura de las escuelas públicas también estaba impidiendo las clases nocturnas para adultos ya que estas tenían lugar en dichos centros. Fue una medida que se tomó en otros países. Por ejemplo, en El Salvador (Benítez, 2017: 65).

19 Las ordenanzas municipales prohibieron expresamente alimentar cerdos en las casas, tahonas y en otros lugares dentro del núcleo de población, la orden de la Junta Municipal demuestra que esta restricción no se cumplía.

tercoleros fuesen cubiertos con cal viva o arena²⁰; y, 4ª- Recomendó a los médicos, cuando era su obligación, que comunicasen los casos de infección que pudiesen ser contagiosos, las ordenanzas municipales obligaban a los médicos a tomar las medidas precisas para hacer desaparecer los focos de infección y a ponerlos inmediatamente en conocimiento de la autoridad municipal. Además, establecían que los facultativos que omitiesen el diagnóstico, lo demorasen u ocultasen una enfermedad contagiosa incurrirían en responsabilidades, sin concretarlas.

En cuanto a la prohibición de ganado de cerda, no se respetó. *El Sol de Antequera* en su edición de 20 de octubre exigió que este saliese de Antequera. Tampoco se puso fin a los estercoleros, pues en ese mismo número el semanario denunció que continuaban, afirmando además que los existentes en varios lugares, como los de las calles de Porterías y San Pedro, no se habían retirado ni cubierto con cal. Asimismo, puso en conocimiento la denuncia que había recibido en relación a que un médico, que ejercía esa profesión como empleado municipal -no proporcionó su nombre-, era propietario de un estercolero "en el que diariamente va acumulando todo lo que diariamente recogen de casa en casa y en la vía pública dos hombres que, con una caballería cada uno, paga a tal fin". Por este motivo, exigió a la Junta Municipal que en cumplimiento de lo acordado por ella y de las ordenanzas municipales, dichos depósitos se recubriesen de cal, si el estado de putrefacción no permitiese su traslado a las afueras. Una semana después, el periódico de nuevo denunció que los estercoleros no se cubrían con cal y el 3 de noviembre afirmó con ironía que "ya ha visto el vecindario que los estercoleros gozan de privilegios especiales y cuentan con Reales cédulas"²¹.

El 28 de septiembre dicho organismo celebró una reunión presidida por el Inspector de la Junta Provincial de Sanidad, Juan Rosado Fernández, cargo que este desempeñó durante las dos primeras décadas del siglo XX. Fue maestro nacional y médico, profesiones que compatibilizó con la Cátedra de Fisiología e Higiene de la Escuela Normal de Magisterio de Málaga. Fue presidente del Colegio de Médicos de Málaga (Carrillo, Castellanos y Ramos, 1985: 10)²². En la sesión, Rosado Fernández informó que su visita había sido decidida por el gobernador civil para evaluar el estado sanitario de la población. Asimismo, comunicó que había visitado el cuartel y el Hospital de San Juan de Dios, habiendo comprobado que en este último había varios soldados del Regimiento de Córdoba²³ afectados por la gripe, siendo el único foco de importancia en el municipio y que, en general, la situación era buena ya que había un corto número de personas atacadas, según le habían informado el subdelegado de medicina y médicos. Igualmente,

20 En la provincia de Palencia se ordenó que los estercoleros fuesen cubiertos con sustancias como el sulfato de cobre e hipoclorico de cal (Del Prado Moura, 1987: 182).

21 Queja que se repitió en el mismo seminario del 19 de enero de 1919, en este caso sí conocemos que fue realizada por Juan Ocaña, quien también exigió la limpieza de los barrios "extremos", aduciendo que en ellos las aguas se vertían en las calles y los solares abandonados.

22 Rosado publicó en 1904 el texto *Instrucciones sobre la profilaxis colectiva e individual de la "gripe"*, Tipografía El Cronista, Málaga.

23 A principios de septiembre de 1918 llegaron a Antequera 300 reclutas del Regimiento de Córdoba, no se sabe si infectados o contrajeron la gripe en la ciudad. *El Sol de Antequera*, 8 de septiembre de 1918.

había constatado que se estaba reparando la estufa de desinfección y se realizaban desinfecciones que recomendó prosiguiesen.

En base a estas buenas impresiones, Rosado decidió la reapertura del Salón Rodas que había sido clausurado "unos días antes", siempre y cuando mientras se celebrasen las funciones las puertas y las ventanas estuviesen abiertas y funcionando los ventiladores. Este establecimiento fue fundado en 1890. Se trataba de una sala de espectáculos de teatro y de cine, la única que había en la ciudad, propiedad de Luis Lería Guerrero (Parejo Barranco, 1987a: 407-408; Sánchez Alarcón y Martín Martín, 2009: 41 y 61)²⁴. Es extraño que en ningún momento se acordase la desinfección de este establecimiento, dado que el Director General de Sanidad había ordenado esta medida para los teatros que se cumplió en Málaga²⁵.

La decisión de abrir el Salón Rodas no casa con las medidas restrictivas que había tomado la Junta Municipal en la sesión anterior y que confirmó el inspector provincial, a las que este añadió dos más. La vigilancia sobre las tabernas para que cerrasen en la hora reglamentaria, esto indica que estos establecimientos no cerraron sus puertas. Y la clausura de los locales de las sociedades obreras y la suspensión de sus reuniones, aduciendo que sus sedes carecían de condiciones higiénicas. El hecho de que simultáneamente se reabriese un sala de espectáculos y se cerrasen los locales de las sociedades obreras, nos lleva a plantear la hipótesis de que el inspector provincial pudo aprovechar la epidemia para intentar acabar con la protesta obrera que se dio en la ciudad entre 1917 y 1919, periodo en el que los curtidores estuvieron en huelga en cinco ocasiones, también optaron por esta forma de protesta albañiles, carpinteros, encaladores, pintores, trabajadores agrícolas y de la Sociedad Azucarera Antequerana..., colectivos que participaron en las huelgas generales (Parejo Barranco, 1987a: 380 y 383; Morales Muñoz, 1994: 435).

La siguiente sesión se celebró el 14 de octubre, el subdelegado de medicina, José Aguilar dijo que en ese día había 43 atacados por gripe, en su mayoría leves, habiéndose dado en los últimos diez días 5 muertes por esta afección y 2 de enfermos del corazón con gripe. En vista de esos datos, la Junta Municipal mantuvo el cierre de escuelas²⁶ y de las sedes de las sociedades obreras, y, dado que las bajas temperaturas del Salón Rodas no permitían su ventilación, se acordó su clausura. De nuevo se hizo referencia a la prohibición de ganado de cerda señalando la necesidad de aumentar la vigilancia, lo que indicaría que esa restricción no se estaba cumpliendo. Además, se ordenó que los lugares donde se encerrase ganado cabrío se desinfectasen diariamente, recurriendo a zotal, cal u otro desinfectante potente. Por primera vez se trató la limpieza del mercado municipal y de sus alrededores, en concreto, la Plaza de Abastos, en los siguientes términos. Obligar a los vendedores de alimentos a que colocasen sus mer-

24 Hubo municipios en los que se cerraron los establecimientos de ocio, como en Valladolid. En otros, permanecieron abiertos, como en Barcelona, Sevilla y Zaragoza. (Echeverri Dávila, 1993: 144; De Avilés, 2018).

25 *El Sol de Antequera*, 22 de septiembre y 20 de octubre de 1918.

26 Esta medida fue tomada por otros ayuntamientos, por ejemplo, el de Málaga. *El Sol de Antequera*, 13 de octubre de 1918.

cancías sobre mesas y a que las mantuviesen limpias. Asimismo, prohibir el transporte de esos productos con cerones y canastas que hubiesen sido empleados para mover estiércol o similares²⁷. Por último, se decidió prohibir la celebración de los días de los Santos y los Difuntos, esto es, el cierre del camposanto, la misma medida fue tomada en otras ciudades, como Barcelona y Málaga (Martínez, 2017: 85; De Avilés, 2018: 227).

Una semana después, el 22 de octubre, la Junta Municipal se reunió. En la misma confirmó la clausura del cementerio durante las mencionadas festividades, también *sine die*, salvo para sus trabajadores y los que "representen a las familias de los fallecidos" en el sepelio, esto es, también se restringió el acompañamiento al cadáver. Asimismo, se denegaron las solicitudes planteadas por el Salón Rodas y los maestros de escuelas privadas de reapertura²⁸, pretensiones que se presentaron cuando el número de fallecidos iba en aumento. Se acordó comisionar a José Aguilar Castro y Manuel Álvarez Pérez para que buscasen un local lo más cercano posible a la estación de ferrocarril para la desinfección de todas las mercancías que llegasen de municipios con gripe²⁹. También se decidió delegar en el alcalde y el administrador del servicio de Correos para que dispusiesen cómo proceder a la desinfección de la correspondencia que llegase a la ciudad. No hay constancia de que estas dos últimas medidas se hiciesen realidad. *El Sol de Antequera* del 20 de octubre recriminó que la correspondencia no se desinfectaba al no pasar por la estufa de desinfección.

La siguiente sesión fue el 29 de octubre, en la misma se dijo que el número de afectados por gripe estaba disminuyendo³⁰, también el de fallecidos, lo que hemos demostrado no se correspondía con la realidad (Tabla 1). Pero, es que, además, se informó de que se había detectado un foco de infección en la Calle de la Vega, situado en frente de la iglesia de San Isidro. Se acordaron medidas adicionales, tales como la prohibición de velatorios, la permanencia en las viviendas de los fallecidos menos de seis horas y que antes de ese periodo tendrían que ser llevados al cementerio donde quedarían en el depósito hasta que se pudiesen enterrar. También la prohibición de visitas a enfermos de gripe³¹. Se recomendó la desinfección de los domicilios, siendo esta medida de obliga-

27 Además, según *El Sol de Antequera*, 20 de octubre de 1918, por orden de la Municipalidad, en el mercado municipal se blanquearon los puestos de venta, se prohibieron esteras para colocar los comestibles y la pescadería se desinfectó diariamente con cloruro de sal. Asimismo, se desinfectaron las bocas de las alcantarillas y urinarios, también los corrales de ganado caprino con cal viva, y ordenó la desinfección de tabernas y cafés.

28 *El Sol de Antequera* en su edición del 27 de octubre de 1918 informó que varios centros docentes privados, por incumplir las directrices de la Junta Municipal de Sanidad, suponemos que se refiere al cierre de estos establecimientos, habían sido castigados con multas, uno de ellos con 15 pesetas.

29 *El Sol de Antequera* del 6 de octubre de 1918 informó que el Gobierno había ordenado la desinfección de los ferrocarriles, también había prohibido las importaciones desde Marruecos, donde el estado sanitario era "grave". En algunas ciudades del interior del país se establecieron cordones sanitarios en las estaciones de ferrocarril, en otras en las carreteras de entrada (Echeverri Dávila, 1993: 142; Herrera Rodríguez, 1996: 43; De Avilés, 2018: 227). En España se desinfectaron teatros, iglesias, hogares, cartas y sobre los viajeros y sus maletas (Blacik, 2009: 255).

30 Lo que contrasta con el dato de atacados por gripe, 209, según *El Sol de Antequera* de 17 de noviembre de 1918.

31 *El Sol de Antequera*, 3 y 17 de noviembre de 1918.

do cumplimiento para los establecimientos públicos. Y, por último, se prohibió el doble de campanas, fuera cual fuese el motivo, "ya que la depresión del ánimo que produce a los enfermos es altamente perjudicial para los mismos", lo que nos indica el impacto tanto social como emocional que la pandemia estaba teniendo sobre la población³².

En la sesión del 25 de noviembre se leyó el telegrama del inspector provincial de sanidad, en el que se ofrecía a ir a Antequera si su estado sanitario lo aconsejase. Por unanimidad se decidió que como la enfermedad estaba en retroceso, no era necesaria su presencia, lo que sorprende, teniendo en cuenta que por entonces se estaba dando el mayor número de fallecidos desde el inicio de la crisis. Recuérdese que en octubre y noviembre hubo 88 muertes³³ y 148 muertes respectivamente, 37 y 107 más que los mismos meses del año anterior. Esto pone de manifiesto la voluntad de los miembros de la Junta Municipal de ocultar la gravísima situación que vivía la ciudad.

La siguiente sesión fue el 16 de diciembre, Aguilar Castro "dio cuenta de ser bueno en la actualidad el estado sanitario de la población", en base a esa opinión se decidió por unanimidad autorizar la reapertura del Salón Rodas, escuelas y demás centros que se habían cerrado, no se concreta cuáles, la medida se hizo efectiva el jueves, 19 de diciembre, al día siguiente, la inspección provincial de primera enseñanza ordenó clausurar nuevamente las escuelas³⁴. La información dada por el subdelegado de medicina y lo que se acordó se contradicen con el dato de que en diciembre hubo 84 fallecidos, 36 más que en el mismo periodo de 1917, esto significa que la pandemia retrocedió de manera importante el último mes del año, pero todavía se situó en niveles muy elevados. En enero de 1919 hubo 49 muertes, sólo 3 más que en enero de 1918, la enfermedad se había ido, lo que confirman las cifras de muertes de los restantes meses del año.

La siguiente reunión de la Junta Municipal tuvo lugar casi cinco meses después, el 21 de mayo de 1919. Y, esto pese a la crítica planteada de manera anónima a su gestión en un artículo de *El Sol de Antequera* titulado "Para la Junta local de Sanidad", fechado el 15 de diciembre de 1918, en el que se dijo que la epidemia persistía y se reclamó a dicho organismo que tomase medidas en relación a las condiciones de hacinamiento e insalubridad de los locales de los temporeros de los cortijos, que incluía a familias completas, cuyo número aumentaba a finales de año.

32 Dicha decisión fue comunicada por el Ayuntamiento al vicario arcipreste (AHMA, Actas Capitulares, 15 de noviembre de 1918). *El Sol de Antequera* del 20 de octubre de 1918 hizo alusión a los suicidios cometidos en otros lugares del país por enfermos de gripe. El elevado número de fallecidos y que afectase a personas jóvenes generó una psicosis.

33 *El Sol de Antequera* de 3 de noviembre de 1918 afirmó que de las 88 muertes, tan extraordinario aumento respecto del mes de 1917 no se debía a la epidemia, ya que los certificados de defunción solo atribuían 5 defunciones a la gripe y algunas otras por complicación por esa dolencia, señalando que todas las demás se debían a enfermedades corrientes. El semanario, por ignorancia o porque intensase dar a entender que la pandemia estaba remitiendo, no estaba ofreciendo una información veraz ya que hubo fallecimientos que se desencadenaron por la gripe, aunque la causa final del óbito fuese otra. En la segunda oleada los síntomas fueron más agudos, con mayores complicaciones, sobre todo pulmonares. (Porrás Gallo, 2020: 47).

34 *El Sol de Antequera*, 22 de diciembre de 1918.

Esta información se completa con otras de *El Sol de Antequera* referidas a los que se vieron en mayor medida afectados por la pandemia. La primera, del 17 de noviembre en la que con motivo de abordar el tema de la suscripción abierta para recaudar fondos para ayudar a los más afectados por la gripe, se mencionó que estaba atacando sobre todo a las "clases proletarias". La segunda, dada por Francisco Navas Colomer en un artículo del semanario del 12 de enero de 1919 en el que destacó que, si bien la gripe había atacado a todos los grupos sociales, el mayor número de muertes había sido de pobres por los siguientes motivos: "contra ellos ha contado la epidemia con tan poderosos auxiliares como son el hambre, la miseria, la desnudez, lo reducido de las viviendas, la incultura, la falta de higiene y sobre todo la pobreza". También hizo alusión a los niños que habían quedado huérfanos.

En consonancia con esta realidad, la mayoría de los gastos realizados por el Consistorio para afrontar la epidemia fueron destinados a la desinfección, un total de 1.940.53 pesetas, más del 90% de esta cantidad fue para casas de pobres, el resto para el cuartel, el hospital, escuelas y "otros". Esta cifra sumó el 62,3% del gasto total que ascendió a 3.112,69 pesetas. A mucha distancia el resto de las partidas, 666,66 pesetas fueron dedicadas a adquirir medicamentos para pobres, 175 pesetas para gastos de viajes y dietas del inspector provincial, 167 pesetas para comprar dos manómetros necesarios para la estufa municipal y 163,5 pesetas para sufragar los entierros de tres soldados³⁵. Es reseñable que hasta el 4 de octubre de 1918 no se empezaron a detallar en las actas capitulares dichos gastos, lo que muestra que el Ayuntamiento reaccionó tarde, sólo después de que se hubiese celebrado la mencionada asamblea que obligó a la Junta Municipal a empezar a tomar decisiones.

Asimismo, por iniciativa de José García Sarmiento, padre del alcalde y empresario que controlaba junto con familiares, la mayor empresa de Antequera, la mencionada Sociedad Azucarera Antequera, se promovió, al igual que en otros lugares (Herrera Rodríguez, 1996: 464), una suscripción para afrontar las repercusiones de la crisis epidémica. Se recolectaron 3.817 pesetas. La Sociedad Azucarera Antequerana fue la sociedad que más aportó, 500 pesetas. Le siguieron el Ayuntamiento con 300, José García Berdoy con 250, la Cruz Roja de Antequera con 150, la Caja de Ahorros de Antequera³⁶ con 100, el Círculo Liberal con la misma cantidad, y con 50 pesetas cada una de ellos, el Círculo Mercantil, el Círculo Recreativo³⁷, el farmacéutico Ildelfonso Mir de Lara, el médico Juan de la Fuente -miembro de la Junta Municipal de Sanidad-, los notarios de la ciudad y los Señores Casco y Navarro, con 25 pesetas respectivamente, el Sol de Antequera, Mariano Cortés, el farmacéutico Juan Franquelo Facia -miembro de la Junta Municipal-, Sucesores de Borrego y un "admirador" de la Cruz Roja, el veterinario

35 AHMA, Actas Capitulares, 6, 11 y 25 de octubre, 1, 8, 15 y 29 de noviembre y 6, 13 y 20 de diciembre de 1918.

36 Fundada en 1904, era la principal institución de crédito en el periodo que nos ocupa. Fue presidida por el mencionado José García Berdoy (Parejo Barranco, 1987a: 340; Escalante Jiménez, 2014: 315-318).

37 El Círculo Recreativo fue constituido en 1877, convirtiéndose en el centro de reunión de las clases dirigentes (Parejo Barranco 1987: 407).

Manuel Álvarez Pérez -miembro de la Junta Municipal- con 10 pesetas y los demás aportaron entre 5 y 2 pesetas³⁸.

La gestión del dinero recolectado correspondió a la Cruz Roja³⁹ y un representante del periódico, este semanario informó acerca de cómo se repartieron dos tercios del dinero recolectado, un total de 2.890 pesetas en los meses de noviembre y diciembre de 1918 distribuidas entre 550 personas, todas salvo una recibieron 5 pesetas. El número elevado número de vecinos que recibió esta ayuda pone de manifiesto el impacto de la epidemia.

CONCLUSIONES

Hemos realizado una primera aproximación al impacto de la epidemia de gripe en el municipio malagueño de Antequera. Los datos recopilados y analizados muestran que la sobremortalidad registrada en la población en 1918 fue del 52,4%, un 3,4% mayor que la del conjunto de España. Ello significa que la enfermedad golpeó fuertemente a la localidad, frente a lo ocurrido en otras ciudades del país. Por causa de la gripe, la tasa bruta de mortalidad por cada mil habitantes pasó desde el 17,9% de 1917 al 27,3% de 1918, retrocediendo al 18,6% en 1919.

La primera ola tuvo lugar entre junio y septiembre, y la segunda, entre julio y diciembre. Hubo meses en los que la pérdida de vidas humanas se disparó, en concreto, en junio, julio y desde octubre a diciembre.

A pesar de elevado exceso de muertes registradas desde junio de 1918, el ayuntamiento antequerano y su Junta Municipal de Sanidad optaron por ocultar la pandemia hasta el 25 de septiembre. También la prensa local, pues el semanario de la ciudad, *El Sol de Antequera* -del que se ha realizado un vaciado completo para esta investigación-, no vinculó el exceso de fallecidos con la gripe, a pesar de que informó de la presencia de la enfermedad, y pese a que se sabía por la prensa de otros lugares, que desde mayo estaba en España. Además, las autoridades municipales minusvaloraron reiteradamente la importancia de la epidemia, incluso cuando el inspector provincial, en el peor momento de la crisis, se ofreció a ir a la ciudad para valorar la situación.

Así, la actuación de las autoridades responsables estuvo en consonancia con la minimización que hicieron de la grave crisis sanitaria que vivía la ciudad. No tomaron ninguna de las medidas necesarias para reducir el número de contagios, como por ejemplo el cierre de las fábricas de la localidad y la paralización de la actividad en las fincas agrícolas de gran tamaño, que reunían a elevado número de trabajadores. Las iglesias permanecieron igualmente abiertas, celebrándose los oficios religiosos sin ningún tipo

38 *El Sol de Antequera*, 17 y 23 de noviembre y 29 de diciembre de 1918.

39 Esta organización, merced a su destacado papel en la lucha contra la pandemia de 1918-1918, aumentó sus acciones más allá de las guerras en el sentido de reforzar la atención sanitaria a los civiles (Porrás Gallo y De las Heras Salor, 2016; Porrás Gallo, 2020: 54 y 116).

de restricciones. Por el contrario, sí se cerraron las sedes de las sociedades obreras, una medida claramente política, pues se hizo en un periodo de gran conflictividad laboral, como resultado de los efectos económicos de la Gran Guerra en España (sobre todo, la escasez de alimentos y otros artículos de primera necesidad y una elevación de los precios de estos y de los alquileres).

Por último, la Junta Municipal de Sanidad no obligó al cumplimiento de medidas como la clausura o traslado de los estercoleros y del ganado porcino, anteponiendo determinados intereses económicos. Lo mismo sucedió con la negativa a cerrar determinados establecimientos del sector del ocio y la restauración, cuyo funcionamiento solo sirvió para expandir la infección entre la población. Fue el caso del el Salón Rodas, que siguió funcionando durante toda la pandemia. Hay que tener en cuenta que locales de estas características fueron cerrados en otros municipios del país. En definitiva, todo parece indicar que se optó por ocultar lo que estaba sucediendo y que se antepusieron los intereses económicos y de la Iglesia, por lo que puede calificarse de totalmente negligente la actuación -por inacción- de las autoridades antequeranas ante lo que se fue una verdadera catástrofe demográfica para el municipio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos las facilidades dadas para la consulta de la documentación por parte del personal del Archivo Histórico Municipal de Antequera en unos meses tan complicados como consecuencia de la pandemia de COVID-19, a su director, José Escalante, y a Antonio Alba. Asimismo, agradecemos a los/as evaluadores/as anónimos/as sus sugerencias, que han contribuido decisivamente a mejorar este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE CADA AUTOR/A:

Mercedes Fernández-Paradas: Conceptualización, metodología, recopilación, tratamiento y análisis de los datos, redacción de primera versión, redacción de la versión final y edición.

Rafael Ravina Ripoll: Conceptualización, metodología, recopilación, tratamiento y análisis de los datos, redacción de primera versión, redacción de versión final y edición.

Nuria Rodríguez-Martín: Conceptualización, metodología, recopilación, tratamiento y análisis de los datos, redacción de primera versión, redacción de versión final y edición.

NÚMERO ORCID

Mercedes Fernández-Paradas

<https://orcid.org/0000-0002-3049-0907>

Rafael Ravina Ripoll

<https://orcid.org/0000-0001-7007-3123>

Nuria Rodríguez-Martín

<https://orcid.org/0000-0003-0179-7392>

CONFLICTO DE INTERESES DE LOS/AS AUTORES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses con respecto a este artículo.

DISPONIBILIDAD DE LOS DATOS UTILIZADOS

Los datos contenidos en este trabajo pueden solicitarse a los autores.

FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

AYUNTAMIENTO DE ANTEQUERA (1909): *Ordenanzas municipales de la Muy Noble y Muy Leal Ciudad de Antequera, Antequera, ejemplar mecanografiado.*

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1904): *Instrucción General de Sanidad Pública, Palencia, Imprenta de la Casa de Expósitos y Hospicio Provincial.*

MINISTRY OF HEALTH (1920): *Report on the Pandemic of Influenza*, London, Ministry of Health/HMSO.

ROSADO FERNÁNDEZ, Juan (1918): *Instrucciones sobre la profilaxis colectiva e individual de la "grippe"*, Málaga, Tipografía El Cronista.

BIBLIOGRAFÍA

- BETRÁN MOYA, José Luis (2009): "*The Spanish Lady. La gripe española de 1918-1920*", *Andalucía en la historia*, 25, pp. 60-65. Disponible en: <https://www.centrodeestudio-sandaluces.es/publicaciones/descargar/489/documento/999/AH25.pdf>.
- BLACIK, Victoria (2009): "De la desinfección al saneamiento: críticas al Estado español durante la epidemia de gripe de 1918", *Ayer*, 3, pp. 247-273. Disponible en: http://revistaayer.com/sites/default/files/articulos/75-7-Ayer75_OfensivaCulturalNorteamericanaGuerraFria_Nino.pdf.
- CAMPOS RODRÍGUEZ, Juan (2011): "La Antequera del Sexto Centenario (1910-2010). La larga gestación de una ciudad media andaluza", en ESCALANTE JIMÉNEZ, José (coord.), *600 años de Historia de Antequera*, Antequera, Ayuntamiento de Antequera, pp. 193-255.
- CARRILLO MARTOS, José Luis; CASTELLANOS, Jesús y RAMOS PALOMO, María Dolores (1985): *Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga 1918*, Málaga, Universidad de Málaga.
- BÉNITEZ, Pablo (2017): "*Gripe española de 1918 en El Salvador. Reseñas y debates en el Diario Oficial y el Diario del Salvador*", *Americania*, 6, pp. 53-75. Disponible en: <https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/2382/2332>
- CHOWELL, Gerardo; ERKOREKA, Anton; VIBOUD, Cécile y ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz (2014): "Spatial-temporal excess mortality patterns of the 1918-1919 influenza pandemic in Spain", *BMC Infectious Diseases*, 14, 371, pp. 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-371>.
- DARMON, Pierre (2000): "Une tragédie dans la tragédie: la grippe espagnole en France (avril 1918-avril 1919)", *Annales de Démographie Historique*, 2, pp. 153-175. Disponible en : https://www.persee.fr/doc/adh_0066-2062_2001_num_2000_2_1982.
- DE AVILÉS, Mateo (2018): "La epidemia de gripe de 1918-1919 y su repercusión en Málaga", *Anuario. Real Academia de Bellas Artes de San Telmo*, 18, pp. 206-233. Disponible en: https://www.realacademiasantelmo.org/Anuario_2018/LA-PANDEMIA-DE-GRIPE-DE-1918-1919-Y-SU-REPERCUSION-EN-MALAGA_Elias-de-Mateo-Aviles.pdf.
- DEL PRADO MOURA, Ángel (1987): "La epidemia de gripe en Palencia", *Publicaciones del Instituto Tello Téllez de Meneses*, 56, pp. 157-216. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/40900/EpidemiaDeGripeEnPalencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz (1993): *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- _____ (2018): "En el centenario de la gripe española: un estado de la cuestión", *Revista de Demografía Histórica*, XXXVI, 1, pp. 17-42. Disponible en: <https://www.adeh.org/revista/2018,%201/1%20Echeverri%20RDH%20XXXVI,%201-2018.pdf>.

- ERKOREKA, Anton (2006): *La pandemia de gripe española en el País Vasco (1918-1919)*, Bilbao, Museo de Historia de la Medicina y la Ciencia.
- ESCALANTE JIMÉNEZ, José (2011): *El puzzle de la Historia (Antequera como paradigma)*, Antequera, ExLibric.
- FERIA LORENZO, Diego José (2012): "La primera regulación sanitaria española: la ley orgánica de 1855", *Revista de Historia das Ideias*, 33, pp. 217-239. Disponible en: <https://impactum.uc.pt/pt-pt/node/118000>.
- FERNÁNDEZ-PARADAS, Mercedes (2004): *Propios, Arbitrios y Comunales. El patrimonio territorio del Concejo de Antequera (siglos XV-XIX)*, Málaga, Centro de Ediciones de la Diputación Provincial de Málaga.
- FERNÁNDEZ-PARADAS, Mercedes y GARCÍA ARIZA, Francisco José (2019): "La Sociedad Azucarera Antequerana: una respuesta a la crisis finisecular (1890-1906)", en MATÉS BARCO, Juan Manuel (coord.), *Empresas y empresarios en España. De mercaderes a industriales*, Madrid, Pirámide, pp. 153-179.
- GARRABOU, Ramón (1985): "La crisis agraria española de finales del siglo XIX: una etapa de desarrollo del capitalismo", en GARRABOU, Ramón y SANZ, Jesús (eds.), *Historia agraria de la España contemporánea. 2. Expansión y crisis (1850-1900)*, Crítica, Barcelona, pp. 477-542.
- GÓMEZ MORENO, María Luisa y PAREJO BARRANCO Antonio (2009): *Una economía en transformación: Antequera entre los siglos XIX y XXI*, El Ejido, Fundación Cajamar.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Alberto (2013): "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Vínculos de Historia*, 2, pp. 309-330. Disponible en: <http://www.vinculosdehistoria.com/index.php/vinculos/article/viewFile/70/74>.
- HENAO-KAFFURE, Liliana y HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario (2017): "La pandemia de gripe de 1918: Un caso de subsunción de lo biológico en lo social", *Americania*, 6, pp. 8-52. Disponible en: <https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/5283/2742-9121-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- HEREDIA FLORES, Víctor Manuel (2011): "La Antequera del Quinto Centenario (1810-1910). Desarrollo y crisis de una ciudad burguesa", en ESCALANTE JIMÉNEZ, José (coord.), *600 años de Historia de Antequera*, Antequera, Ayuntamiento de Antequera, pp. 123-191.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco (1996a): "La epidemia de gripe en El Puerto de Santa María", *Revista de Historia de El Puerto*, 17, pp. 31-63. Disponible en: https://www.revistadehistoriade-elpuerto.org/contenido/revistas/17/17_articulo_02.pdf.
- _____ (1996b): "Incidencia social de la gripe de 1918-1919 en la ciudad de Cádiz", *Llu-ll*, 19, pp. 455-470. Disponible en: <file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Dialnet-IncidenciaSocialDeLaGripeDe19181919EnLaCiudadDeCad-62182.pdf>.

- ____ (1997): *Crisis y medidas sanitarias en Cádiz*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco y ALMENARA, José (1994): "La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz)", *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, 1, pp. 131-136.
- JIMÉNEZ BLANCO, José Ignacio (1986): *La producción agraria de Andalucía oriental, 1874-1914*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- JOHNSON, Neil P. y MUELLER, Juergen (2002): "Updating the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 Spanish Influenza Pandemic", *Bulletin of the History of Medicine*, 76, pp. 105-115. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/44446153?seq=1#metadata-info-tab_contents.
- MALUQUER DE MOTES, Jordi (2020): "La madre de las pandemias: impacto de la gripe de 1918-1920", <https://conversacionsobrehistoria.info/2020/08/02/la-madre-de-todas-las-pandemias-impacto-demografico-de-la-gripe-de-1918-1920/>.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes y MOLINA DEL VILLAR, América (2010): "El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México", *Desacatos*, 32, pp. 121-144. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n32/n32a10.pdf>.
- MARTÍNEZ, Lluís (2017): "La grip de 1918 del 1918 a Barcelona en la prensa cotidiana", *Gimbernat*, 68, pp. 77-98. Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/Gimbernat/article/view/364451/458777>.
- MORALES MUÑOZ, Manuel (1994): "El mutualismo popular y obrero en la comarca de Antequera, 1853-1936", *Revista de Estudios Antequeranos*, 2, pp. 421-488.
- OXFORD, John S.; LAMBKIN, Robert, SEFTON, Armine M.; DANIELS, Rodney S., ELLIOT, Alex J., BROWN, Robert A. Y GILL, Douglas (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.
- PAREJO BARRANCO, Antonio (1987a): *Historia de Antequera*, Antequera, Caja de Ahorros de Antequera.
- ____ (1987b): *Industria dispersa e industrialización en Andalucía: el textil antequerano (1750-1900)*, Málaga, Universidad de Málaga.
- PORRAS GALLO, María Isabel (1994): *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- ____ (1996): "Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 1, pp. 75-116. Disponible en: <https://www.adeh.org/revista/1996,%201/MI%20Porras,%20XIV,%201,%201996,%20pp75-116.pdf>.

____ (2008): "Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 2, pp. 261-288. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2008.v60.i2.266>.

____ (2020): *La gripe española 1918-1919*, Madrid, Los Libros de la Catarata.

PORRAS GALLO, María Isabel y DE LAS HERAS-SALORD, Jaime (2016): "La Cruz Roja Española, la repatriación de los soldados de las guerras coloniales y el desarrollo de la ciencia médica en España, 1896-1950", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23, 3, pp. 829-846. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000300006>.

SÁNCHEZ ALARCÓN, Inmaculada (dir.) y MARTÍN MARTÍN, Francisco (2009): *Nuevas imágenes para una ciudad antigua. Inicios y desarrollo del cine en Antequera*, Antequera, Gráficas San Rafael.

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, Luis Vicente; ARCOS GONZÁLEZ, Pedro; NERI VELA, Rolando y HERNÁNDEZ MARTÍN, Elisa (2019): "La pandemia de gripe de 1918-1919 en territorio asturiano: de padecimiento histórico a enfermedad emergente cien años después", *Ería: revista cuatrimestral de geografía*, 1, pp. 79-97. Disponible en: <file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Dialnet-LaPandemiaDeGripeDe19181919EnTerritorioAsturianoDe-6921808.pdf>.

Las crisis de mortalidad en Cataluña (1700-1860). Cronología, intensidad y geografía*

The mortality crises in Catalonia (1700-1860). Chronology, intensity and geography

FECHA DE RECEPCIÓN: AGOSTO DE 2020. FECHA DE ACEPTACIÓN: MARZO DE 2021

Llorenç Ferrer Alòs ^a

Palabras clave

Mortalidad catastrófica
Crisis de mortalidad
Intensidad
Geografía de las crisis

Resumen

En este artículo se utilizan 256 series de mortalidad en Cataluña para realizar un estudio de las crisis de mortalidad y su intensidad. Se utiliza la comarca como unidad de análisis y como base para cartografiar los resultados. Se calcula el peso de la mortalidad catastrófica sobre la mortalidad total y los años en que hubo crisis en las diferentes comarcas. Se estudia su intensidad, así como se acaba con una descripción de las principales crisis que se dieron en Cataluña de forma generalizada entre 1700 y 1860. Asimismo, se realiza una cartografía de cada una de ellas para mostrar las diferencias que había entre las diferentes comarcas.

Keywords

Catastrophic mortality
Mortality crisis
Intensity
Geography of the crisis

Abstract

This article uses 256 mortality series in Catalonia to carry out a study of mortality crises and their intensity. The region is used as the unit of analysis and to map the results. The weight of catastrophic mortality on total mortality and the years in which there were crises in the different regions is calculated. Its intensity is studied, as well as a description of the main crises that occurred in Catalonia in a general way between 1700 and 1860. A cartography of each of them is also carried out to show the differences between the different regions.

* Esta investigación se enmarca dentro del proyecto financiado por el MINECO (HAR2017-84030-P): "Mundos del trabajo en transición (1750-1930): cualificación, movilidad y desigualdades".

a Universitat de Barcelona. C.c.: llferrer@ub.edu



* Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional © Llorenç Ferrer Alòs

La mortalidad catastrófica fue una característica de la demografía del pasado. Pestes, epidemias, enfermedades infecciosas, guerras y hambrunas provocaban incrementos súbitos de mortalidad que, a menudo, afectaban también el comportamiento de la natalidad y la nupcialidad. La historiografía señaló hace años su importancia (Biraben, 1975; Goubert, 1960; Moriceau, 1980; Chevet, 1993) y desarrolló metodologías para medirlas. Los estudios posteriores han avanzado mucho más en el análisis de las crisis, centrándose en las reacciones demográficas frente a las epidemias y crisis, los cambios en las estructuras de población y en las estructuras sociales, las consecuencias económicas y sus costes, etc. (Pérez Moreda, 2020). Este trabajo pretende llenar el vacío de conocimiento existente en lo que se refiere a la geografía, la cronología y la intensidad de las crisis de mortalidad en Cataluña, ya que no se dispone de ningún trabajo global. Cabe decir que las consecuencias sociales y económicas y las características epidemiológicas de las crisis no se abordan en esta investigación.

1. LAS FUENTES

En los últimos años hemos llevado a cabo una recopilación de series demográficas de procedencia diversa en Cataluña (tesis doctorales, monografías locales, trabajos de curso, etc.)¹. Esta recopilación presenta problemas de calidad en algunos vaciados (no siempre comprobables), una aleatoriedad territorial, una concentración en los pueblos y ciudades de mayor población que han conservado mejor los archivos y una cronología variable en función del interés del historiador. Ello nos ha obligado a someter las series a criterios de fiabilidad (basados en la coherencia entre los nacimientos y las defunciones) y a completar la muestra desde un punto de vista cronológico (para que todas las series empezaran en el año 1700 y acabaran en 1860) y territorial (especialmente en las comarcas de Lleida y Pirineo que cuentan con menos trabajos)

En este caso nos interesan las series de mortalidad sobre las que vamos a calcular las crisis y su intensidad. Disponemos de 256 series distribuidas de la siguiente manera: 46, de la Región I (representan un 63,2% de la población de 1787); 45, de la II (37,8%); 31, de la III (54,2%); 26, de la IV (43,2%); 8, de la V (64,2%); 29, de la VI (33,5%); 34, de la VII (26,5%); 28, de la VIII (31,3%); 9, de la IX (11,6%)². Excepto en la Región IX, del Pirineo, la muestra es significativa para el análisis que nos proponemos. Para ser más precisos, procederemos a un análisis a nivel comarcal, una división geográfica organizada entorno de las ciudades medianas y más adaptada a la geografía catalana. En este caso,

1 Véase Ferrer Alòs (en prensa), trabajo en el que constan las series utilizadas y las procedencias tanto bibliográficas, como las recogidas personalmente para poder completar la muestra.

2 Utilizaremos dos divisiones políticas que al mismo tiempo tienen un sentido geográfico. Cataluña fue dividida durante la República en nueve "regiones", división que superaba la partición artificial de las provincias y acotaba mucho más la geografía catalana al crear una región en el Pirineo (IX), otra en las tierras del Ebro (V) y dos en la Cataluña Central (VI y VII). Asimismo, utilizaremos la actual división en comarcas, que son unidades administrativas organizadas en torno a las principales ciudades de Cataluña.

tenemos series que representan más del 30% de la población en 29 de las 41 comarcas y solo en 5 representan menos del 10%. Consideramos que la información de que disponemos es suficiente para acercarnos a una visión general y detallada de las crisis de mortalidad en Cataluña.

Sin embargo, el problema no es solo de representación geográfica, sino también de tamaño de la población. En la muestra, solo tenemos datos del 6,5% de las parroquias, con menos de 500 habitantes, que representan el 11,1% de la población total de esta franja. Esta representatividad de las series aumenta a medida que los pueblos tienen más habitantes. De 500 a 1000 habitantes, ya tenemos datos del 33,3% de las parroquias, que suponen el 34,7% de la población y así va creciendo hasta disponer de información del 70% de las parroquias, de 8.000 a 16.000 habitantes, que suponen el 73,2% de habitantes de esta franja (Ferrer Alòs, en prensa). El bajo índice de datos en parroquias pequeñas se compensa gracias a que los municipios con más habitantes concentraban la mayor parte de la población.

A pesar de estas consideraciones, valoramos que el volumen de datos es suficiente para aproximarnos al estudio de las crisis de mortalidad con un cierto detalle.

2. METODOLOGÍA

En los años 80 surgieron diversos métodos para medir la intensidad de las puntas de mortalidad. Uno de ellos, el método de Hollingsworth (1979) no tuvo éxito porque necesitaba la variable población y a menudo no se dispone de ella. Para resolver este problema, surgieron métodos que proponían realizar los cálculos únicamente con la serie de defunciones. El método, desarrollado por Dupâquier (1979), calculaba la intensidad de las crisis poniendo en relación el año de la crisis con la mortalidad media de un periodo formado por cinco años anteriores y cinco posteriores a la crisis, dividido por la desviación típica de todos los años. Según el resultado, las crisis se clasificaban en menores (si el resultado estaba entre 1 y 2) y catastróficas (más de 32). Otro método fue el de Del Panta y Livi Bacci (1979) un poco más simple. El año que se analizaba estaba en medio de once años. Se eliminaban los dos años de más mortalidad y los dos de menor mortalidad y se calculaba la media aritmética. El resultado se ponía en relación con el año estudiado. Si la mortalidad estaba por encima del 50% era un año de crisis, que era más intensa en función del crecimiento del porcentaje. Y, finalmente, Flinn (1974) desarrolló otro método para calcular la intensidad de la mortalidad de crisis (*Crisis Mortality Ratio*) que consistía en acumular las intensidades en periodos de veinticinco años para valorar la importancia que tenía esta mortalidad.

Como todos los métodos de cálculo estadísticos, aparecieron críticas y propuestas para intentar mejorarlos. Básicamente se perfilaban dos problemas. El más importante aparece al considerar un año civil concreto porque los resultados podían verse minimizados si la crisis se repartía en más de un año o si el año de crisis estaba en medio de

un periodo de sobremortalidad que reducía el valor de la intensidad. El segundo estaba relacionado con el hecho de que todos los métodos tendían a dar como crisis muy intensas las variaciones de mortalidad en parroquias pequeñas y esta intensidad se reducía a medida que considerábamos poblaciones con más habitantes y número de difuntos³. Asimismo, la crisis no se reducía a los problemas de la mortalidad, sino también a lo que acontecía en la fecundidad y la nupcialidad (Moll, Segura, Suau, 1983)⁴.

Estas propuestas ocasionaron un alud de trabajos que analizaban la crisis en una parroquia o en diversas a nivel local y regional⁵. En esta dirección, la historiografía de las crisis demográficas en Cataluña es abundante, -investigaciones locales de Garcia-Moro et al. (2000), Marfany (2005) y Xammar (1995); y comarcales de Dantí Riu (1988), Gual Ramírez y Millàs Castellví (1997), Gual (1993; 1994; 1997), Planes Roig (1986), Planes Closa (1995), Muñoz (1990), Capdevila Muntadas (2009), Gonzalvo Chirac, Fàbregas-Roig y Vidal-Bonavila (2016)⁶. Normalmente, la metodología utilizada en estos trabajos ha consistido en calcular las crisis que se produjeron en cada localidad y considerar, en función de las parroquias afectadas, la crisis como general o estrictamente local. Solo el trabajo sobre el Camp de Tarragona hace los cálculos sobre una serie referida a toda la comarca.

Esta aplicación lleva a la discusión del mismo concepto de crisis de mortalidad. Es evidente que a nivel local se daban repuntes de mortalidad, pero si agregamos las series locales, las crisis se difuminan e incluso desaparecen. ¿Significa que no había crisis? En las parroquias se producían repuntes de mortalidad frecuentes, los cuales podían darse en unas u otras y ser provocados por la movilidad de las personas o por causas locales (cambios de clima, geografía) difíciles de predecir. En este sentido, el estudio de las crisis tiene sentido que sea a nivel local. Sin embargo, en algunas ocasiones la crisis aparece en un entorno más amplio, incluso en toda la región. Son aquellas que afectaban a muchas comarcas con más o menos intensidad. En este trabajo queremos detectar aquellas crisis de carácter general y valorar su gravedad. Nuestro objetivo es territorializar las crisis que tuvieron lugar en Cataluña entre 1700 y 1860. Para llevar a cabo el estudio y disponer de una muestra territorial lo más amplia posible, hemos priorizado el número de series con una calidad aceptable frente a la crítica a algunas manipulaciones que hemos realizado para poder aprovechar el máximo de ellas.

3 La propuesta de Flinn (1974: 289-290) intentaba corregir este problema porque consideraba que se trataba de una crisis cuando la desviación era del 50% en parroquias pequeñas, y del 30% en parroquias mayores.

4 Recientemente ha aparecido un trabajo que desarrolla otro método sin tener en consideración los existentes (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016), el cual nos permitirá comparar los resultados con los obtenidos en nuestro trabajo.

5 Puede consultarse, sin ningún afán de exhaustividad, (Pérez Moreda, 1980; Lázaro Ruiz y Gurria García, 1989; Rodríguez Grájera, 1989; Mikelarena y Erdozain 2002; Garcia-Moro y Olivares Marín, 2008; Catalán Martínez y Lanza Garcia, 2015).

6 Jordi Nadal (1965) reconstruyó la mortalidad catastrófica de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX a partir de diversas series de mortalidad que vaciaron sus alumnos. Estas series están incorporadas a nuestra base de datos (Recaño, Torrents, Valls, s.f.), aunque algunas presentan problemas de calidad. Pierre Vilar (1964) hizo también diversas observaciones sobre crisis de subsistencias y de mortalidad en Cataluña.

Hemos considerado la comarca como unidad de análisis de las crisis de mortalidad a partir de la agregación de las series de que disponemos. La gravedad de las crisis generales dependerá de las comarcas afectadas y de la suma de las intensidades comarcales. Para ello se han realizado una serie de cálculos que describimos a continuación:

- a) Hemos agregado las series de defunciones de las parroquias de cada comarca y hemos generado una serie de mortalidad comarcal. De las 41 comarcas estudiadas, la Cerdaña, Ribera de Ebre, Terra Alta, Alta Ribagorça y Valle de Aran serán excluidas de nuestros cálculos⁷ porque no tenemos datos suficientes.
- b) De la mayoría de las series de defunciones tenemos información de mortalidad adulta y pàrvula. Como primer criterio para validarlas, se ha considerado que la serie era válida cuando las defunciones de pàrvulos estaban por encima del 45% de las defunciones en periodos de veinte años. En aquellos periodos en que el porcentaje estaba por debajo, se ha corregido con el criterio de que los pàrvulos supusiesen el 50% de las defunciones⁸. Si en un periodo corto de tiempo solo se disponía de la mortalidad adulta, se ha procedido a doblar la serie.

El segundo criterio para validar las series de defunciones ha sido poner en relación difuntos y bautismos; si esta relación se situaba por encima del 70%, se ha validado la serie. Si estaba por debajo de este porcentaje, la serie se ha desestimado a no ser que razones locales explicaran la situación.

Cuando las series eran parcialmente incompletas hemos utilizado algunos procedimientos para reconstruirlas. Si faltaban pocos años de pàrvulos, se han multiplicado por dos los adultos. Si había un vacío más o menos largo, hemos utilizado dos métodos. Si el periodo sin datos era pequeño (máximo diez años), hemos procedido a reconstruir la serie a partir de la media aritmética de los años anteriores y posteriores al intervalo vacío. Si era más largo, hemos reconstruido la serie a partir de las otras series que disponemos de la comarca, de tal manera que la serie incompleta reproduzca la evolución que tiene la serie comarcal acumulada y, al mismo tiempo, se puedan aprovechar los datos de la serie con datos parciales.

Es cierto que algunas de estas correcciones de las series pueden afectar el sentido de las crisis de mortalidad, ya que hay crisis que afectan más a los adultos y otras que afectan más a los pàrvulos, por lo que aplicar una corrección homogénea puede modificar la misma crisis y su intensidad. Sin embargo, el hecho de que afecte a pocas series y de que implique una afectación pequeña no invalida el análisis global del fenómeno que estamos intentando llevar a cabo.

7 En este cálculo no se incluye la pequeña comarca del Moianès creada recientemente. Sus parroquias están agregadas al Bages, Osona y Vallès Oriental.

8 Puede considerarse que este porcentaje es arbitrario. Sin embargo, los datos que tenemos de las series más fiables de Cataluña nos indican que la mortalidad de pàrvulos, calculada en periodos de veinte años, está siempre por encima del 50%:

1701-1710	50,80%	1721-1740	56,10%	1741-1760	56,80%	1761-1780	58,80%
1781-1800	57,30%	1801-1820	52,80%	1821-1840	54,60%	1841-1860	51,70%

Estos datos, reconstruidos a partir de las series de defunciones, son provisionales.

- c) Una vez determinadas las series y agregadas a nivel comarcal, para calcular el año de crisis y la mortalidad catastrófica hemos utilizado el método de Del Panta y Livi-Bacci (1979) con una pequeña variación. Para cada año de la serie hemos calculado la media móvil de once años, con el año en estudio en la parte central; no hemos considerado en el cálculo el año de estudio y los dos valores más altos y los dos más bajos. A continuación, hemos calculado el porcentaje de desviación del año en estudio con la media móvil truncada calculada⁹.
- d) Los autores del método consideran que hay crisis de mortalidad cuando la desviación es superior al 50%, pero al agregar muestras de parroquias de distinto tamaño, la mortalidad se atenúa y muchas crisis podrían desaparecer con este criterio. Es por ello, por lo que hemos utilizado la desviación del 25% como criterio para considerar que existe una crisis de mortalidad. Es el mismo método y criterio utilizado por el equipo de Llopis para el análisis de la mortalidad catastrófica en diversas provincias de España que busca un objetivo parecido al que nosotros planteamos (Abarca et al., 2016; Llopis, 2004; Llopis y Velasco, 2012; Llopis, Bernandos y Velasco, 2015; Llopis y Abarca, 2014).
- e) Con este cálculo obtenemos las crisis de mortalidad que se produjeron en cada comarca y su intensidad. El siguiente paso consistirá en acumular para cada año del periodo estudiado (1700-1860), las comarcas que estaban en crisis y las intensidades. Hemos considerado crisis general, aquel año en que la mortalidad de crisis se produce en diez comarcas. Sin embargo, una crisis puede durar más de un año o puede haberse iniciado en una zona y haber evolucionado hacia otra. Así pues, al año central de la crisis hemos añadido las comarcas que estaban en crisis el año anterior o posterior y hemos acumulado también las intensidades. El resultado es un indicador de crisis formado por el número de comarcas en crisis, la intensidad acumulada en aquella crisis y la intensidad media por comarca.

Con estos conceptos podemos acercarnos a describir y cartografiar las principales crisis de mortalidad en Cataluña.

3. EL PESO DE LA MORTALIDAD CATASTRÓFICA EN CATALUÑA

Vamos a estudiar, en primer lugar, el peso de la mortalidad catastrófica en Cataluña entre 1700 y 1860. Es decir, queremos conocer qué parte de la mortalidad del periodo estudiado puede tener esta clasificación. Para calcularla, localizamos los años de crisis a través del método Del Panta y Livi Bacci, tal como hemos señalado más arriba. La diferencia entre la mortalidad del año de crisis y la media móvil de los años de la serie, es la aportación de aquel año a la mortalidad catastrófica. Hemos acumulado la mortalidad catastrófica de todos los años de crisis en periodos de veinte años y hemos

⁹ Es la misma corrección que aplica el equipo de Enrique Llopis en sus trabajos sobre mortalidad en la Meseta (Llopis y Abarca, 2014).

relacionado esta mortalidad con la mortalidad total de estos veinte años. El porcentaje es la aportación de la mortalidad catastrófica en cada periodo.

La tabla 1 recoge la mortalidad catastrófica por regiones calculada a partir del método descrito más arriba, y se acompañan mapas comarcales para cada periodo de veinte años (Figura 1). De todos estos datos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- a) Si analizamos los datos de Cataluña se constatan dos periodos en que la mortalidad catastrófica fue especialmente alta. El primero corresponde al periodo 1701-1720, en el que se llegó al 10,1% a consecuencia de los problemas de todo tipo que generó la Guerra de Sucesión, y el segundo, y más grave, fue el de 1801-1820, cuando la mortalidad catastrófica supuso el 15,1% de la mortalidad total. En este caso coincide con la profunda crisis desatada por la Guerra del Francés. Destaca, a continuación, la mortalidad catastrófica en los años posteriores a la Guerra de Sucesión —lo que indica que la recuperación fue complicada; la de 1781 a 1800 (7,5%), que coincide con las dificultades generadas por la Guerra Gran, especialmente en las comarcas del norte de Cataluña, y la de 1821 a 1840 (7,7%) con la crisis de 1823 y la guerra carlista. En los otros periodos se sitúa alrededor del 5%.

Tabla 1

Peso de la mortalidad catastrófica en Cataluña por Regiones (1700-1860)

	1701-1720	1721-1740	1741-1760	1761-1780	1781-1800	1801-1820	1821-1840	1841-1860
Región 1	7,5	5,4	1,2	2,3	4,8	14,8	8,6	5,0
Región 2	8,7	4,1	2,1	3,9	8,9	11,4	2,9	2,0
Región 3	6,1	4,9	7,2	8,1	8,2	20,9	6,2	6,2
Región 4	13,8	7,9	6,3	7,2	8,7	13,8	7,4	4,8
Región 5	19,6	16,2	10,3	8,8	5,0	9,7	11,4	7,4
Región 6	4,8	5,5	2,7	2,8	9,6	12,7	3,9	6,5
Región 7	13,4	7,3	5,1	8,1	7,6	17,0	9,1	5,8
Región 8	15,6	7,9	7,5	9,6	10,5	14,3	8,6	4,1
Región 9	10,7	12,5	11,3	6,3	16,2	11,8	9,4	5,5
Cataluña	10,1	7,0	4,1	5,4	7,5	15,1	7,7	5,3

Fuente: Elaboración propia.

- b) La realidad se muestra mucho más compleja si observamos el fenómeno a nivel de *Regiones*. La mortalidad catastrófica no se distribuyó de forma homogénea sobre el territorio. En primer lugar, la guerra de Sucesión afectó especialmente las tierras del Ebro (19,6%), las comarcas tarraconenses (13,8%), la Cataluña Central (13,4%) y las comarcas de Lleida (15,6%). Afectó menos al resto, en particular a la zona de Vic (4,8%) y comarcas de Barcelona (7,5%) y Girona (8,7%). En segundo lugar, la década de 1801-1820 tuvo lugar la mortalidad catastrófica más grave sin ninguna duda, pero la intensidad tampoco fue la misma en todas partes. Fue es-

pecialmente remarcable en las comarcas de Tarragona (20,9%), Cataluña Central (17%) y de Barcelona, y más leve en las Tierras del Ebro (9,7%), comarcas de Girona (11,4%) y comarcas del Pirineo (11,8%). En tercer lugar, el periodo 1780-1800, que corresponde a la guerra Gran, fue especialmente destacable en las comarcas de Girona (8,9%) y del Pirineo (16,2%), debido a que los principales incidentes se produjeron en la frontera. El período de la Guerra Carlista provocó una mortalidad catastrófica por encima de la media en las Tierras del Ebro (11,4%) y Cataluña Central (9,1%). Finalmente, hubo zonas donde fue especialmente alta en todas las décadas, como sería el caso las tierras del Ebro (cuatro periodos por encima del 10%) o las comarcas del Pirineo (5 periodos)¹⁰.

Así pues, la aportación de la mortalidad catastrófica a la mortalidad general fue relativamente baja en todo el periodo estudiado si lo comparamos con otras áreas de la península, a pesar de las dos décadas de máxima mortalidad catastrófica (1701-1720 y 1801-1820). Esta mortalidad no se convirtió en un regulador de la población en el siglo XVIII¹¹.

En la figura 1 hemos cartografiado el peso de la mortalidad catastrófica por comarcas, para definir la geografía específica en los distintos periodos.

10 Los datos sobre el Pirineo deben tomarse con precaución ya que es la parte de Cataluña de la que tenemos menos series reconstruidas.

11 Si comparamos el peso de la mortalidad catastrófica en algunas provincias españolas con las Regiones catalanas se observa que fue menor en Cataluña. Hay coincidencia en las provincias del interior español en la gravedad del periodo 1800-1814. En Cataluña apenas aparece la alta mortalidad catastrófica castellana de los años 1725-1749. (Llopis, 2004; Llopis, Bernardos y Velasco, 2015; Llopis y Velasco, 2012; Abarca et al. 2015).

El peso de la mortalidad catastrófica en varias provincias españolas

	<i>Zamora</i>	<i>Albacete</i>	<i>Ciudad Real</i>	<i>Burgos</i>	<i>Ávila</i>	<i>Guadalajara</i>	<i>Murcia</i>
1700-1724	9,2			3,3	4	9,6	
1725-1749	16,4			11,1	10,4	9,9	
1750-1774	4,5	4,9	4,3	1	4,2	5,1	
1775-1799	5,9	3,1	9,4	1,1	3,7	4,8	5,4
1800-1814	17,5	13,1	18	17,7	17,4	18,1	19,7
1815-1839	9,4	6,6	8	3,7	7,7	4,9	4,1
1840-1864	5,5	2,9	4,6	3,4		5,4	2,4

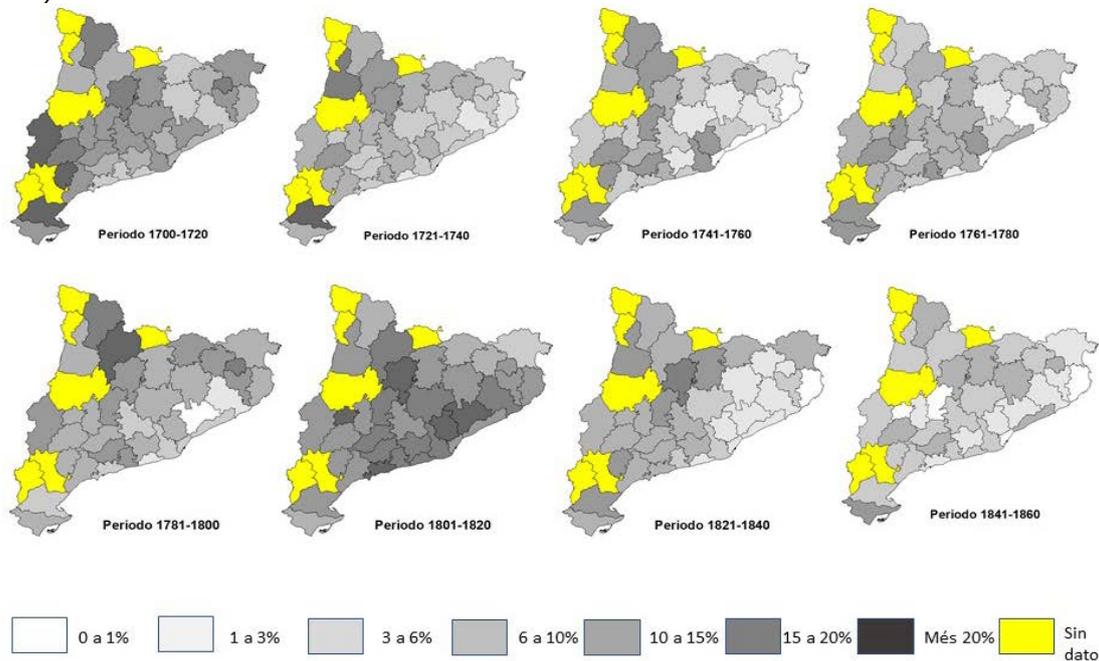
Podemos comparar también con los datos de las provincias de Cantabria y Vizcaya. En estas provincias la mortalidad catastrófica fue importante a finales del siglo XVII, pero fue mucho menos intensa a lo largo del siglo XVIII y primera mitad del siglo XIX. Ningún periodo llega al 10%, y los otros presentan porcentajes bajos. Tampoco parece que existieran crisis en las dos primeras décadas del siglo XIX (Catalán y Lanza, 2015).

El peso de la mortalidad catastrófica en Cantabria, Vizcaya y Guipúzcoa

	<i>Cantabria</i>	<i>Vizcaya</i>	<i>Guipúzcoa</i>		<i>Cantabria</i>	<i>Vizcaya</i>	<i>Guipúzcoa</i>
1676-1700	13,81	12,71	6,86	1776-1780	3,31	4,01	8,94
1701-1725	3,3	8,45	3,87	1801-1825	7	7,03	9,45
1726-1750	1,43	2,11	1,52	1826-1860	6,43	8,29	8,66
1751-1775	1,42	4,84					

Figura 1

Peso de la mortalidad catastrófica por comarcas en Cataluña en periodos de veinte años (1700-1860)



Fuente: Elaboración propia.

- a) Evidentemente los periodos son los mismos que los señalados, pero hay comarcas en las que la mortalidad catastrófica fue más importante que en otras. En el periodo 1701-1720 los efectos de la Guerra de Sucesión se dejaron sentir en el sur de Cataluña y las comarcas occidentales, y fue menos intensa en la costa y comarcas de Girona. La geografía de la guerra estaba relacionada con esta mortalidad catastrófica.

La postguerra continuó provocando una mortalidad catastrófica elevada en la parte occidental de Cataluña, así como en el Pirineo.
- b) Una lectura general de los distintos mapas aportados muestran que la mortalidad catastrófica fue más intensa en las comarcas occidentales durante prácticamente todo el periodo estudiado.
- c) La Gran Guerra afectó fundamentalmente a las comarcas de frontera: el Pallars Sobirà y el Alt Urgell, el Ripollès y la Garrotxa, aunque tuvo sus ramificaciones en la Cataluña Central.
- d) El mapa del periodo 1801-1820 muestra la gravedad de la mortalidad catastrófica en este periodo. Toda Cataluña se ve afectada, pero donde esta mortalidad tuvo un peso mayor fue en el Vallés Occidental y Oriental (26,3% y 25,7%), el Tarragonés (27,8%), el Solsonés (28,8%) y el Pla d'Urgell (22,1%). Veremos como esta profunda crisis demográfica no tuvo la misma intensidad en todos los lugares.
- e) En el periodo 1821-1840, en el que aparece la fiebre amarilla, el cólera y después

tiene lugar la Guerra Carlista, la mortalidad catastrófica es inexistente en las comarcas de Girona y Barcelona y es relevante en comarcas donde la guerra fue muy activa, como la Segarra (13,7%), el Solsonés (28,8%) o el Baix Ebre (13,3%).

- f) En el periodo 1841-1860, aunque durante este tiempo se produjo la epidemia de cólera de 1854, la mortalidad catastrófica tuvo un peso muy reducido en todas las comarcas.

Finalmente, en la tabla 2 se calcula el peso de la mortalidad catastrófica según el tamaño de la población¹² para ver si había diferencias entre hábitats distintos¹³. En primer lugar, la crisis demográfica de 1800-1820 afectó a todos los tipos de población con una punta de gravedad en las poblaciones de 4.000 a 8.000 habitantes (16,1%). En segundo lugar, la guerra de Sucesión tuvo un especial impacto demográfico en las ciudades de 8.000 a 16.000 habitantes, las únicas que superaron el 10%. En tercer lugar, una visión general de los porcentajes indica que la mortalidad catastrófica fue más importante en los núcleos de población con más habitantes que en los más pequeños, en particular, en los que tenían entre 4.000 y 16.000 habitantes y en todos los periodos los porcentajes son más elevados.

Tabla 2

Peso de la mortalidad catastrófica según la población de las parroquias (1700-1860)

<i>Cataluña</i>	<i>Series</i>	<i>1701-1720</i>	<i>1721-1740</i>	<i>1741-1760</i>	<i>1761-1780</i>	<i>1781-1800</i>	<i>1801-1820</i>	<i>1821-1840</i>	<i>1841-1860</i>
0 a 500	84	4,4	3,1	1,4	1,5	1,4	13,3	2,1	1,4
500 a 1000	64	3,5	1,4	1,5	2,2	3,0	12,9	1,9	2,8
1000 a 2000	54	4,2	2,1	0,0	0,0	2,0	13,1	1,8	3,7
2000 a 4000	36	5,7	0,0	0,0		1,7	12,5	1,7	2,8
4000 a 8000	6	2,2	1,5	1,3	3,1	1,9	16,1	3,6	2,5
8000 a 16000	6	10,2	6,0	3,2	1,2	4,2	10,2	4,1	4,8
Más de 16.000	1	6,1	5,6	0,0	0,0	4,7	13,1	11,3	5,1
CATALUÑA	251	4,2	0,0	0,0		3,1	11,8	5,0	3,2

Fuente: Elaboración propia.

Como conclusión, el peso de la mortalidad catastrófica en Cataluña fue relativamente modesto comparado con la España interior y más elevado respecto a algunas provincias del Norte. Se concentró sobre todo en el periodo 1801-1820 —el porcentaje más eleva-

12 Hemos utilizado la población que los pueblos y ciudades tenían en el año 1787 rectificada a partir del método de estimación de la población desarrollado en (Ferrer Alòs, 2007).

13 Este cálculo presenta problemas en la agregación de pueblos y ciudades del mismo tamaño y que están distanciados unos de otros. Es una suma que mezcla entidades que podían estar viviendo una crisis por estar ubicada en una zona con otras que no la vivieran. En este sentido deben interpretarse los datos con precaución.

do— y, en menor medida, en 1701-1720. Sin embargo, cuando se baja a nivel regional y comarcal, se pueden ver las diferencias territoriales. La mortalidad catastrófica tuvo un peso mucho mayor en las comarcas del Ebro (*Región V*) y en las comarcas de Lleida (*Región VIII*) con muchos periodos en los que se supera el 10%, y menor en las comarcas de Tarragona (*Región III*) y de Girona (*Región II*). La muerte no era presente de la misma manera en todo el territorio y las comarcas occidentales se llevaron la peor parte.

Asimismo, el tamaño de la población no importó en la mortalidad catastrófica de 1801-1820, que afectó prácticamente a todos por igual, sin embargo, la mortalidad catastrófica fue más elevada en las ciudades de más de 4.000 habitantes en todos los periodos estudiados.

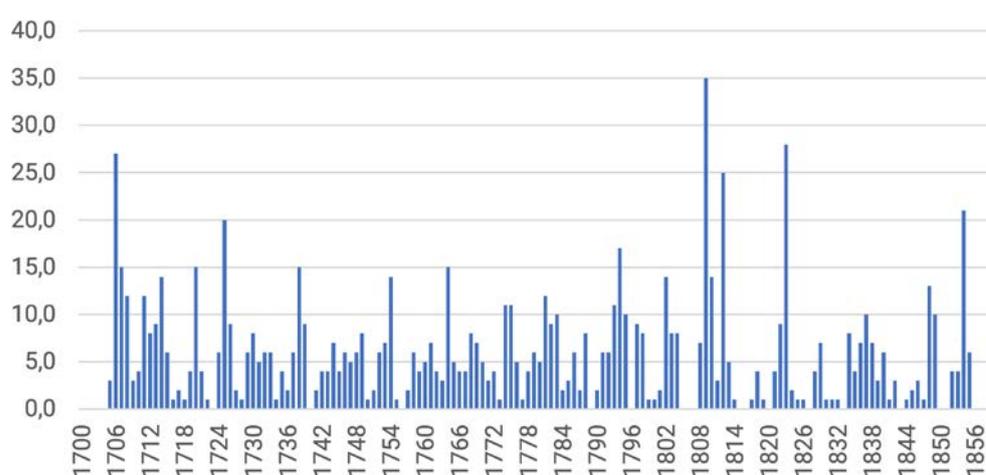
4. LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN CATALUÑA

En Cataluña no se ha realizado ningún trabajo de síntesis sobre crisis de mortalidad, aunque, como hemos visto, contamos con buenos trabajos comarcales y locales. Las 246¹⁴ series de defunciones nos permitirán dibujar un mapa detallado de estas crisis entre 1700 y 1860.

El resultado de la aplicación de la metodología expuesta anteriormente es la reconstrucción de 35 series comarcales con todas las crisis de mortalidad. En el gráfico 1 hemos expuesto las comarcas que cada año estaban en crisis (el máximo sería 35). Este gráfico se complementa con los resultados de la tabla 3.

Gráfico 1

Comarcas afectadas por crisis de mortalidad (1700-1860)



Lo primero que se observa es que casi en todos los años hubo alguna comarca que

14 La suma de parroquias en la tabla 2 es de 251 y no de 246. Ello se debe a que algunas se han agregado posteriormente para responder a criterios de homogeneidad.

padeció una crisis de mortalidad. Solo en el 10,5% de los años de todo el periodo no hubo ninguna comarca en crisis, y en el 18,4%, hubo solo una. Así pues, lo normal es que alguna comarca padeciera una crisis de mortalidad ni que fuera de poca intensidad.

En segundo lugar, apenas hubo crisis generales que afectaran a todo el territorio. Solo en el año 1809 todas las comarcas estuvieron en crisis según los criterios establecidos (35 comarcas). Otras crisis se acercaron a ello, pero no afectaron a todo el territorio. Así las que afectaron a más comarcas fueron la de 1706-1708 (31), 1724-1726 (30), 1822-1823 (29), 1793-1795 (26), 1774-1776 (25), 1812-1813 (25), etc. Ello no significa, como veremos, que fueran las crisis más graves, pero sí las más generalizadas.

Tabla 3

Comarcas afectadas por una crisis cada año entre 1700 y 1860 en Cataluña

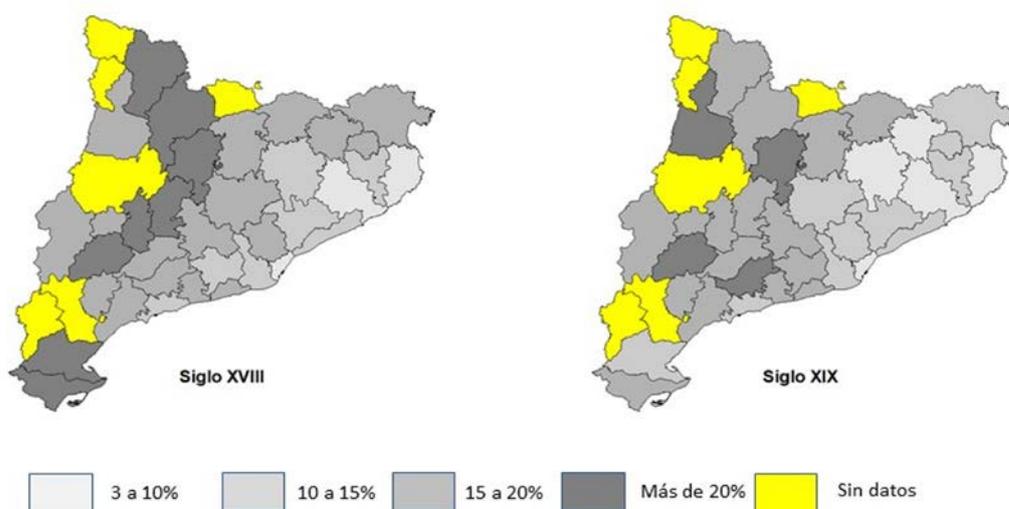
<i>Comarcas afectadas por crisis en años distintos</i>	<i>Años s. XVIII</i>	<i>%</i>	<i>Años s. XIX</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
0	5	5,2	11	19,6	16	10,5
1	16	11,5	12	21,4	28	18,4
2 a 5	34	35,4	14	25,0	48	31,6
5 a 10	31	32,3	12	21,4	43	28,3
Más de 10	15	15,6	7	12,5	22	14,5
Total	96		56		152	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 3 hemos calculado cuántos años hubo una o más comarcas en crisis en los siglos XVIII y XIX. En el 31,6% de los años tuvieron crisis entre 2 y 5 comarcas, y en el 28,3%, entre 5 y 10 comarcas. Las más graves afectaron el 14,5% de los años. Hay diferencias interesantes entre el siglo XVIII y el siglo XIX. En este último, hubo más años con cero crisis o con una sola (41%), que en el siglo XVIII, en el que solo hubo un 16,7% de años. Podríamos decir, pues, que en el siglo XIX los años de crisis disminuyeron de forma significativa. Sin embargo, las crisis graves (que afectaron a más de diez comarcas), se mantuvieron (el 15,6% de los años en el siglo XVIII, y 12,5%, en los sesenta años del siglo XIX). Y la más grave de todas se produjo a principios de este siglo (1809).

Figura 2

Años de crisis de mortalidad por comarcas en Cataluña (siglos XVIII y XIX)



Fuente: Elaboración propia.

Otra manera de aproximarse al tema es preguntarse cuantos años vivieron en crisis de mortalidad las diferentes comarcas. El apéndice 1 recoge las crisis que se produjeron en cada comarca. En el siglo XVIII hubo una media de 16,5 crisis por comarca que suponía el 17,7% de los años, y en el siglo XIX, el 15,9% de los años. No en todas las comarcas hubo los mismos años de crisis. Los mapas de la figura 2 recogen los años de crisis por comarca en los siglos XVIII y XIX, elaborados a partir del apéndice citado. No en todas las comarcas hubo los mismos años de crisis. En el siglo XVIII, las comarcas de Lleida, del Pirineo y del Ebro eran las que vivieron más años de crisis. Después, se reducía en las comarcas situadas en un segundo arco, hasta llegar a las comarcas de Girona, Maresme y alrededores de Barcelona, que eran las comarcas con menos años de crisis. El Baix Empordá y la Selva fueron las que vivieron menos años de crisis.

En el siglo XIX, el número de crisis se redujo en general. El mapa que surge no es muy distinto al del siglo XVIII, las comarcas de Lleida, Pirineo y Tarragona son las más afectadas, con especial intensidad en el Solsonés, Alt Camp, Pallars Jussá y les Garrigues, mientras que las comarcas de Girona y alrededores de Barcelona son las que presentan menos años de crisis. Las crisis de mortalidad, pues, no se distribuían igual sobre el territorio. La Cataluña occidental y del Ebro eran más propensas a las crisis que las comarcas de Girona y alrededores de Barcelona. ¿Qué podría explicarlo? ¿la agricultura era más rica en las comarcas de Girona que en las de Lleida? ¿las estructuras sociales?

5. LA INTENSIDAD DE LAS CRISIS

Las crisis deben medirse también por su intensidad. Puede haber una crisis que afecte a todo el territorio con intensidad baja u otra que afecte pocas comarcas, pero con

mucha intensidad. La intensidad nos la da el porcentaje de desviación del año en crisis respecto a la media aritmética truncada de once años. Hemos considerado crisis de mortalidad cuando la desviación de las defunciones estaba por encima del 25% de la media móvil. Entre el 25% y 50% la crisis de mortalidad era de baja intensidad y a partir del 100% se puede considerar de alta intensidad.

La tabla 4 sintetiza las crisis que se produjeron por comarcas en Cataluña clasificadas según su intensidad. El 60,1% de las crisis fueron de baja intensidad (la mortalidad se elevó como mucho hasta un 50%) y el 10,6% de alta intensidad, las realmente graves. Si miramos la intensidad por siglos, en el siglo XVIII hubo más crisis, pero fueron de menor intensidad (62,7% de crisis moderadas y el 7,8% de crisis graves); en cambio, en el siglo XIX fueron menos intensas (55,1%) pero el siglo con las más graves (15,9% del total), especialmente la de 1809, que afectó a todas las comarcas.

Tabla 4

Comarcas en crisis según su intensidad en Cataluña (1700-1860)

<i>Intensidad de la crisis</i>	<i>S. XVIII</i>	<i>%</i>	<i>S. XIX</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
25 a 50%	362	62,7	166	55,1	528	60,1
50 a 75%	119	20,6	64	21,3	183	20,8
75 a 100%	51	8,8	23	7,6	74	8,4
Más de 100%	45	7,8	49	16,3	93	10,6
	577		301		878	100

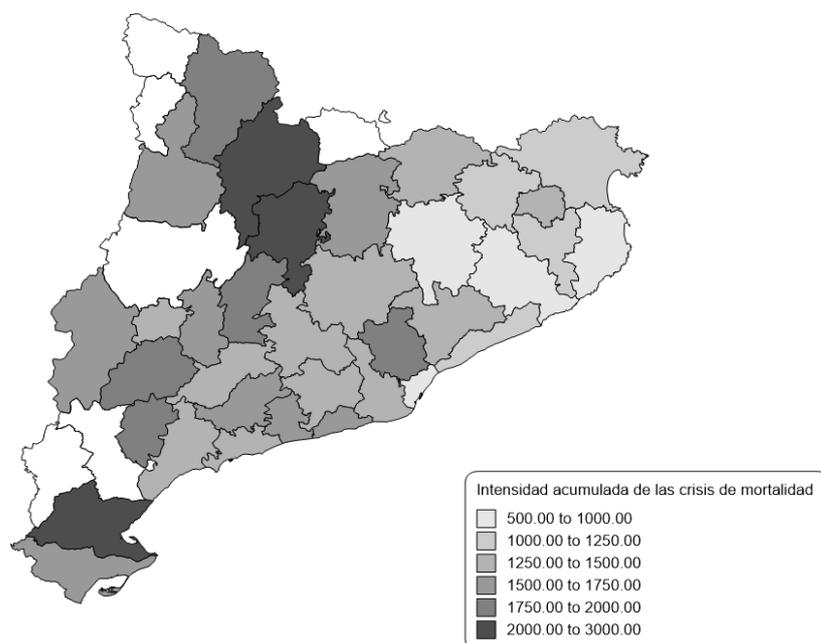
Fuente: Elaboración propia.

En el apéndice 2 hemos agrupado las crisis que afectaron a cada comarca según su intensidad. Todo parece indicar que hay áreas donde las crisis fueron normalmente de baja intensidad y otras en las que las crisis solían ser más graves. Las comarcas de Girona (*Región II*) y la comarca de Vic (*Región VI*) en la Cataluña Vella es donde las crisis presentan menor intensidad (entre el 25% y el 50%). Asimismo, en 23 comarcas de 35, más del 80% de las crisis que se sucedieron estaban por debajo del 75% de intensidad. Se trata pues de intensidades moderadas. En otras, en cambio, más del 25% eran de una intensidad superior al 75%. Destacan el Baix Llobregat (36,4% del total), el Barcelonés (27,3%) y el Vallés Occidental (26,9%) en los alrededores de Barcelona; el Baix Penedès (21,4%); la comarca del Baix Ebre (34,6%); el Berguedá (36%) y el Solsonés (36,4%) en la Cataluña Central, y un conjunto de comarcas entre el llano de Lleida (Segrià, 21,4% y el Pla de Urgell (22,2%). Y las comarcas más al sur de las Garrigues (31,3%) y el Priorat (30%). Había, pues, zonas en las que las intensidades de las crisis solían ser más elevadas.

Otra forma de aproximarnos a si hubo zonas con más o menos intensidad es acumulando las intensidades de todas las crisis por comarcas, lo que hemos representado en la Figura 3.

Figura 3

La intensidad acumulada de las crisis de mortalidad en Cataluña por comarcas (1700-1800)



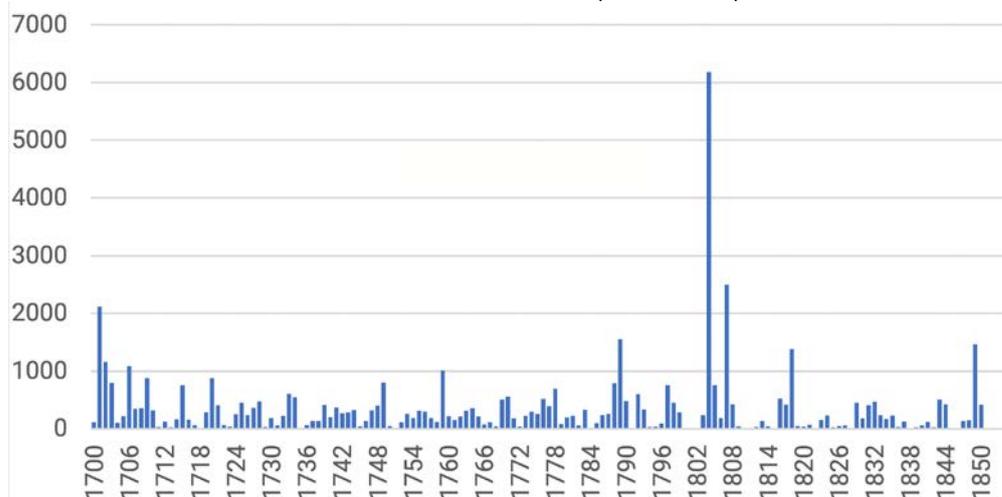
Fuente: Elaboración propia.

Se observa de nuevo esta demografía diferencial a nivel espacial. Las comarcas del nordeste catalán (Girona) es donde las crisis fueron menos intensas; en cambio son mucho más graves en la Cataluña Occidental en una diagonal que va desde el Berguedá a las comarcas del Ebro con comarcas con una intensidad especialmente grave como el Alt Urgell, Solsonés y Baix Ebre, seguidas de la Segarra, Garrigues y Priorat. Por debajo de esta diagonal y más cerca de la costa, la intensidad de las crisis acumuladas era menor. De nuevo, el contraste entre la Cataluña occidental y la Cataluña del nordeste, y entre ellas, el resto de las comarcas de Barcelona y parte de las de Tarragona.

En el gráfico 2 hemos realizado un ejercicio distinto. Hemos acumulado las intensidades de todas las comarcas por años para detectar cuales fueron las crisis más intensas, al margen del número de comarcas que afectaba. Cuanto más elevada era la acumulación, la crisis sería más intensa y grave. La combinación de crisis aleatorias en el territorio con intensidades relativamente bajas en la mayoría de las crisis nos da una cronología de bajas intensidades. Solo en momentos concretos las intensidades se acumulan y podemos hablar de crisis realmente graves. Por encima del valor 1.000 encontramos los siguientes años: 1706, 1707, 1711, 1764, 1794, 1809, 1812, 1823 y 1854. Son los años con las crisis de mortalidad más graves, a las que luego nos referiremos. Entre el valor 500 y el valor 1.000 encontramos los siguientes años: 1708, 1714, 1720, 1725, 1738, 1754, 1774, 1781, 1783, 1793, 1797, 1802, 1810, 1821 y 1848.

Gráfico 2

Intensidad de las crisis de mortalidad en Cataluña (1700-1860)



Fuente: Elaboración propia.

Del gráfico se deduce, como ya hemos visto más arriba, que siempre había alguna comarca -y por ende, pueblos y parroquias- con crisis locales o localizadas. Esta era la normalidad asumida por la misma población. Sin embargo, en algunos años la crisis de mortalidad trascendía el ámbito local y se generalizaba a otras comarcas y a buena parte de Cataluña, debido a epidemias generalizadas, guerras o carestías que afectaban a la generalidad de la población. Lo que pretendemos a continuación es definir aquellas crisis que pueden clasificarse como generales y valorar su gravedad. Solo la crisis de 1809 afectó toda Cataluña, por lo que en las otras crisis siempre hubo comarcas que quedaron fuera e incluso en algunas de las crisis más generales tuvieron intensidades modestas.

Para definir estas crisis de mortalidad generalizadas y valorar su intensidad hemos utilizado dos criterios: a) hemos partido de los años en los que, por lo menos, diez comarcas estaban en crisis sea cual fuese su intensidad; y b) el hecho de que una crisis no tenía por qué producirse el mismo año en todas las comarcas, ya que podía empezar el año anterior al que consideramos de crisis y acabar el posterior, es por lo que al año central de la crisis le hemos añadido las comarcas afectadas el año anterior y el año posterior. Al mismo tiempo, hemos acumulado todas las intensidades de las comarcas en crisis lo que nos permitirá valorar su gravedad.

Este método deja fuera del cálculo crisis especialmente graves localizadas en un espacio concreto. No son muchas, luego nos referiremos a ellas.

6. LAS PRINCIPALES CRISIS DE MORTALIDAD EN CATALUÑA

A partir de esta metodología, recogemos en la tabla 5 las principales crisis de morta-

lidad en Cataluña¹⁵. De su lectura se desprenden diversas consideraciones:

- a) Entre 1700 y 1860 se produjeron 18 crisis de mortalidad consideradas generales de intensidad variable, siguiendo los criterios definidos más arriba.
- b) Solo una de estas crisis afectó a todas las comarcas (1809-1810). Las otras crisis fueron siempre parciales. Siguió la de 1706-1708, que afectó al 88,6% de las comarcas; la de 1724-1726, el 85,7%, y la de 1822-1823, el 82,9%. Las otras crisis afectaron entre el 55 y 80%, excepto dos, las de 1836-1838 y 1848-1849, que afectaron el 40/45% de las comarcas.

Tabla 5

Crisis de mortalidad en Cataluña (1700-1860)

<i>Años de crisis</i>	<i>Comarcas afectadas</i>	<i>% (sobre 35)</i>	<i>Intensidad acumulada</i>	<i>Intensidad media por comarca</i>	<i>Primera comarca más afectada</i>	<i>Segunda comarca más afectada</i>
1706-08	31	88,6	4.064,3	131,1	Baix Ebre	Priorat
1710-12	21	60,0	1.653,3	78,7	Pla del Estany	Solsonés
1713-15	23	65,7	1.560,2	67,8	Berguedá	Vallés Oriental
1719-21	20	57,1	1.074,6	53,7	Pallars Sobirá	Solsonés
1724-26	30	85,7	1.569,3	52,3	Alt Penedés	Vallés Occ/ Segriá
1737-39	23	65,7	1.374,1	59,7	Solsonés	Ripollés
1753-55	21	60,0	1.247,7	59,4	Priorat	Segarra
1763-65	19	54,3	1.347,9	70,9	Berguedá	Priorat
1774-76	25	71,4	1.242,6	49,7	Garrigues	Bages
1781-83	21	60,0	1.598,7	76,1	Solsonés	Bages
1793-95	26	74,3	2.818,7	108,4	Alt Urgell	Pallars Sobirá
1802-04	23	65,7	1.492,9	64,9	Pla de Urgell	Pallars Jussá
1809-10	35	100,0	6.933,7	198,1	Tarragonés	Vallés Occ.
1812-13	25	71,4	2.921,8	116,9	Solsonés	Garraf
1822-23	29	82,9	1.799,8	62,1	Segarra	Pallars Jussá
1836-38	15	42,9	1.108,6	73,9	Solsonés	Alt Empordá
1848-49	16	45,7	930,6	58,2	Pallars Jussá	Priorat
1853-55	25	71,4	2.129,0	85,2	Garraf	Montsiá

Fuente: Elaboración propia.

15 En un artículo reciente, Alex Sánchez y Francesc Valls (2016) hicieron un estudio de las crisis. A partir de una muestra mucho más pequeña y de una metodología totalmente distinta, definían los años de crisis más graves en Cataluña. Los resultados que hemos obtenido son muy parecidos.

Le seguía en importancia -y fue también grave-, la de 1706-1708 con una intensidad de 4.064,3 y que afectó el 88,6% de las comarcas. Forma parte de las crisis relacionadas con la Guerra de Sucesión, como las de los años 1710-1712 y 1713-1715, que forman parte del mismo ciclo, aunque con intensidades menores.

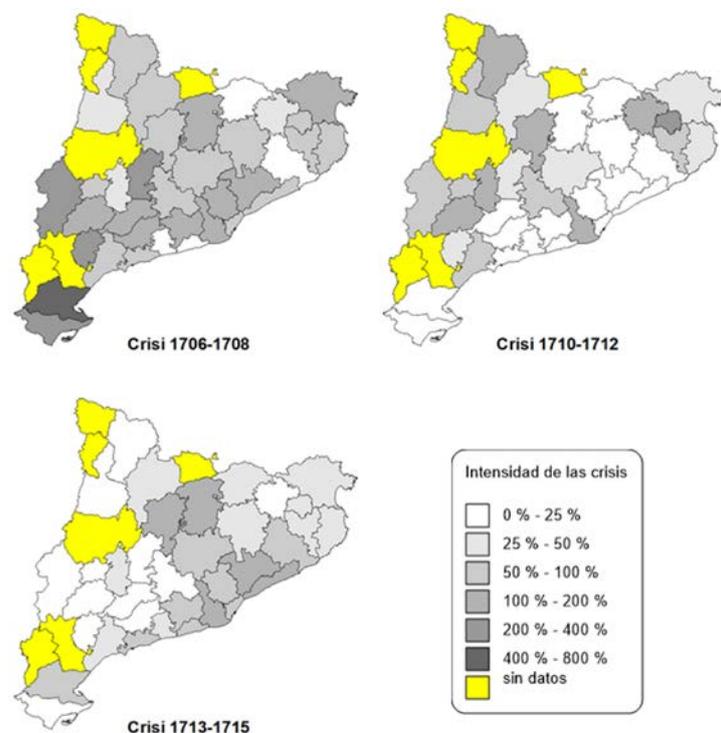
Le siguen en importancia la de 1793-1795 (2.818,7 de intensidad) relacionada con la Guerra Grande y la de 1853-1855 (2.021,4) relacionada con la epidemia del cólera. El resto son crisis de mortalidad modestas con intensidades relativamente bajas.

- c) La intensidad de las crisis fue también variable. La más grave sin ninguna duda fue la de 1809-1810 (6.933,7 de intensidad acumulada, muy por encima de las demás). La crisis de 1812-1813 la hemos considerado como una crisis distinta, aunque forma parte de la misma etapa.
- d) Si calculamos la intensidad media por comarca, se observa que las crisis de mortalidad eran en general de baja intensidad, a excepción de la de 1809-1810, 1706-1708, 1793-1795 y 1812-1813. La mitad de las crisis generales se situaron entorno al 60% de intensidad media.

En este punto queremos cartografiar cada crisis y ubicarla dentro de la historiografía de Cataluña. Aunque vamos a situarlas en las coyunturas agrarias, climáticas y económicas a partir de la bibliografía existente, nuestra intención no es realizar un análisis epidemiológico ni social de las mismas, sino disponer de una geografía y una cronología de éstas¹⁶.

Las crisis de la Guerra de Sucesión.

En Cataluña se sucedieron tres periodos de crisis de mortalidad que coinciden con la Guerra de Sucesión, la cual no se ha estudiado desde esta perspectiva. Algunos autores confirman los datos que exponemos (Capdevila Muntadas, 2009) y otros definen estos años como años de malas cosechas que, junto con la guerra y lo que ello supuso, explicaría esta crisis de mortalidad (Marfany, 2005; Vilar, 1964, II: 425).



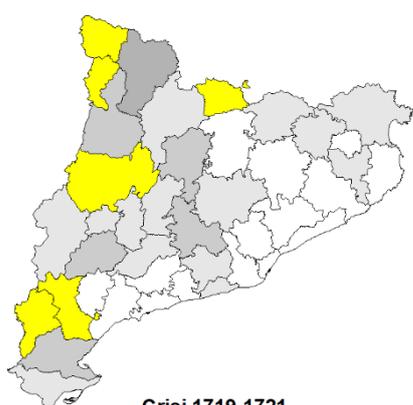
¹⁶ Los mapas están contruidos a partir de los datos del apéndice 3 y la leyenda del primer bloque de crisis sirve para todos los mapas que siguen a continuación.

La crisis de 1706-1708. Fue una de las más graves de Cataluña. Afectó al 88,6% de las comarcas y fue la segunda en intensidad de todo el periodo analizado (4.064,3). Fue especialmente grave en las comarcas del Ebro y Tarragona (Baix Ebre (García-Moro et al., 2000: 104), Montsiá, Priorat, Conca de Barberá y Alt Camp) y en las comarcas de Lleida (Segriá, Garrigues y Segarra). También tuvo una intensidad importante en el Vallés Occidental, Alt Empordá, Alt Penedés y Berguedá. En Tárrega la escasez de granos, la subida de precios y la guerra explican la crisis (Planes Closa, 1995: 107-110).

La crisis de 1710-1712. Afectó el 60% de las comarcas de Cataluña y aunque la intensidad acumulada no fue muy alta (1.653,3), la intensidad media de las comarcas afectadas fue considerable (78,7). Tuvo una geografía muy precisa ya que afectó a las comarcas de Lleida y Pirineo y a las comarcas de Girona. En cambio, las comarcas de Tarragona y parte de la Cataluña Central quedaron totalmente al margen. P. Vilar (1964, II: 425) también habla de escasez en el año 1712.

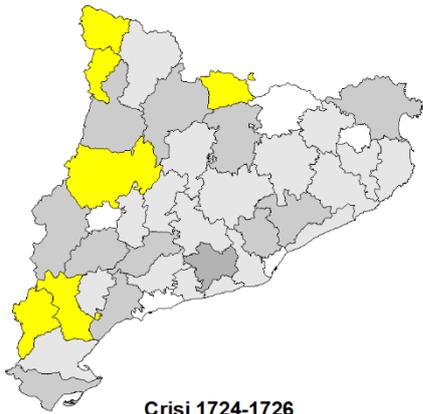
La crisis de 1713-1715. Fue la última crisis en el marco de la Guerra de Sucesión. Afectó al 65,4% de las comarcas con una intensidad de 1.560,2. Es como si la crisis se hubiese desplazado y, mientras las comarcas de Lleida aparecen sin crisis, esta afectó sobre todo a la Cataluña del nordeste y buena parte de la Cataluña Central.

Algunos autores la explican como consecuencia de los estragos de la Guerra de Sucesión con un constante movimiento de tropas, actos descontrolados de guerra, pillajes y bandolerismo y, el hecho de que continuara en algunas zonas hasta años después, se explicaría por la represión militar y el ensañamiento derivado de la implantación del catastro (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016, 135). Sin duda la Guerra influyó, pero agudizó problemas propios del mundo rural y de coyunturas climáticas poco precisadas. Fue sin duda una de las grandes crisis demográficas de la Cataluña del siglo XVIII, centrada especialmente en la Cataluña occidental.



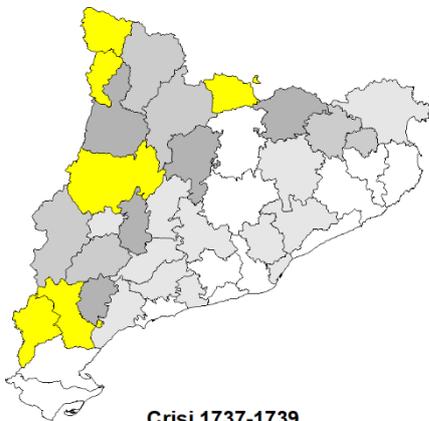
Crisi 1719-1721

La crisis de 1719-1721. Fue una crisis poco intensa (1.074,6, la más baja de todas las consideradas) y afectó al 57,1% de las comarcas de Cataluña. Fue de nuevo una crisis que afectó a las comarcas de Lleida, Pirineo y tierras del Ebro. Tuvo un efecto muy débil en las comarcas de Girona y fue inexistente en las comarcas de Barcelona y Tarragona. Conocemos los problemas que en esta década se produjeron en el Camp de Tarragona, Urgell y Conca de Barberá con brotes de peste que las autoridades intentaban controlar. Era el antecedente de las crisis que se sucederían en los años siguientes (Arranz Herrero, 1985: 194).



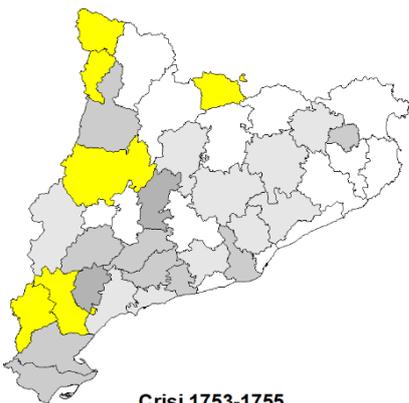
Crisi 1724-1726

La crisis de 1724-1726. Aunque su intensidad no fue muy elevada (1.569,3) y la intensidad media se situó en 52,3, afectó al 85,7% de las comarcas, prácticamente todo el territorio. La crisis aparece muy homogénea, con algo más de intensidad en las comarcas de Lleida. Tenemos noticias de peste en las comarcas de Tarragona y de fiebres palúdicas o tercianas y fiebres tifoideas (Arranz Herrero, 1985). Fue la causa del incremento de mortalidad en las diferentes comarcas.



Crisi 1737-1739

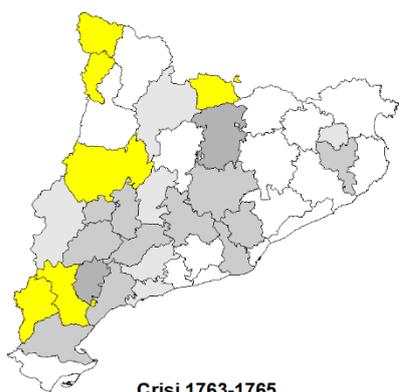
La crisis de 1737-1739. Una crisis que afectó a las dos terceras partes de las comarcas y una intensidad de 1.374,1. Será una de las crisis modestas que se dieron en todo el periodo. De nuevo la geografía nos indica que fue la Cataluña occidental y, en este caso, las comarcas de Tarragona las que sufrieron los efectos de esta crisis. Sabemos la existencia en Tárrega (Urgell) de una sequía para el 1737-1738 y una fortísima epidemia de viruela en el año 1739, lo que confirma la geografía de la epidemia (Planes Closa, 1995: 114-15). La viruela empezará a tomar protagonismo cada vez más a partir de este momento.



Crisi 1753-1755

La crisis de 1753-1755. Tampoco es de las más graves. Afectó al 60% de las comarcas y tuvo una intensidad modesta de 1.247,7. Las comarcas con una intensidad más grave fueron el Priorat y la Segarra. Sabemos que se enmarca en una sequía que empezó en 1747 y 1748 y culminó en los años 1752 y 1754 (Vilar, 1964: 443-44; Marfany, 2005; Gual, 1997). En Tárrega (Urgell) los largos años de sequía, malas cosechas y malnutrición acabaron con una durísima epidemia de tercianas que explican la crisis de mortalidad. Carestía y enfermedades se combinaron en esta crisis (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016: 138).

La geografía sigue indicando las comarcas de Tarragona, de Lleida y del Ebro como las más afectadas por esta crisis.



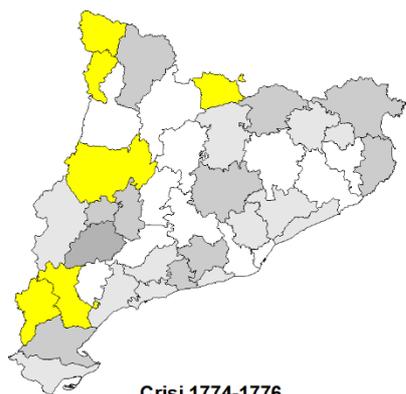
Crisi 1763-1765

La crisis de 1763-1765. Para muchos historiadores fue una de las más graves. Se habla de crisis alimentaria (Vilar, 1964, III: 444) provocada no tanto por sequías sino por un exceso de lluvias que provocó inundaciones y humedad que acabó destruyendo las cosechas (Simón Tarrés, 1995; Puigvert, 1985) lo que llevó a una subida de precios del trigo y otros alimentos que pauperizó a la población que recurría a las sopas públicas para poder alimentarse (Marfany, 2005; Ginebra, 2005; Simón Tarrés, 1995). A. Simón Tarrés (1995) realizó diversos cálculos a partir de alguna series de defunciones en los que demostró la importancia de la crisis. Nuestros datos sin embargo la minimizan.

Según nuestros resultados, afectó al 54,3% de las comarcas y tuvo una intensidad modesta de 1.347,9, aunque la intensidad media por comarca se sitúa en 70,9%, algo más alta que otras que afectaron al mismo número de comarcas.

Esta crisis afectó de nuevo la mitad occidental de Cataluña, desde la línea marcada por el Berguedà, Bages y Baix Llobregat. El Berguedà (154,8) y el Priorat (140,3) fueron las que tuvieron la intensidad más alta. Esta crisis, enmarcada en problemas de subsistencia, fue fundamentalmente una crisis de párvulos. Los niños murieron masivamente a causa de la viruela que les afectó de forma especial (Gual, 1997: 24; Simón Tarrés, 1995; Planes Closa, 1995: 134-35).

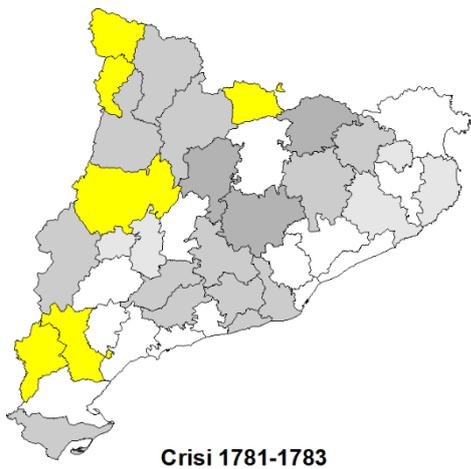
Para algunos autores, esta crisis indicaba la llegada al techo malthusiano y a un desequilibrio entre población y recursos que se superó por los cambios que se produjeron en la economía catalana (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016). Sin embargo, los datos resitúan esta crisis que fue menos grave de lo que se pensaba.



Crisi 1774-1776

La crisis de 1774-1776. Esta crisis afectó al 71,4% de las comarcas y su intensidad media fue de las más bajas de todo el periodo (49,7). La comarca más afectada fue la de las Garrigues (116,8) y muchas comarcas apenas se vieron afectadas. Vilar atribuye esta crisis a una epidemia de viruela que afectaba a los niños. Los datos de Tárrega también la confirman (Vilar, 1964; Planes Closa, 1995: 136-37).

En los años ochenta del siglo XVIII se inicia un largo periodo de inestabilidad climática en el que se combinan fenómenos meteorológicos extremos de sequía, inundaciones y fuertes nevadas. Es el periodo conocido como Oscilación Maldá (1760-1800) acompañado de años de sequías continuadas (Barriendos, 2005; Barriendos y Dannecker, 1999). Algunos de las graves crisis deben ubicarse en esta excepcionalidad climática

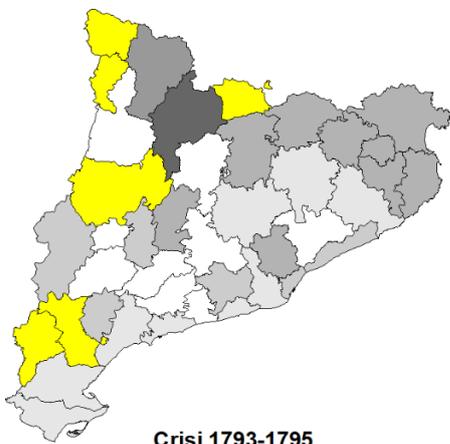


Crisi 1781-1783

La crisis de 1781-1783. Esta primera crisis afectó al 60% de las comarcas y tuvo una intensidad de 1.598,7, lo que supuso una intensidad media de 76,1. Fue especialmente intensa en la Cataluña Central (Solsonés 144,8, Bages, 118 y Ripollés, 102,9), en las comarcas del Pirineo y en el Penedés, Baix Llobregat y Conca de Barberá. Es el momento de la aparición de las fiebres terciana, fiebres pútridas o fiebres palúdicas que debilitaban a la población y la conducían a la muerte (Marfany, 2005; Baños Guardiola, 2011¹⁷; Pons Serra, 2001; Simón Tarrés, 1995:

102). Habría que añadir la presencia de la viruela, el tifus y la gripe como causas de muerte (Planes Closa, 1995)¹⁸.

Algunos autores relacionan esta crisis con los problemas de aprovisionamiento que provocó la guerra de la independencia de los Estados Unidos que redujo el consumo y abocó a problemas en las fábricas. Sánchez y Valls plantean que estas crisis eran ya de nuevo tipo y que tenían que ver con problemas externos que abocaban a crisis productivas en las economías protoindustriales (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016). Sin embargo, la geografía de la crisis no coincide precisamente con las zonas más protoindustrializadas, por lo que seguramente es una multitud de factores los que explican esta crisis.



Crisi 1793-1795

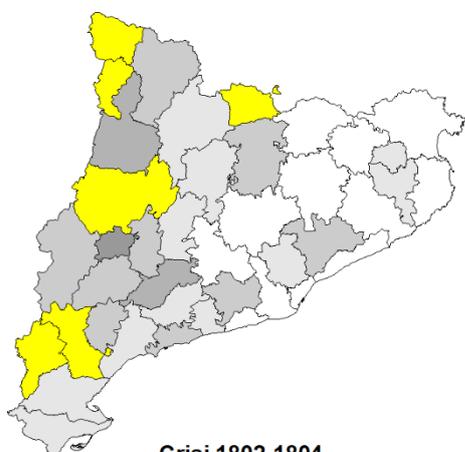
La crisis de 1793-1795. Fue una de las crisis más importantes. Afectó a la tercera parte de las comarcas y fue la cuarta en intensidad (2.818,7), así como en intensidad media por comarca (108,4). Fijémonos que hemos pasado los "rebomboris del pa" de 1789 que provocaron revueltas urbanas pero no repercutió en ninguna crisis de mortalidad (Castells Olivan, 1970; Vilar, 1964, III: 445-46; Bustamante Alba, Conejo, y Torruella Llopart, 1989; Puigvert, 1985: 77). Seguramente se sobreponen diversos problemas. Los pueblos de la frontera vivieron los efectos de la Guerra Gran que se cebaba especialmente en ellos.

En el mapa se marca perfectamente este eje pirenaico desde el Pallars Subirà (291,3), el Alt Urgell (478,2) y todas las comarcas de Girona pasando por el Berguedá (Nadal, 1990). Sin embargo a este hecho se superponen epidemias de viruela que afecta-

17 Este autor describe la existencia de fiebres tercianas en Lleida, llano de Urgell, Conca e Barberá, Tarragona, Segarra, Manresa, Lluçanés, Igualada, Piera, Vilafranca del Penedés, Martorell y Solsona.

18 Entre 1783 y 1786 conocemos la importancia de las fiebres tercianas en Barcelona (Pometti Benítez, 2014).

ban sobre todo a los niños ligadas a los altos precios del trigo en un periodo inflacionario y a los periodos de fiebres palúdicas (Gual, 1997: 25; Planes Closa, 1995: 120-21).

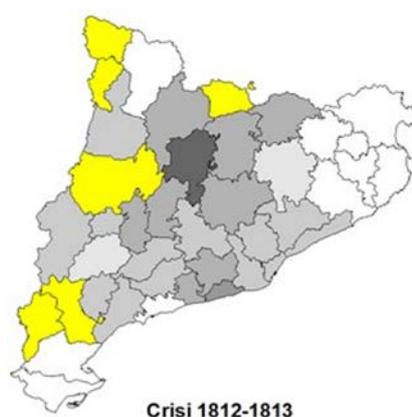
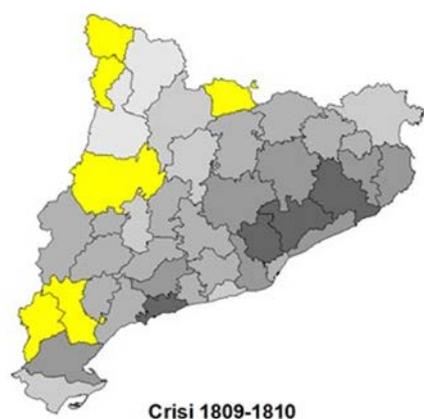


La crisis de 1802-1804. En España fue una de las crisis de mortalidad más graves relacionadas directamente con una crisis de subsistencia (Llopis Agelán y Sánchez Salazar, 2014). En Cataluña, no fue de las más graves. Afectó a dos terceras partes de las comarcas y tuvo una intensidad de 1.492,9. La Guerra con Inglaterra proyectó escasez al condicionar el aprovisionamiento de granos, pero a partir de 1802 la crisis se agudizó, especialmente en el interior (Nadal, 1990). El Pla de Urgell fue la comarca con la crisis más grave (232,5), seguida del Pallars Jussá y la Conca de Barberá. El mapa sitúa las comarcas de Lleida como las más perjudicadas, aunque también afectó a las de Tarragona. Algunos autores califican de auténticamente trágica la situación en el Urgell a partir de inviernos fríos y malas cosechas. El hambre se mezclaba con las fiebres pútridas y la viruela (Gual, 1997: 35; Planes Closa, 1995: 124-26).

La Guerra con Inglaterra provocó también una profunda crisis en el comercio con América y la Europa noratlántica, cayó el precio del aguardiente, se redujo la inversión en indianas, se pararon las fábricas de lana en Sabadell e Igualada y la mala cosecha de 1801 se convirtió en crisis de subsistencia. Todos estos elementos explican el agravamiento de la coyuntura (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016: 151).

La Guerra con Inglaterra provocó también una profunda crisis en el comercio con América y la Europa noratlántica, cayó el precio del aguardiente, se redujo la inversión en indianas, se pararon las fábricas de lana en Sabadell e Igualada y la mala cosecha de 1801 se convirtió en crisis de subsistencia. Todos estos elementos explican el agravamiento de la coyuntura (Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016: 151).

Las crisis de la Guerra del Francés. Dentro del marco de la Guerra del Francés se ubican dos periodos gravísimos de mortalidad catastrófica que responden seguramente a las mismas causas. El primero, y sin duda el más grave, se originó en el año 1809 y el segundo en el año 1812.



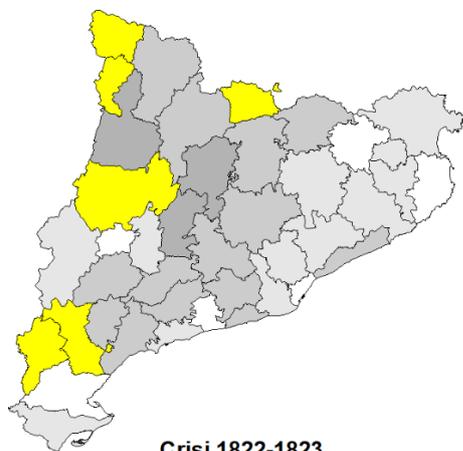
La crisis de 1809-1810. Fue el episodio más grave de mortalidad catastrófica en Cataluña en el periodo estudiado y, seguramente, equivalente o superior al desastre demográfico provocado por la peste bubónica del año 1655. Afectó a todas las comarcas

y llegó a una intensidad acumulada de 6.933,7 (el 50% más que la segunda más grave de los años 1706-1708) y a una intensidad media por comarca de 198,1. En algunas comarcas fue realmente un desastre demográfico de gran envergadura. Las intensidades más altas se alcanzaron en el Vallés Oriental (444,6) y Occidental (465,1), La Selva (419,8) y Tarragonés (531,8). En cambio, las intensidades más bajas se dieron en el Pirineo (en el Pallars Jussá (45,6) y el Pallars Sobirà (44,4). Incluso esta crisis general tuvo una geografía específica.

El mapa de la crisis de 1809-1810 muestra que fue especialmente aguda en las comarcas de Girona y alrededores de Barcelona, y en Tarragona -donde la guerra tuvo un especial impacto- pero se fue diluyendo a medida que nos acercábamos al Pirineo.

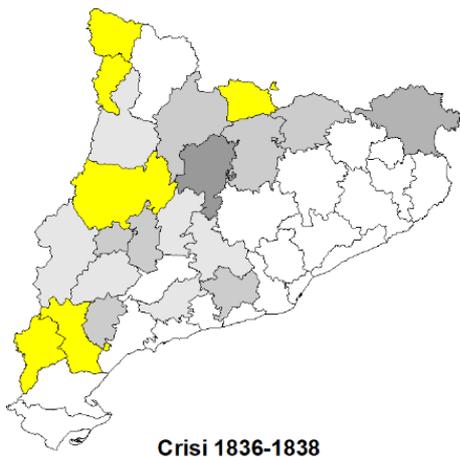
¿Cómo explicarla? No hay un trabajo específico que analice esta crisis. ¿Fue la Guerra la que provocó esta crisis demográfica? Muchos autores así lo piensan. Las tropas napoleónicas que arrasaban las poblaciones serían la principal causa (Gual, 1997: 47-52; Planes Closa, 1995; Nadal, 1990; Marfany, 2005; Sánchez Suárez y Valls-Junyent, 2016: 55). Sin embargo, surgen muchas dudas. Es interesante el caso de Sant Feliu de Codinas. En un primer momento se nos indica que la causa está en el asalto de la población por las tropas francesas, pero cuando se analizan las causas de defunción, el 51,46% de los adultos murieron de fiebres pútridas y el 11,4% de los niños, de viruela (Montaña Buchaca, 1988). En Vic, a consecuencia de la Guerra, se propagó una violenta epidemia de tifus (Reparaz Ruiz, 1928). En Torredembarra se hablaba del *any de les malalties*. Una crisis tan virulenta no puede ser debida únicamente a la Guerra; los destrozos, destrucciones y desestructuraciones de todo tipo, iban relacionados con escasez, epidemias y enfermedades diversas. Una crisis que merece una investigación específica.

La crisis de 1812-1813. A la crisis de 1809-1810, siguió una segunda parte en 1812-1813. Afectó a menos comarcas (71,4%) pero fue la tercera en cuanto a intensidad acumulada (2.921,8) e intensidad media por comarca (116,9). Afectó a todo el país, especialmente la comarca del Solsonés (529,1) donde fue especialmente grave. Las comarcas de Girona y las tierras del Ebro pudieron eludir el embate de esta segunda crisis. Las pocas referencias que tenemos indican que fue una crisis de subsistencia. Las descripciones de hambre y penurias abundan (Codina, 1995: 173; Martorell Pañella, 2010; Colomé Ferrer, 1997; Prat, Soler y Vila, 2010; Nadal, 1990).



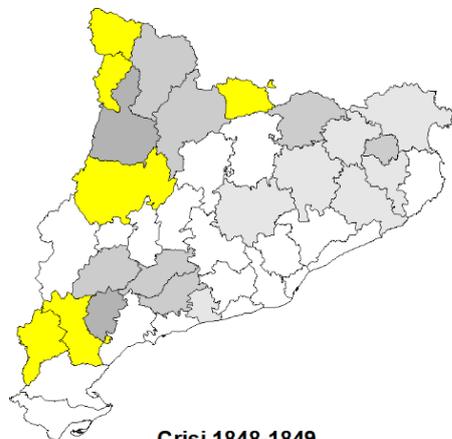
Crisi 1822-1823

La crisis de 1822-1823. Los estudios de climatología nos han aportado evidencias de una prolongada sequía entre 1812 y 1824 en Cataluña (Barriandos y Dannecker, 1999). Esta crisis pues se engloba en la parte final de este periodo. Afectó prácticamente toda Cataluña (82,9% de comarcas), aunque su intensidad media fue modesta (62,1). Fue más aguda en el interior de Cataluña y comarcas de Tarragona y más suave en los alrededores de Barcelona y comarcas de Girona.



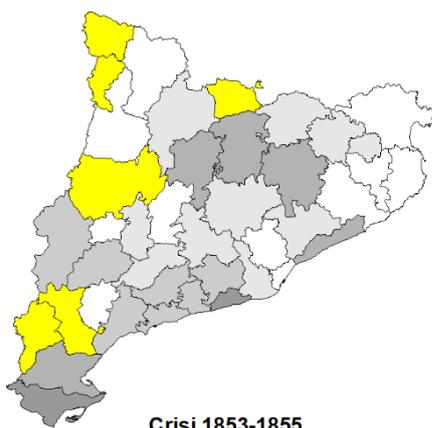
Crisi 1836-1838

La crisis de 1836-1838. Hasta cierto punto puede clasificarse de crisis de mortalidad. Afectó solo al 42,9% de las comarcas catalanas con una intensidad media por comarca relativamente alta (73,9). En realidad, es una crisis que tiene que ver con la Guerra Carlista y su geografía coincide con las zonas donde hubo más conflicto. En el Solsonés, una comarca con una gran actividad carlista, la crisis de mortalidad tuvo una intensidad de 231,2, seguida del Alt Empordà (122,7). En las comarcas de Girona, alrededores de Barcelona y comarcas de Tarragona, apenas tuvo ninguna incidencia.



Crisi 1848-1849

La crisis de 1848-1849. Fue una crisis poco extensa. Afectó al 45,7% de las comarcas y su intensidad fue de las más bajas (930,6). La crisis se concentró en las comarcas del Pirineo, comarcas de la Cataluña interior, Gerona y algunas comarcas de Tarragona. No conocemos las causas que la provocaron.



Crisi 1853-1855

La crisis de 1853-1855. El cólera fue la nueva epidemia del siglo XIX y los episodios contagiosos se fueron sucediendo a lo largo del siglo. En Barcelona, las defunciones por cólera ya habían sido 3.869 en el año 1834 (Rebagliato, 1982). Sin embargo, la epidemia más importante se produjo en el año 1854. El contagio no afectó a todas las comarcas. La crisis de mortalidad afectó a dos terceras partes, aunque su intensidad fue una de las más elevadas de todas las estudiadas (2.021,4) y la intensidad media se situó en 84,2. Las comarcas del Pirineo y las comarcas de Girona apenas se vieron afectadas, y, en cambio, fue una crisis muy aguda en el Tarragonés

(287,7), Montsià (265,1), el Solsonés (106,2), el Berguedà (185,2), el Ripollés (128,2), las comarcas de Tarragona y las tierras de Lleida. Esta epidemia es sin duda la más conocida ya que es la que ha generado más investigaciones de carácter local (Cortés Genescá y Cava Sánchez, 1986; Fernández García, 1934; Corbella Corbella, 1989; Castellví Todà, 2000; Montañá Buchaca y Pujol Ros, 1992; Montañá y Pujol, 1993; Sabatè Bosch y Quílez Mata, 1995; Salarich Torrents, 1965; Terrades, 1982).

Las crisis comarcales no generales. Hemos descrito las crisis generales que afectaron una parte importante de Cataluña. Sin embargo, hubo crisis especialmente graves que se sucedieron en una sola comarca. En el cuadro 6 hemos recogido aquellas crisis con una intensidad superior a 75 de algunas comarcas que no están incluidas dentro de las crisis anteriores. No son muchas, aunque algunas tienen una especial importancia.

Tabla 6

Crisis especialmente graves en una sola comarca al margen de las crisis generales (intensidad por encima del 75%), 1700-1860

<i>Año</i>	<i>Comarca</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Comarca</i>	<i>Intensidad</i>
1717	Priorat	95,0		
1729	Baix Ebre	85,0		
1730	Les Garrigues	87,5	Baix Camp	77,5
1732	Oallars Jussá	135,0		
1733	Baix Ebre	320,0		
1735	Berguedá	95,0		
1744	Baix Ebre	167,5		
1745	Garraf	92,5		
1747	Alt Urgell	77,5		
1749	Garraf	77,5		
1751	Vallés Occ.	90,0		
1752	Pallars Sobirá	100	Solsonés	82,5
1760	Baix Llobregat	80,0	Pallars Jussá	105,0
1767	Montsiá	75,0		
1769	Baix Penedés	102,5		
1778	Vallés Occ.	102,5		
1779	Gironés	75,0		
1780	Alt Urgell	75,0		
1789	Alt Camp	77,5		
1797	Baix Penedés	175,0	Segriá	95,0
1798	Priorat	90,0		
1811	Tarragonés	90,0		
1821	Barcelonés	152,5	Baix Ebre	305,0
1834	Pallars Sobirá	102,5	Barcelonés	95,0

Fuente: Elaboración propia.

No conocemos las razones que las provocaron, pero hay que destacar las de 1733 y 1744 en el Baix Ebre, especialmente la primera; la del Baix Penedés en 1797; las epidemias de fiebre amarilla que afectaron Barcelona y Tortosa (1821) (Pometti Benítez, 2019) o las primeras epidemias de cólera especialmente violentas en el Pallars Sobirà y en la ciudad de Barcelona.

CONCLUSIONES

A partir de la reconstrucción de un volumen importante de series demográficas de mortalidad, se ha pretendido realizar una aproximación cuantitativa a las crisis de mortalidad tanto a nivel de intensidad como de reparto geográfico. Esta aproximación, que faltaba en la historiografía catalana, es la que exponemos a continuación.

- a) En primer lugar, hemos medido la mortalidad catastrófica de Cataluña a nivel de *Regiones* (una división que permite repartir Cataluña en áreas geográficas más coherentes). Esta mortalidad tuvo dos periodos especialmente graves, el primero coincide con el periodo 1701-1720 (guerra y efectos de la Guerra de Sucesión) y 1801-1820 (guerra y consecuencias de la Guerra del Francés). Su peso estuvo por encima del 10%. En algunas zonas como la zona de frontera de Lleida, se superó este índice durante la Guerra Gran, y en las tierras del Ebro, la mortalidad catastrófica fue elevada en todo el periodo estudiado. Desde un punto de vista geográfico, los mapas nos indican que esta mortalidad tuvo un peso más importante en las comarcas occidentales de Cataluña y que tendía a disminuir al acercarse a la costa, especialmente hacia las comarcas de Girona.

Una comparación con el resto de España muestra que la mortalidad catastrófica en Cataluña fue más baja que en la España interior, pero más alta que en la España húmeda.

El análisis según el tamaño del municipio -aunque presenta el problema que agrupamos municipios de zonas geográficas muy distintas,- muestra que la mortalidad catastrófica era más elevada en los municipios que tenían entre 4.000 y 16.000 habitantes, y era más reducida en los municipios pequeños.

- b) En segundo lugar, hemos analizado las crisis de mortalidad utilizando como unidad de análisis la comarca. Hemos agregado los datos de cada comarca para conocer cuántos años hubo de crisis y sus intensidades. Prácticamente todos los años hubo una comarca en crisis, lo que indica que muchas de ellas tenían un carácter local que no trascendía al resto. Solo en el 14,5% de los años no hubo ninguna crisis. En el siglo XIX hubo menos crisis y más años sin ninguna comarca en crisis, aunque las más graves se produjeron en este siglo.

La mayoría de estas crisis de mortalidad eran leves (el 62,7% tuvieron una intensidad de entre 25% y 50% de desviación de la mortalidad) y en el siglo XIX también

se redujeron. Solo el 10,6% pueden calificarse de alta intensidad. La cartografía por comarcas de las crisis y la intensidad acumulada muestran una geografía específica de las crisis de mortalidad que fueron más frecuentes y mucho más graves en la Cataluña occidental desde el Pirineo hasta las tierras del Ebro, y tuvieron mucha menos incidencia en las comarcas de Girona.

- c) Finalmente, hemos intentado definir cuáles fueron las crisis generales que se produjeron en Cataluña en este periodo y su intensidad. Para ello hemos considerado crisis general aquella que se daba en diez comarcas como mínimo y hemos calculado la intensidad acumulada de cada crisis y la intensidad media por comarca. A partir de estos indicadores hemos sintetizado las diferentes crisis y hemos cartografiado su intensidad por comarcas. El resultado ha sido la descripción de 18 crisis generales. La crisis más grave y generalizada se dio en los años 1809-1810, complementada con los años 1812-1813 debida a una superposición de factores aglutinados por la Guerra del Francés. La segunda en gravedad fue la de 1706-1708 en la que las malas cosechas se mezclaron con los efectos de la Guerra de Sucesión. Le siguió la crisis de 1793-1794 en la que la sequía y las enfermedades palúdicas se mezclaron con los efectos en las comarcas fronterizas afectadas por la Guerra Gran y, finalmente, la crisis de 1853-1855 que corresponde con uno de los episodios de cólera más importantes.

Las otras crisis fueron de menor intensidad y afectaron un número de comarcas variable.

La cartografía de la intensidad de las crisis por comarcas permite ver la especificidad de cada una de ellas. La mortalidad era diferencial. A veces afectaba más a las comarcas occidentales y otras a las orientales o los efectos de las guerras se notaban más en unas zonas que en otras. La mezcla de valores locales y generales explican esta diversidad. Sin embargo, en líneas generales, la mortalidad de crisis fue mucho más intensa en la Cataluña occidental que en la Oriental en una línea que parte Cataluña de norte a sur y se cebó especialmente en las comarcas cercanas al río Ebro. La mortalidad catastrófica fue claramente diferencial: las comarcas de Girona y los alrededores de Barcelona fueron zonas menos afectadas. Evidentemente con excepciones en cada una de las crisis.

Y, sin embargo, el crecimiento demográfico de la Cataluña occidental y la del Ebro fue mucho más vigorosa que la de la Cataluña oriental (Ferrer Alós, en prensa). La mortalidad catastrófica, bastante reducida sobre la mortalidad general, no abortó la capacidad de crecimiento demográfico.

En realidad, cada crisis de mortalidad era el resultado de fenómenos locales y generales combinados. Hemos pretendido solamente mostrar cuantitativamente los episodios más graves de mortalidad catastrófica que se dieron en Cataluña entre 1700 y 1860. Una tarea posterior será el análisis epidemiológico y las consecuencias sociales de cada una de ellas en el desarrollo de la sociedad catalana.

CÓDIGO ORCID

Llorenç Ferrer-Alos: <https://orcid.org/0000-0002-4031-8801>

Web personal: https://www.researchgate.net/profile/FERRER_Llorenc/research

BIBLIOGRAFÍA

ABARCA, Vanesa; LIOPIS, Enrique; SEBASTIÁN, José Antonio y VELASCO, Ángel Luis (2015): "El descenso de la mortalidad en la España interior: Albacete y Ciudad Real, 1700-1895", *América Latina en la Historia Económica*, 22, pp. 108-44.

ABARCA, Vanessa; LIOPIS, Enrique; SÁNCHEZ SALAZAR, Felipa y VELASCO, Eduardo (2016): "El declive de la mortalidad en la provincia de Zamora en los siglos XVIII y XIX", *Revista Uruguaya de Historia Económica*, VI, 9, pp. 9-30.

ARRANZ HERRERO, Manuel (1985): "Epidèmies i crisis agràries a la Catalunya Nova en els decennis de 1720: l'actitud de les autoritats borbòniques", *Aplec de treballs*, 7, pp. 193-216.

BAÑOS, Josep Eladi y GUARDIOLA, Elena (2011): "19. Josep Masdevall i Terrades. L'opiata Masdevall", *Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve*, 22, pp. 93-98.

BARRIENDOS, Mariano (2005): "Variabilidad climática y riesgos climáticos en perspectiva histórica. El caso de Catalunya en los siglos XVIII-XIX", *Revista de historia moderna*, 23, pp. 11-34.

BIRABEN, Noel (1975): "Crises de mortalité: conséquences démographiques", en *Colo-que International de Démographie Historique*, Montreal.

BUSTAMANTE ALBA, Josep Fèlix; CONEJO, Josep y TORRUELLA LLOPART, Jordi (1989): "L'Avalot del pa de 1789 a Sabadell", *Arraona: revista d'història*, 4, pp. 21-34.

CAPDEVILA MUNTADAS, Alexandra (2009): "Les crisis de mortalitat al Maresme: Cronologia, intensitat i abast geogràfic", *Trobada d'Entitats de Recerca Local i Comarcal del Maresme*, 3, pp. 43-64.

CASTELLS OLIVAN, Irene (1970): "Els rebomboris del pa de 1789 a Barcelona", *Recerques: història, economia, cultura*, 1, pp. 51-81.

CASTELLVI TODA, Jaume (2000): "Mataró 1854. L'any del còlera", *Fulls del Museu Arxiu de Santa Maria*, 68, pp. 7-23.

CATALÁN MARTÍNEZ, Elena y LANZA GARCÍA, Ramón (2015): "Alimentación, carestías y crisis de mortalidad en la España cantábrica (1680-1860)", *Historia Agraria*, 67, pp. 11-42.

- CHEVET, Jean-Michel (1993): "Les crises démographiques en France à la fin du XVII e siècle et au XVIII e siècle: un essai de mesure", *Histoire & Mesure*, VIII, 1/2, pp. 117-44.
- CODINA, Jaume (1995): *Llibre de polítiques i curiositats. Memòries de Pau Porcet (1788-1856), pagès de Sant Boi de Llobregat*, Sant Boi de Llobregat, Publicacions de l'Abadia de Montserrat / Ajuntament de Sant Boi de Llobregat.
- COLOME FERRER, Josep (1997): *Els móns d'Isidre Mata del Racó. Notes d'un propietari pagès al Penedès de la fi de l'Antic Règim*, Sant Sadurní d'Anoia, Institut d'Estudis Penedesencs.
- CORBELLA CORBELLÀ, Jacint (1989): "El còlera a Catalunya abans de l'obra del doctor Ferran", *Treballs de la Societat Catalana de Biologia*, 40, pp. 77-90.
- CORTES GENESCA, Jaume y CAVA SÁNCHEZ, Mercè (1986): "L'epidèmia de còlera morbo asiàtic a Balaguer, l'any 1854", *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, 6, pp. 75-80.
- DANNECKER, Andreas y BARRIENDOS, Mariano (1999): "La sequía de 1812-1824 en la costa central catalana. Consideraciones climáticas e impacto social del evento", en *La climatología española en los albores del siglo XXI*, Barcelona, Asociación Española de Climatología, pp. 53-61.
- DANTI RIU, Jaume (1988): *Terra i població al Vallès Oriental. Època moderna*, Santa Eulàlia de Ronsana, Ajuntament.
- DUPAQUIER, Jacques (1979): "L'analyse statistique des crises de mortalité", en CHARBONNEAU, Hubert y LAROSE, André, *Les grandes mortalités: étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Lieja, Union International pour l'Etude Scientifique de la Population, pp. 83-113.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Vicente L. (1934): "El cólera morbo en Barcelona en 1854", *TCHCM*, 11, pp. 83-131.
- FERRER ALÒS, Llorenç (2007): "Una revisió del creixement demogràfic de Catalunya en el segle XVIII a partir de sèries parroquials", *Estudis d'Història Agrària*, 20, pp. 17-68.
- _____ (en prensa): "La transició demogràfica primerenca de Catalunya: natalitat, mortalitat i migracions (segles XVIII i XIX)". *Recerques*.
- FLINN, Michael W. (1974): "The stabilisation of mortality in pre-industrial Western Europe", *The Journal of European Economic History*, III, 2, pp. 285-318.
- GARCIA-MORO, Clara; HERNANDEZ; Miguel; ESPARZA, Mireia y TOJA, D.I. (2000): "Crisis de mortalidad en la población de Tortosa—Siglos XVII a XX", *Revista Española de Antropología y Biología*, 21, pp. 101-9.
- GARCIA-MORO, Clara y OLIVARES MARÍN, M. Carmen (2008): "Contribución a la cronología de las crisis de mortalidad en la España interior: Calera de León (Badajoz), siglos XVII al XX", *Revista de estudios extremeños*, 64, 1, pp. 89-118.

- GINEBRA, Rafael (2005): *Guerra, pau i vida quotidiana en primera persona: el llibre de memòries de Bernat Puigcarbó de Muntanyola (s. XVI-XVII), el llibre de notes de Francesc Joan Lleopart de Vilalleons (s. XVII-XVIII) i els llibres de comptes i notes dels hereus Quatre-cases de Pruit (1686-1712)*, Vic, Patronat d'Estudis Osonecs.
- GONZALVO-CIRAC, Margarita; FABREGAS-ROIG, Josep y VIDAL-BONAVILA, Judit (2016): "Evolución demográfica del Camp de Tarragona (Cataluña, España) 1570-1880: las grandes crisis de mortalidad", *Población y Salud en Mesoamérica*, 14, 1, pp. 32-57.
- GOUBERT, Pierre (1960): *Beauvais et le Beauvaisis de 1600 à 1730*, París, SEVPEN.
- GUAL RAMÍREZ, F. Xabier y MILLAS CASTELLVI, Carles (1997): "La mortalitat al Baix Llobregat en un període de crisi: Segle XVII", *Materials del Baix Llobregat*, 3, pp. 211-13.
- GUAL, Valentí (1993): "Les crisis de mortalitat adulta a la conca de Barberà", *Quaderns de Vilaniu*, 24, pp. 54-64.
- _____ (1994): "Les crisis demogràfiques de la primera meitat del segle XVIII a la Conca de Barberà", *Aplec de Treballs*, 12, pp. 105-23.
- _____ (1997): "Les crisis demogràfiques del període 1751-1815 a la Conca de Barberà", *Aplec de treballs*, 15, pp. 17-54.
- HOLLINGSWORTH, M. F. (1979): "A preliminary suggestion for the measurement of mortality crises", en CHARBONNEAU, Hubert y LAROSE, André, *Les grandes mortalités: étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Lieja, Union International pour l'Etude Scientifique de la Population, pp. 21-28.
- LÁZARO RUIZ, Mercedes, y GURRÍA GARCÍA, Pedro A. (1989): "Las crisis de mortalidad en la Rioja en el antiguo Régimen", *Boletín de la ADEH*, VII, 1, pp. 31-46.
- LIVI BACCI, Massimo y DEL PANTA, Lorenzo (1979): "Chronology, intensity and diffusion of mortality in Italy, 1600-1850", en CHARBONNEAU, Hubert y LAROSE, André, *Les grandes mortalités: étude méthodologique des crises démographiques du passé*, Lieja, Union International pour l'Etude Scientifique de la Population, pp. 69-88.
- LIOPIIS AGELÁN, Enrique (2004): "El movimiento de la población en la provincia de Avila, 1580-1864", *Áreas*, 24, pp. 39-66.
- LIOPIIS AGELÁN, Enrique; BERNARDOS SANZ, José Ubaldo y VELASCO, Ángel Luis (2015): "¿Pasó de largo por la España interior la primera fase de la transición demográfica? La mortalidad en Ávila y Guadalajara (1700-1895)", *Investigaciones de Historia Económica*, 11, pp. 69-79.
- LIOPIIS AGELÁN, Enrique y SÁNCHEZ SALAZAR, Felipa (2014): "La crisis de 1803-1805 en las dos Castillas: subsistencias, mortalidad y colapso institucional", en COMÍN, Francisco y PINILLA, Vicente, en *XI Encuentro de Didáctica de la historia económica*, Santiago de Compostela, pp. 2-36.

LLOPIS AGELÁN, Enrique y VELASCO SÁNCHEZ, Ángel Luis (2012): "Mortalidad y crecimiento vegetativo en la provincia de Guadalajara, 1700-1865", *Sociedad Española de Historia Agraria*, DT-SEHA, 12-02.

LLOPIS AGELÁN, Enrique y ABARCA, Vanesa (2014): "El retroceso de la mortalidad catastrófica y su papel en la moderación de la mortalidad general en la España interior en los siglos XVIII-XIX", en *IV CLADHE, Simposio 26, Las grandes crisis y depresiones demográficas y económicas en Iberoamérica y la península Ibérica, 1300-2013*.

MARFANY, Julie (2005): "Las crisis de mortalidad en una comunidad catalana, Igualada, 1680-1819", *Revista de Demografía Histórica*, XXIII, 2, pp. 13-42.

MARTORELL PAÑELLA, Antoni (2010): "El Penedès. Notes crítiques sobre les vicissituds de l'Agricultura, Indústria i Comerç durant el segle XIX", en MARTORELL PAÑELLA, Antoni; ESCLASANS MILA, Ramón y MAS JORNET, Claudi, *El Penedès al segle XIX*, Vilafranca del Penedès, Institut d'Estudis Penedesencs, pp. 26-53.

MIKELARENA PEÑA, Fernando y ERDOZAIN AZPILICUETA, M. Pilar (2002): "Evolución demográfica y crisis de mortalidad en las Cinco Villas de la Montaña navarra entre 1700 y 1860", *Revista de Demografía Histórica*, 20, 1, pp. 145-78.

MOLL, Isabel; SEGURA, Antoni y SUAU, Jaume (1983): *Cronologia de les crisis demogràfiques a Mallorca (segles XVIII-XIX)*, Palma de Mallorca, Institut d'Estudis Baleàrics.

MONTAÑA BUCHACA, Daniel (1988): "L'epidèmia de febres pútrides i verola de l'any 1809 a Sant Feliu de Codines", *Gimbernat: revista catalana d'història de la medicina i de la ciència*, 10, pp. 245-54.

MONTAÑA BUCHACA, Daniel y PUJOL ROS, Joan (1992): "L'epidèmia de còlera de 1854 a Sant Boi del Lluçanès", *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, 18, pp. 149-56.

_____ (1993): *L'epidèmia de còlera de 1854 al Berguedà*, Berga, Consell Comarcal del Berguedà.

MORICEAU, Jean-Marc (1980): "Les crises démographiques dans le sud de la région parisienne de 1560 à 1670", *Annales de démographie historique*, pp. 105-123.

MUÑOZ PRADAS, Francesc (1990): *Creixement demogràfic. Mortalitat i nupcialitat al Penedès (s. XVII-XIX)*, Tesi de Doctorat, Universitat Autònoma de Barcelona.

_____ (2005): "Pautas territoriales de mortalidad en la España de 1860: una reconstrucción y análisis", *Revista de Demografía Histórica*, XXIII, 2, pp. 43-78.

NADAL, Jordi (1965): "Les grandes mortalités des années 1793 à 1812: effets à long terme sur la démographie catalane", en *Problemes de mortalité. Col.loque International tenu à l'Université de Liège. 1963*, Liège, Université de Liège, pp. 409-421. (Véase la traducción en NADAL, Jordi (1990): "Las grandes crisis de mortalidad de los años 1793-1812: los efectos a largo plazo en la población catalana", *Boletín de la ADEH*, VIII, 2, pp. 37-50).

PÉREZ MOREDA, Vicente (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Madrid, Siglo XXI.

_____ (2020): "Hacia un marco analítico de las consecuencias demográficas y económicas de las epidemias", *Investigaciones de Historia Económica*, 16, pp. 3-9.

PLANAS ROIG, Miquel (1986): "La crisi de mortalitat a l'Alt Empordà, 1650-1850", *Plecs d'història local*, 4, pp. 50-53.

PLANES CLOSA, Josep M. (1995): *Demografia i societat de Tàrraga i de l'Urgell durant l'Antic Règim*, Agramunt.

POMETTI BENÍTEZ, Kevin (2014): "Tercianas y epizootias en la Barcelona de 1783-1786. Médicos, poder institucional y percepción social en la Barcelona de las postrimerías del siglo XVIII", *Pedralbes: revista d'història moderna*, 34, pp. 433-44.

_____ (2019): *Inestabilidad ambiental y salud pública en una ciudad mediterránea del Antiguo Régimen: Barcelona entre el paludismo y la fiebre amarilla (1780-1821)*, Tesis doctoral, Aix-Marseille.

PONS SERRA, Lluís (2001): "L'epidemia de terçanes de l'any 1785 a Agramunt", *Urtx: revista cultural de l'Urgell*, 14, pp. 205-16.

PRAT, Enric; SOLER, Santi y VILA, Pep (2010): *De la Guerra Gran a la Guerra del Francès: la història vista des de l'Alt Lluçanès. Memòries d'Isidre Serrat Portavella (Alpens, 1751-1822)*, Vic, Patronat d'Estudis Osonencs.

PUIGVERT, Joaquim M. (1985): "Misèries de l'any 1764": narració d'una crisi alimentària d'antic règim per un clergue de la comarca de la Selva", *Manuscrits*, 1, pp. 63-78.

REBAGLIATO, Joan (1982): "Evolució demogràfica i dinàmica social al segle XIX", en *Història de Catalunya*, Barcelona, Salvat Editores, pp. 3-19.

RECAÑO, Joaquim; TORRENTS, Angels y VALLS, Miquel (s.f.): *Informatització de les sèries de baptismes, matrimonis i enterraments de Catalunya (sèries subministrades per Jordi Nadal)*, Barcelona, Universitat Autònoma de Bellaterra, Centre d'Estudis Demogràfics.

REPARAZ RUIZ, Gonzalo de (1928): *La Plana de Vic*, Barcelona, Barcino.

RODRÍGUEZ GRAJERA, Alfonso (1989): "La crisis de mortalidad en la Alta Extremadura durante el siglo XVII", *Revista de Demografía Histórica*, VII, 3, pp. 37-54.

SABATÉ BOSCH, Josep M. y QUÍLEZ MATA, Julio Luis (1995): "L'epidèmia de còlera a Tarragona l'any 1854-1855", *Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut*, 24, pp. 231-36.

SALARICH TORRENTS, Miquel (1965): "Dades sobre el còlera de l'any 1854", *Ausa*, 5, 52, pp. 228-37.

SÁNCHEZ SUAREZ, Alex y VALLS-JUNYENT, Francesc (2016): "Les crisis a Catalunya en una etapa de creixement i transició (1680-1840)", *Recerques*, 72-73, pp. 119-70.

SIMÓN TARRES, Antoni (1995): "Barcelona i Catalunya durant la crisi de subsistències de 1763-1764", *Barcelona quaderns d'història*, 1, pp. 95-106.

TERRADES, Dolors (1982): "Les epidèmies de còlera a Banyoles en el segle XIX", *Revista de Girona*, 101, pp. 351-56.

VILAR, Pierre (1964): *Catalunya dins l'Espanya Moderna. Recerques sobre els fonaments econòmics de les estructures nacionals*, 4 vols, Barcelona, Ed. 62.

XAM-MAR ALONSO, Carmen (1995): *La població de la Seu d'Urgell als segles XVII i XVIII*, Tesis de licenciatura, Lleida, Universitat de Lleida.

Apéndice 1

Años en crisis de mortalidad por comarcas en los siglos XVIII y XIX

	<i>Siglo XVIII</i>		<i>Siglo XIX</i>		<i>1700-1860</i>	
	<i>Años en crisis</i>	<i>%</i>	<i>Años en crisis</i>	<i>%</i>	<i>Total años en crisis</i>	<i>%</i>
Baix Llobregat	14	14,6	8	14,3	22	14,5
Barcelonés	7	7,3	5	8,9	12	7,9
Maresme	12	12,5	6	10,7	18	11,8
Vallés Occ	19	19,8	7	12,5	26	17,1
Vallés Or	13	13,5	8	14,3	21	13,8
Alt Empordá	15	15,6	7	12,5	22	14,5
Baix Empordá	8	8,3	2	3,6	10	6,6
Garrotxa	19	19,8	5	8,9	24	15,8
Gironés	14	14,6	7	12,5	21	13,8
La Selva	7	7,3	4	7,1	11	7,2
Pla Estany	16	16,7	8	14,3	24	15,8
Alt Camp	19	19,8	12	21,4	31	20,4
Alt Penedés	14	14,6	9	16,1	23	15,1
Baix Penedés	19	19,8	9	16,1	28	18,4
Garraf	16	16,7	9	16,1	25	16,4
Tarragonés	12	12,5	8	14,3	20	13,2
Baix Camp	18	18,8	10	17,9	28	18,4
Conca Barberá	16	16,7	11	19,6	27	17,8
Priorat	19	19,8	11	19,6	30	19,7
Ribera de Ebre						
Baix Ebre	20	20,8	6	10,7	26	17,1
Montsiá	21	21,9	11	19,6	32	21,1
Terra Alta						
Osona	10	10,4	5	8,9	15	9,9
Ripollés	17	17,7	10	17,9	27	17,8
Cerdaña						
Anoia	17	17,7	9	16,1	26	17,1
Bages	19	19,8	6	10,7	25	16,4
Berguedá	15	15,6	10	17,9	25	16,4
Solsonés	20	20,8	13	23,2	33	21,7
Garrigues	20	20,8	12	21,4	32	21,1
Noguera						
Segarra	21	21,9	10	17,9	31	20,4
Segriá	18	18,8	10	17,9	28	18,4
Urgell	20	20,8	10	17,9	30	19,7
Pla Urgell	17	17,7	10	17,9	27	17,8
Alt Urgell	25	26,0	11	19,6	36	23,7
Pallars Jussá	17	17,7	12	21,4	29	19,1
Pallars Sobirá	23	24,0	11	19,6	34	22,4
Vall Aran						
Alta Ribagorça						
Media	16,5	17,7	8,6	15,9	25,1	16,5

Apéndice 2

Intensidad de las crisis de mortalidad en Cataluña por comarcas

	25 a 50%	% sobre total	50 a 75%	% sobre total	75 a 100%	% sobre total	más de 100%	% sobre total	Total	Intensidad acumulada
Baix Llobregat	12	54,5	2	9,1	5	22,7	3	13,6	22	1430,6
Barcelonés	5	41,7	2	16,7	2	16,7	3	25,0	12	829,9
Maresme	9	50,0	6	33,3	1	5,6	2	11,1	18	1006,7
Vallés Occ	14	53,8	5	19,2	4	15,4	3	11,5	26	1858,6
Vallés Or	14	66,7	6	28,6	0	0,0	1	4,8	21	1268,3
Alt Empordá	18	81,8	1	4,5	1	4,5	2	9,1	22	1000,1
Baix Empordá	5,0	50,0	4	40,0	0	0,0	1	10,0	10	649,6
Garrotxa	18	75,0	3	12,5	0	0,0	3	12,5	24	1211,9
Gironès	14	66,7	3	14,3	3	14,3	1	4,8	21	1120,6
La Selva	9	81,8	1	9,1	0	0,0	1	9,1	11	723,8
Pla del Estany	17	70,8	3	12,5	1	4,2	3	12,5	24	1407,4
Alt Camp	21	67,7	6	19,4	3	9,7	1	3,2	31	1634,5
Alt Penedés	10	43,5	10	43,5	1	4,3	2	8,7	23	1300,5
Baix Penedés	20	71,4	2	7,1	2	7,1	4	14,3	28	1570,9
Garraf	12	48,0	9	36,0	2	8,0	2	8,0	25	1585,6
Tarragonés	12	60,0	5	25,0	2	10,0	1	5,0	20	1433,3
Baix Camp	19	67,9	5	17,9	3	10,7	1	3,6	28	1377,2
Conca Barberá	16	59,3	7	25,9	3	11,1	1	3,7	27	1374,4
Priorat	13	43,3	8	26,7	4	13,3	5	16,7	30	1946,5
Ribera de Ebre	0		0		0		0			
Baix Ebre	11	42,3	6	23,1	2	7,7	7	26,9	26	2418,6
Monsiá	21	65,6	7	21,9	3	9,4	1	3,1	32	1643,0
Terra Alta	0		0		0		0			
Osona	12	80,0	0	0,0	1	6,7	2	13,3	15	942,8
Ripollés	20	74,1	4	14,8	0	0,0	3	11,1	27	1279,6
Cerdaña	0		0		0		0			
Anoia	17	65,4	5	19,2	3	11,5	1	3,8	26	1349,7
Bages	18	72,0	3	12,0	2	8,0	2	8,0	25	1347,7
Berguedá	14	56,0	2	8,0	3	12,0	6	24,0	25	1680,4
Solsonés	16	48,5	5	15,2	5	15,2	7	21,2	33	2423,5
Garrigues	13	40,6	9	28,1	8	25,0	2	6,3	32	1952,0
Noguera	0		0		0		0			
Segarra	19	61,3	7	22,6	1	3,2	4	12,9	31	1767,4
Segriá	15	53,6	7	25,0	3	10,7	3	10,7	28	1679,8
Urgell	18	60,0	8	26,7	1	3,3	3	10,0	30	1559,6
Pla Urgell	16	59,3	5	18,5	2	7,4	4	14,8	27	1483,5
Alt Urgell	21	58,3	9	25,0	3	8,3	3	8,3	36	2154,3
Pallars Jussá	14	48,3	12	41,4	1	3,4	2	6,9	29	1537,2
Pallars Sobirá	24	70,6	6	17,6	0	0,0	4	11,8	34	1786,8
Vall Aran										
Alta Ribagorça										
Total	528	60,1	183	20,8	74	8,4	93	10,6	878	
Media aritmética	15,1		5,2		2,1		2,7		25,1	1478,2

Apéndice 3
Intensidad de las crisis de mortalidad generales por comarcas en Cataluña (1700-1860)

	1706-1708	1710-1712	1713-1715	1719-1721	1724-1726	1737-1739	1753-1755	1763-1765	1774-1776	1781-1783	1793-1795	1802-1804	1809-1810	1812-1813	1822-1823	1836-1838	1848-1849	1853-1855	
Baix Llobregat	105,1	119,1	100,4	0,0	46,6	0,0	96,5	75,4	0,0	75,5	42,4	0,0	275,9	84,5	47,5	0,0	0,0	26,4	
Barcelonés	73,2	0,0	65,4	0,0	0,0	27,9	0,0	0,0	0,0	0,0	92,4	0,0	198,1	99,5	0,0	0,0	0,0	107,5	
Maresme	70,5	0,0	101,2	0,0	37,7	0,0	0,0	0,0	29,3	0,0	91,4	0,0	215,5	51,2	61,8	0,0	0,0	125,9	
Vallés Occ	131,6	0,0	95,7	0,0	95,2	26,8	39,7	96,8	42,0	0,0	124,4	40,8	512,5	51,9	33,4	0,0	0,0	0,0	
Vallés Or	107,4	0,0	114,2	0,0	56,8	34,8	48,7	0,0	49,1	0,0	0,0	50,8	479,5	69,4	37,8	0,0	0,0	27,8	
Alt Empordá	144,3	34,4	36,1	44,7	91,4	28,1	0,0	0,0	67,3	0,0	153,8	0,0	76,9	0,0	42,6	122,7	33,8	0,0	
Baix Empordá	53,8	26,4	48,6	0,0	43,6	0,0	0,0	0,0	68,4	25,8	115,3	0,0	267,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Garrotxa	46,3	121,0	0,0	29,8	31,6	51,7	47,5	0,0	36,5	93,3	181,3	0,0	188,4	0,0	0,0	0,0	0,0	30,7	33,0
Gironés	81,8	87,1	32,4	32,2	43,4	0,0	0,0	81,0	0,0	0,0	143,9	28,0	207,5	0,0	36,1	0,0	44,5	0,0	
La Selva	0,0	0,0	67,9	0,0	32,7	0,0	0,0	0,0	0,0	26,6	27,3	0,0	434,4	0,0	39,7	0,0	39,3	0,0	
Pla del Estany	78,3	212,9	33,9	0,0	0,0	73,7	55,5	48,7	40,7	40,7	197,1	38,6	172,5	0,0	45,4	0,0	53,5	49,6	
Alt Camp	131,1	0,0	0,0	0,0	37,6	30,9	74,9	46,9	33,2	58,7	0,0	31,2	253,0	79,1	62,0	34,9	53,5	79,7	
Alt Penedés	122,1	0,0	56,3	37,6	106,6	0,0	44,4	0,0	51,1	54,1	59,0	53,5	153,3	156,6	60,3	55,5	0,0	56,8	
Baix Penedés	0,0	0,0	47,5	0,0	29,5	26,1	74,8	0,0	91,0	0,0	0,0	42,9	192,1	112,2	0,0	0,0	35,9	83,5	
Garraf	0,0	0,0	67,6	28,5	47,4	0,0	0,0	0,0	44,9	70,6	38,7	0,0	62,9	227,0	51,6	0,0	0,0	287,7	
Tarragonés	50,4	0,0	61,6	0,0	0,0	0,0	32,8	43,6	46,9	0,0	47,7	54,2	591,3	0,0	32,0	0,0	0,0	54,2	
Baix Camp	75,3	85,4	43,5	0,0	78,2	28,0	46,5	63,9	28,4	0,0	38,3	39,1	180,8	71,6	57,5	0,0	0,0	63,8	
Conca	195,9	0,0	0,0	35,2	53,8	46,1	76,4	60,8	0,0	70,7	0,0	113,4	167,6	91,7	83,5	0,0	74,4	36,3	
Priorat	386,9	29,2	0,0	0,0	36,8	107,6	140,7	140,3	0,0	0,0	52,5	98,8	144,5	54,8	61,5	66,2	100,0	0,0	
Ribera de Ebre	s.d.																		

	1706-1708	1710-1712	1713-1715	1719-1721	1724-1726	1737-1739	1753-1755	1763-1765	1774-1776	1781-1783	1793-1795	1802-1804	1809-1810	1812-1813	1822-1823	1836-1838	1848-1849	1853-1855
Baix Ebre	483,1	0,0	92,0	67,5	28,2	0,0	61,8	50,6	69,1	0,0	48,5	40,9	208,5	0,0	0,0	0,0	0,0	101,8
Montsià	207,9	0,0	0,0	38,2	58,0	0,0	52,6	0,0	34,7	86,3	33,1	29,6	91,8	0,0	29,9	0,0	0,0	265,1
Terra Alta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Osona	76,5	0,0	38,1	0,0	48,2	29,8	28,3	0,0	0,0	90,2	46,4	0,0	294,8	39,0	25,8	0,0	29,3	128,7
Ripolles	0,0	0,0	37,8	30,9	0,0	125,9	0,0	0,0	66,0	102,9	112,5	0,0	114,2	107,2	86,8	96,8	63,7	32,4
Cerdaña	sd	s.d.																
Anoia	73,7	79,2	0,0	83,0	43,0	39,3	0,0	69,2	0,0	83,5	0,0	0,0	165,1	99,8	81,6	44,9	0,0	27,8
Bages	96,7	32,4	93,7	31,1	27,3	0,0	28,7	82,7	89,8	118,0	44,2	0,0	259,1	129,5	65,5	0,0	26,4	37,1
Berguedá	149,2	0,0	145,9	0,0	73,6	0,0	0,0	154,8	33,8	0,0	111,6	56,9	146,7	110,5	77,0	86,8	0,0	185,2
Solsonés	68,4	141,1	108,7	89,9	25,9	131,8	26,8	0,0	0,0	144,8	0,0	25,4	94,3	586,9	127,9	231,2	0,0	106,2
Garrigues	152,7	118,6	0,0	83,5	85,9	90,7	61,8	78,7	116,8	0,0	0,0	83,6	113,9	35,0	97,0	42,1	77,8	69,7
Noguera	s.d.																	
Segarra	202,4	40,7	0,0	42,6	42,8	46,3	108,0	31,6	0,0	0,0	121,0	28,8	154,6	130,3	137,0	48,7	0,0	0,0
Segriá	361,8	64,5	0,0	38,2	94,2	50,6	40,8	33,0	27,7	71,1	73,6	98,0	121,6	84,8	34,3	45,4	0,0	63,2
Urgell	38,9	110,6	30,9	48,3	31,6	107,8	0,0	82,3	51,7	26,4	52,6	92,3	74,3	107,1	35,3	87,9	0,0	49,1
Pla Urgell	86,1	84,1	0,0	35,8	0,0	27,3	0,0	58,7	58,4	26,9	0,0	232,5	151,2	95,6	0,0	54,5	0,0	0,0
Alt Urgell	76,8	32,8	40,9	45,9	59,0	51,3	0,0	49,1	0,0	71,0	478,2	38,3	76,0	178,5	94,4	60,1	60,3	30,5
Pallars Sobirà	38,6	99,0	0,0	70,2	53,6	102,9	60,5	0,0	0,0	68,8	0,0	120,2	47,6	68,2	102,6	30,8	111,2	0,0
Pallars Jussà	71,0	134,7	0,0	161,5	29,3	88,8	0,0	0,0	65,7	77,0	291,3	55,0	45,4	0,0	51,8	0,0	96,2	0,0
Vall Aran	s.d.																	
Alta Ribagorça	s.d.																	
Total	31,0	21,0	23,0	20,0	30,0	23,0	21,0	19,0	25,0	21,0	26,0	23,0	35,0	25,0	29,0	15,0	16,0	24,0
Intensidad acumulada	4064,3	1653,3	1560,2	1074,6	1569,3	1374,1	1247,7	1347,9	1242,6	1598,7	2818,7	1492,9	6933,7	2921,8	1799,8	1108,6	930,6	2129,0
Intensidad media	131,1	78,7	67,8	53,7	52,3	59,7	59,4	70,9	49,7	76,1	108,4	64,9	198,1	116,9	62,1	73,9	58,2	88,7

Nota: Para hacer más comprensible el cuadro hemos marcado las crisis de cada comarca en función de su intensidad.

“O tempo rodou num instante”: Traçando paralelismos entre a epidemia de febre amarela (1896-1898) e a pandemia de covid-19 (2020)*

“Time rolled in an instant”: Drawing parallels between the yellow fever epidemic (1896-1898) and the covid-19 pandemic (2020)

FECHA DE RECEPCIÓN: NOVIEMBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: JUNIO 2021

Marili Peres Junqueira ^a

Maísa Faleiros da Cunha ^b

Palavras-chave

Epidemias de varíola
Febre amarela
Gripe espanhola e covid-19
Jornais como fonte sócio-histórica
Brasil
Final do século XIX
1918 e 2020

Resumo

O presente artigo é resultado de uma análise das epidemias de varíola, febre amarela e gripe espanhola entre o final do século XIX e início do XX e da pandemia de covid-19 no ano de 2020 no Brasil. As ocorrências e os efeitos entre elas guardam muitos paralelismos e evidenciam os impactos socioeconômicos advindos de deslocamentos populacionais. Buscou-se o entendimento da construção do conhecimento que se faz sobre as epidemias e as pandemias e suas repercussões na sociedade. As fontes documentais utilizadas serão os jornais impressos publicados em uma cidade fortemente afetada pelas epidemias, São Carlos no interior de São Paulo, no final do século XIX e alguns jornais virtuais publicados em 2020. Observa-se que muitas questões são extremamente semelhantes como o isolamento entre as pessoas e o uso de máscaras, bem como a incerteza que cercava e cerca as doenças epidêmicas enfrentadas pela população em movimento.

* O presente texto é parte de uma pesquisa pós doutoral intitulada “Desvelando letras e números: Imigração, Saúde Pública e Periódicos no final do século XIX no interior de São Paulo” desenvolvida junto ao Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó” - Nepo, da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, Brasil.

a Universidade Federal de Uberlândia-UFU e Universidade Estadual de Campinas -Unicamp. C.c.: marili.junqueira@gmail.com

b Universidade Estadual de Campinas - Unicamp. C.c.: maisa13@unicamp.br



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento - Compartir Igual 4.0 Internacional © Marili Peres Junqueira y Maísa Faleiros da Cunha

Keywords

Smallpox epidemics
 Yellow fever
 Spanish flu and covid-19
 Newspapers as a socio-historical source Brazil
 End of the 19th century
 1918 and 2020

Abstract

This paper is the result of an analysis of the smallpox, yellow fever and Spanish flu epidemics between the end of the 19th century and the beginning of the 20th and the covid-19 pandemic in the year 2020 in Brazil. The occurrences and the effects among them have many parallels and evidence the socioeconomic impacts arising from population displacements. We sought to understand the construction of knowledge about epidemics and pandemics and their repercussions on society. The documentary sources used will be printed newspapers published in a city heavily affected by epidemics, São Carlos in the interior of São Paulo State, in the late nineteenth century and some virtual newspapers published in 2020. It is observed that many issues are extremely similar, such as isolation between people and the use of masks, as well as the uncertainty that surrounded and surrounds the epidemic diseases faced by population movements.

INTRODUÇÃO

No momento em que escrevemos esse texto, meados do ano de 2020, não se sabe ao certo quais serão os reais impactos sociais, econômicos e políticos finais da pandemia¹ de covid-19, doença respiratória causada pelo coronavírus Sars-CoV-2. Estamos no olho do furacão, como se diz popularmente, com as primeiras turbulências sentidas no início do ano de 2020 e sem saber ao certo o que nos aguarda no próximo ano de 2021 e nem as dimensões verdadeiras do furacão. Quando refletimos sobre processos históricos e os deslocamentos populacionais, geralmente eles são encapsulados em um momento específico do desenvolvimento humano, com demarcações e obsolescências cravadas. Muitas músicas perpassam o nosso imaginário neste momento, sendo parte de uma delas a dar título ao presente texto. Referimo-nos precisamente à música *Roda Viva* de Chico Buarque.

Tem dias que a gente se sente	No nosso destino mandar	Roda moinho, roda pião
Como quem partiu ou morreu	Mas eis que chega a roda-viva	O tempo rodou num instante
A gente estancou de repente	E carrega o destino pra lá	Nas voltas do meu coração... [...]
Ou foi o mundo então que cresceu		(<i>Roda Viva</i> , composição: Chico Buarque, 1967).
A gente quer ter voz ativa	Roda mundo, roda gigante	

1 A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a covid-19, causada pelo coronavírus Sars-CoV-2 como uma pandemia. Segundo a Organização, pandemia é a disseminação mundial de uma doença e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, surto que afeta uma região, é amplamente disseminado e se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa (Schueler, 2020).

Embora a referência seja claramente ao momento histórico da Ditadura Civil-Militar no Brasil, não vemos como não resgatar esta música para pensar os ciclos históricos que nos percebemos. As ocorrências e os desdobramentos dessa pandemia de covid-19 até o momento guardam muitos paralelismos com as epidemias como as de varíola, febre amarela e gripe espanhola no interior do Estado de São Paulo no final do século XIX. Algumas condições de vida e saúde noticiadas pelos meios de comunicação atualmente se tornaram por diversas ocasiões um forte *déjà vu* quando retrocedemos nosso olhar sobre as epidemias. Entretanto, algumas relações singulares por força do próprio tempo histórico e político inauguraram cooperações inéditas no campo científico, aqui referimo-nos especialmente ao compartilhamento de informações e ao desenvolvimento de estudos de forma globalizada sobre o Sars-CoV-2 e a covid-19.

Desta forma, a pandemia de covid-19 enfrentada no ano de 2020 e 2021 traz acontecimentos conhecidos e recorrentes de outras epidemias e, evidentemente, elementos novos. No presente texto, serão evidenciadas e analisadas semelhanças e oposições nas ações e representações sociais entre as epidemias do final do século XIX e de 1918 com a de covid-19 no ano de 2020.

O presente artigo foi gestado durante um outro projeto iniciado para se analisar apenas a epidemia de febre amarela no final do século XIX para a cidade de São Carlos, interior de São Paulo, Brasil. Esse projeto foi planejado bem antes de 2020, e buscava compreender os problemas sociais, a saúde pública, a urbanização, a epidemia de febre amarela e sua mortalidade modificados pela chegada dos imigrantes, principalmente aqueles italianos, a partir de sua repercussão na imprensa local da cidade. Mas logo no início das atividades, a pandemia de covid-19 alterou o cronograma de pesquisa pelas medidas de isolamento físico e, depois, tomou o foco da pesquisa anterior. Várias notícias alteraram constantemente o olhar sobre as epidemias, bem como deram mais ênfase para aproximações entre aquelas passadas e a atual, não apenas sobre a de febre amarela, ponto central do projeto, mas também da pandemia de Gripe Espanhola, a mais noticiada pelos grandes jornais pela semelhança nos impactos de mortalidade. As doenças elencadas (varíola, febre amarela, gripe espanhola e covid-19) são totalmente distintas em suas etiologias (causas e origens) e processos de infecção e de contaminação. Mas a preocupação de como a sociedade é afetada pelas epidemias e pandemias, e como é o comportamento social frente a elas, torna possível estabelecer como são as representações sociais, guardadas as devidas distinções.

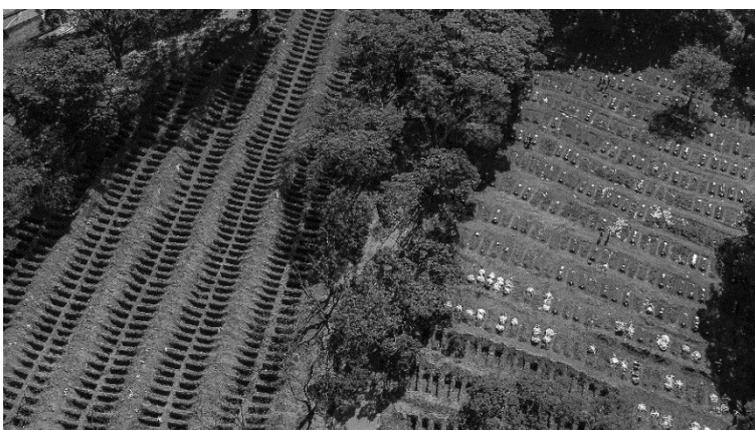
Em vista disso, o objetivo do presente artigo será uma tessitura narrativa contendo uma comparação possível entre relações epidêmicas verificadas no passado e as relações pandêmicas atuais no Brasil. Como fonte empírica, serão utilizados os jornais impressos e virtuais publicados em cada período de análise tendo em vista o espelhamento e a reverberação das mentalidades da sociedade que eles representam. As aproximações e o comparativo entre as epidemias se darão na relação dos impactos sociais e políticos, as modificações sociais urbanas, mobilidades populacionais e as relações de saúde que impactaram e alteraram a sociedade brasileira.

O presente texto foi escrito em meio a muitíssimas vidas perdidas. No Brasil em junho de 2021, quando o presente artigo seguiu para a sua publicação, nos aproximamos de

500 mil óbitos, mas está fadado ao seu tempo histórico como tantos escritos no calor dos acontecimentos e já que estamos longe de seu fim. A visão estampada nos jornais são as centenas de covas abertas nos cemitérios, como se pode verificar na imagem adiante. Têm-se um grande fluxo de informações, artigos científicos e jornalísticos, pesquisadores e cientistas que estão neste momento buscando a compreensão sobre essa pandemia de covid-19, suas correlações com outras epidemias, seus desdobramentos sociais, econômicos e políticos para todo o planeta.

Figura 1

Cemitério da Vila Formosa com valas preparadas para o sepultamento de vítimas da covid-19 em São Paulo



Fonte: Imagem Nelson Almeida/AFP (UOL: 2020).

Os jornais serão as fontes documentais empíricas principais para o entendimento de como foram as epidemias passadas e a atual pandemia, suas diferenças e suas proximidades. As fontes escritas são importantes, pois possibilitam um enquadramento histórico e uma reverberação do pensamento e, de certa forma, de uma parte do pensamento de uma sociedade. Evidentemente, deve-se considerar a postura e a posição política dos articulistas e dos jornais que os acolhem, ou seja, o questionamento das fontes é sempre necessário e imprescindível. Assim, os periódicos nos fornecem um bom retrato de como a sociedade recebe as informações, como estão sendo analisadas e como estão sendo difundidos os acontecimentos e os fatos. Outras fontes e a bibliografia pertinente serão utilizadas para apoiar as análises quando necessárias.

1. JORNAL COMO PONTO DE PARTIDA

A captação do cotidiano da sociedade em tempos de epidemias e de pandemia será mediada pelos periódicos, tanto do final do século XIX como no século XXI. Para McLuhan (1979: 231):

O jornal é uma forma confessional de grupo que induz à participação comunitária. Ele pode dar uma “coloração” aos acontecimentos, utilizando-os ou deixando de utilizá-los. Mas é a exposição comunitária diária de múltiplos itens em justaposição que confere ao jornal a sua complexa dimensão de interesse humano.

Em vista do exposto McLuhan, entende-se no presente artigo esta dimensão de interesse humano pelos jornais. Como não é possível a cobertura dos vários jornais, a seleção de alguns se fez necessária. Assim os jornais selecionados do final do século XIX publicados em São Carlos-SP foram: Tribuna de São Carlos; O S. Carlos do Pinhal; O São Carlos do Pinhal e A Opinião, pela disponibilidade do material histórico preservado de maneira adequada², suficiente e acessível para a corrente pesquisa. Depois para o ano de 2020 foram utilizados *El País*, *Corriere della Sera*³ e o *UOL Notícias*⁴, jornais de grande circulação e acesso gratuito. Particularmente, *El País* foi escolhido porque realizou, e assim permanece, com uma ampla cobertura sobre a pandemia de covid-19 com muitos jornalistas e correspondentes nacionais e internacionais. Deste modo, optou-se por uma representação da imprensa espanhola, por ter sido aquela que no início do século XX noticiou a epidemia de Influenza e recebeu a peja de “Gripe Espanhola” e uma representação da imprensa italiana, que também guarda uma memória afetiva com os imigrantes italianos fortemente afetados pela Febre Amarela. Outras tantas combinações poderiam ser realizadas, mas a proposição hora apresentada possibilita uma análise representativa entre o final do século XIX e o início do século XXI.

A utilização dos jornais como uma fonte primária de pesquisa é muito polêmica, como o são outras denominações ou noções como de documento, traço ou testemunho. Mas o jornal, em particular, é muito questionado tanto por possuir uma linha editorial, quanto por reverberar questões pessoais dos jornalistas, assim sendo caracterizado como parcial e tendencioso. Uma das mais notórias e buscadas características que os jornais utilizam é “imparcialidade”, exatamente por essas questões do viés do jornal e de seu articulista. Bem, essa questão deve ser relativizada, pois a partir da análise do pesquisador e entendendo o contexto histórico pode-se sim utilizar os jornais como fonte primária. O pesquisador deve estar obviamente atento a essas questões e pensar, dessa forma, a partir dos jornais e sua relação com a sociedade, ou seja, a dimensão de interesse humano. É necessário senso crítico por parte do pesquisador no uso de qualquer tipo de fonte, e para o jornal não é diferente, devem-se fazer questionamentos e críticas severas com relação a qualquer dado a ser utilizado.

2 Os jornais consultados para o presente artigo encontram-se preservados no acervo da Fundação Pró-Memória de São Carlos, a qual agradeço pela disponibilização do material da pesquisa e pela preservação cuidadosa e criteriosa do acervo.

3 Os jornais de maior circulação no Brasil possuem muitas notícias com acesso restrito, somente para assinantes. Assim, apesar da grande circulação jornais como *A Folha de S. Paulo*, *O Globo* e *O Estado de S. Paulo* não foram utilizados.

4 Sites que contabilizam os acessos e a tiragem do *Corriere della Sera*, como sendo o primeiro jornal de maior circulação.

<https://www.statista.com/statistics/729663/top-daily-newspapers-italy/> - <https://www.brandtoday.it/2021/02/17/giornali-italiani-online-classifiche-1/>

O presente trabalho pactua com a estrutura analítica derivada da teoria de campo de Bourdieu (1997: 57):

Um campo é um espaço social estruturado, um campo de forças - há dominantes e dominados, há relações constantes, permanentes, de desigualdade, que se exercem no interior desse espaço - que é também um campo de lutas para transformar ou conservar esse campo de forças.

Desta forma, entende-se o campo jornalístico como um campo influenciador e de poder dentro da sociedade, mesmo tento em vista seu alto grau de heteronomia. A heteronomia está inter-relacionada às forças externas e aos mercados como colocado por Bourdieu. Pode-se depreender que os articulistas "enxergam" determinadas questões e não outras à sua maneira, as selecionam e as constroem dentro de seu campo de visão e da correlação de forças que são submetidas. A partir desse recorte estabelecido, pode-se analisar a influência que as notícias sofrem e as consequências que causam nos indivíduos. O recorte estabelecido pelos jornalistas e pelos jornais refletem a mentalidade da sociedade, bem como a intencionalidade de construção dessa mentalidade.

A disputa de poder que se estabelece no campo jornalístico é fundamental para a compreensão dos artigos e de sua posição de divulgação das notícias. Bourdieu dedicou boa parte de suas investigações para explicitar de que forma os indivíduos legitimam, reproduzem, organizam e transformam as estruturas sociais, e como essa dinâmica está embebida pelo poder. Com relação a isso, busca-se o entendimento de como as notícias sobre as epidemias e as pandemias reverberam sobre os indivíduos, suas representações sociais e sua relação com as estruturas sociais. A vinculação das notícias e a disseminação de mensagens por meio dos jornais geram uma reflexão sobre determinados aspectos e pontos de vista da realidade.

Para Bourdieu (2007: 162), "o espaço social [...] é uma representação abstrata, produzida mediante um trabalho específico de construção". Desta forma, os jornais, principalmente aqueles publicados no século XIX, são os documentos mais próximos do espaço social cotidiano para que se possa analisar como notícias construíram o que os indivíduos conheceram sobre as epidemias e suas repercussões. O mesmo se pode colocar sobre o que ocorre com as notícias nos jornais e artigos que constroem facetas do que se sabe sobre a pandemia de covid-19 no Brasil e no mundo. A divulgação de uma notícia de um jornal é importante nessa construção e nesse jogo de poder. Para saber o que irá se noticiar, ou "dar como furo jornalístico", é necessário saber o que o outro está noticiando, e assim têm-se um caminho aproximadamente semelhante entre os veículos de comunicação. É importante destacar que a própria popularização da ciência se deu por meio da imprensa (Bauer, 2009). Os debates e as disputas sobre a propagação da febre amarela estiveram presentes na imprensa paulista nos anos finais do século XIX e princípios do seguinte. Os jornais foram um importante meio de comunicação empregado pelos médicos para divulgarem as descobertas médicas (Lódola Góis Junior, 2015: 690).

Desta forma, o presente artigo, apesar da restrição de análise para alguns jornais

apenas, é útil para o entendimento da construção do conhecimento que se faz sobre as epidemias e suas repercussões na sociedade por meio deste veículo de comunicação que ainda tem influência e reverbera o pensamento de uma parte da sociedade. Parte da sociedade atual, utiliza outros meios de comunicação para o acesso à informação, mas isso não significa que parcela significativa da população deixou de utilizar os jornais, apenas que outras pesquisas com este foco nos novos meios de comunicação devem ser realizadas.

Os jornais são uma representação da realidade que absorvem o que ocorre na sociedade por meio dos articulistas e dos correspondentes, que reorganizam e devolvem em forma de artigos e matérias jornalistas. Assim, os meios de comunicação podem ser entendidos como estruturas estruturadas a partir de Bourdieu (1989) para reconhecer as estruturas estruturantes dessas sociedades, exercendo formas de dominação por meio da produção de discursos.

Outro recorte que será realizado é o foco nos jornais do final do século XIX publicados na cidade de São Carlos do Estado de São Paulo. A escolha de São Carlos do Pinhal, como era chamada até o ano de 1908, deu-se pela sua importância econômica no Oeste Cafeeiro e no estado de São Paulo, pelo recebimento de grande contingente de imigrantes, sendo assim uma típica cidade do interior no final do século XIX. Além da preservação e acesso às fontes primárias que estão preservadas na Fundação Pró-Memória da cidade. Em São Carlos, ocorreram duas doenças epidêmicas principais, a varíola e a febre amarela. A varíola apresentou-se como epidemia pela primeira vez em 1874, e a segunda em 1879; alguns casos de febre amarela foram registrados em fevereiro e março de 1892, mas as epidemias, propriamente ditas, ocorreram entre os anos de 1895 e 1898.

As epidemias de varíola e febre amarela foram as principais preocupações da cidade nos anos finais do século XIX, como se pode entender pelos relatos dos jornais, dos Relatórios ao governo e dos seus Almanques. Segundo o Recenseamento de 1890, São Carlos contava com 12.651 habitantes. Em 1907, o censo local apurou que a população da cidade era de 38.642 indivíduos (Truzzi Bassanezi, 2009: 198). Mais tardiamente, o Recenseamento de 1920 aponta que havia em São Carlos 54.225 habitantes. O aumento da população deve-se principalmente pelo grande fluxo imigratório na expansão cafeeira. Explicitado o uso da fonte documental e a busca pelas relações entre as diferentes epidemias e pandemia que atingiram e atingem o Brasil, abordar-se-á nos próximos itens as similitudes e distinções entre elas.

2. FUGINDO DA MORTE

O jornal *A Tribuna de São Carlos* de novembro de 1879 coloca que a epidemia de varíola afetou a circulação do próprio jornal. O refúgio durante momentos de incertezas e de medos é, e será sempre, uma constante pelo próprio instinto natural de preservação

da vida. Os editores dos jornais fugiram da cidade por medo de contrair a varíola pelo contato com as pessoas doentes.

A Tribuna. — Tivemos como causa para interromper a publicação do nosso jornal a epidemia da varíola que obrigou a retirarmo-nos desta villa.

Aquella primeira causa desapareceu, mas, bem a nosso pesar, uma outra veio ainda privar de cumprirmos com o nosso dever.

Assim é que havendo confiado a direcção da nossa officina ao sr. Francisco Querino Lessa Salman, este, sem que nos prevenisse de modo a preberchermos o seu lugar, por um simples recado abandonou o seu posto creandono, temporariamente, serios embaraços.

Hoje reaparecendo a TRIBUNA e fideis aos compromissos que tomamos, e explicadas as causas, da nossa ausencia podimos desculpas aos nossos dignos assignantes pela falta involuntaria que commettemos, e estamos certos de que seremos attendidos.

Fonte: *A Tribuna de São Carlos*, 01 nov. 1879.

A nota relata que a interrupção do jornal se deu por dois motivos: a própria epidemia e a falta de direção, que embora tenha sido dada ao Sr. Francisco Querino Lessa Salman, pois Gonçalves já havia deixado a cidade, ele também abandonou o posto. Ernesto Luiz Gonçalves, redator e proprietário, pede desculpas e reitera o compromisso de publicação com os assinantes. Essa é a primeira notícia nos jornais sobre epidemia de varíola em 1879. Lembra-se que foram recuperados apenas dois números do jornal Tribuna de São Carlos para o ano de 1879, para tal fato duas questões podem ser levantadas, a de que não foi possível a preservação de mais números ou que os trabalhos foram muito afetados pela epidemia de varíola. A disseminação de informações e os embates de toda a natureza davam-se nos jornais, apesar do grande número de pessoas analfabetas⁵. Outra hipótese a ser levantada é que essa atitude poderia ser intencional da intendência, evitando acusações de má administração pública e fuga em massa da cidade. Mas o pânico a respeito da varíola, suas consequências e as marcas que deixavam nos sobreviventes da moléstia eram muito reais. Atualmente isso está muito distante do imaginário social com a erradicação da varíola e a declaração de sua extinção pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980. A epidemia de varíola tornou-se grave em São Carlos nos meses finais de 1874 e nos anos de 1875, 1879 e 1892. Ósio (1991: 107) relata por meio das Atas e documentos da Câmara Municipal a situação da epidemia de varíola no final de 1874 e em 1875, como o pânico da população, a fuga de pessoas e refúgio delas em outras cidades ou locais livres da doença. Em uma carta da Câmara ao Presidente de Província João Theodoro Xavier de fevereiro de 1875, além de relatar que quase a totalidade da população ter abandonado o núcleo urbano retirando-se para a zona rural pelo terror da epidemia e pede auxílio financeiro para o enfrentamento, pois os cofres públicos encontram-se quase exauridos. Os únicos dados quantitativos são da epidemia de 1892, com 103 casos internados no Lazareto, destes 59 se curaram e 44 (43%) vieram a falecer entre maio e dezembro (Ósio, 1991: 114).

5 Existem relatos em outros artigos dos jornais do final do século XIX em São Carlos que as informações eram disseminadas em reuniões públicas, igrejas ou bares. Desta forma, percebe-se que as notícias poderiam chegar para não consumidores diretos dos jornais e analfabetos também.

Segundo o *Almanaque Anuario de S. Carlos* (Camargo, 1928), em dezembro de 1874, a varíola "grassou durante mezes, matando muitas pessoas e afugentando outras, de modo a tornar a villa quasi deserta". Braga também descreve o abandono da cidade durante a epidemia de 1874-1875.

Bem perto estava, porém, de soffrer o progresso da villa um poderoso golpe: em Dezembro de 1874 manifestou-se, importado do Rio Claro, um caso de variola, cujo contagio contaminou a muitos habitantes, tomando em 1875 o character de assustadora epidemia, que affastou daqui, pela morte ou pela transferencia de domicilio, quasi toda a população. Durante mezes, ficou a villa em quasi completo abandono. Só pode ter deste uma idéa quem conhece o pavor que ás populações do interior causava, e a muitos ainda causa, o apparecimento dessa molestia. (Almanach, 1894: XXVIII)

Segundo o próprio Braga, o retrocesso foi avassalador por anos, depois de cinco anos do término da epidemia é que a cidade voltou a crescer. A retomada veio com a expansão cafeeira, a inauguração da ferrovia que ligaria a cidade com o porto de Santos (1884) e o desenvolvimento das próprias lavouras de café foi muito expressivo. A ferrovia, além de contribuir para o desenvolvimento do mercado, estimulou indiretamente a urbanização, fez nascer cidades e matou outras (Costa, 1999: 255).

A pandemia de covid-19 trouxe um resgate histórico das epidemias na busca por algo semelhante e, talvez, algum alento no nosso passado. Em sete de junho de 2020, Ricardo Westin (Agência Senado) publica no *El País-Brasil* um resumo do início da epidemia de febre amarela no final do século XIX.

Na virada de 1849 para 1850, a tranquilidade que o Brasil vivia sob o reinado de dom Pedro II foi abalada pela chegada de um vírus devastador. Velho conhecido no exterior, mas novidade no país, o vírus da febre amarela pegou o Governo imperial de surpresa e avançou sem piedade sobre as grandes cidades do litoral, deixando um rastro de pânico e morte.

Documentos históricos guardados no Arquivo do Senado, em Brasília, mostram que, apesar da destruição que a doença produzia a olhos vistos no Império, houve políticos que negaram a realidade e procuraram minimizar a gravidade da epidemia.

Num discurso em abril de 1850, no Palácio Conde dos Arcos, a sede do Senado, no Rio de Janeiro, o senador e ex-ministro Bernardo Pereira de Vasconcellos (MG) garantiu que a doença não era assim tão perigosa e chegou a pôr em dúvida se seria mesmo a temida febre amarela:

- Eu estou convencido de que se tem apoderado da população do Rio de Janeiro um terror demasiado e que a epidemia não é tão danosa como se têm persuadido muitos. Talvez fosse mais conveniente que o Governo não tivesse criado lazaretos [hospitais de isolamento] e feito tanto escarcéu. Julgo até necessário que se institua um exame público a esse respeito, a fim de mostrar ao Brasil e ao mundo que não é a febre amarela o que reina hoje.

Apenas duas semanas após fazer esse discurso, o senador Vasconcellos morreu - justamente de febre amarela. (Westin, 2020).

O *Almanaque Anuario de S. Carlos* de 1928 descreve como foi para São Carlos as epidemias de febre amarela para a cidade.

A população, tomada de pavor ante o terrível morbus, fugia em massa para as fazendas e para outros municípios, abandonando a cidade que, silenciosa e triste, mais se assemelhava a uma vasta necrópole que a um centro populoso onde, d'antes, a vida estuava cheia de atractivos e de encantos. Um ou outro mais destemido ou mais aferrado ao seu canto, teimava em ficar, mas, não raro, pagava com a vida a sua teimosia. (Camargo, 1928).

Os jornais de São Carlos também noticiavam como foram afetadas as vidas das pessoas com as epidemias de febre amarela entre os anos de 1895 a 1898. Em 1896, epidemia de febre amarela em São Carlos afetou a publicação do jornal *O S. Carlos do Pinhal*, como fez a epidemia de varíola anos antes. O jornal publica uma nota explicativa que devido à epidemia, que afetava a vida das pessoas e com os estabelecimentos comerciais fechados, esse permanecerá a ser publicado com apenas duas páginas. O jornal antes da epidemia mantinha uma publicação de quatro páginas em três dias da semana (quarta-feira, sexta-feira e domingo). Mesmo com diferentes formas de infecção (varíola e febre amarela) as reações de medo e fuga repercutem em não publicação da *Tribuna de São Carlos* e do *O S. Carlos do Pinhal*.

Estando, devido à epidemia, fechada a maioria do comércio, e não havendo por isso a publicarem-se matérias de interesse particular, continuamos a dar a nossa folha apenas com 2 paginas.

Fonte: *O S. Carlos do Pinhal*. São Carlos, 20 mar. 1896.

O jornal no mesmo dia publica uma crônica extensa intitulada "Actualidades", na qual comenta o estado sanitário da cidade pela febre amarela com a narrativa de uma conversa entre amigos, um que permaneceu na cidade e outro que fugiu para a zona rural. Aquele que fugiu narra que contraiu "a febre do medo, de 60 graus", e que de fora é que se tem a dimensão da gravidade. Alerta a seu amigo que permaneceu na cidade para não confiar nos boletins dos médicos, que são falsos, e que a epidemia de febre amarela já matou muito mais que a de varíola. O companheiro que permaneceu na cidade coloca que está muito bem e "fresquinho como sorvete", e tais informações advém do medo do outro amigo, negando assim a epidemia. O amigo isolado retruca colocando que ele pode até ser medroso, mas muitos outros o acompanharam na fuga como comerciantes, barbeiros, médicos dentre outros profissionais. Assim continuam com o debate negando e afirmando sobre a epidemia. Percebe-se aqui uma tentativa de acreditar que a epidemia não existe, sempre um impulso de descrença do problema. Muitas vezes as autoridades públicas, em um primeiro momento, rejeitavam o risco epidemiológico e os surtos, mas depois com o aumento do número de casos, os discursos e as ações têm uma tendência em mudar e acreditar nos dados e na ciência. Atualmente, o negacionismo se apresenta descartando a ciência e os números apresentados no Brasil por uma parcela dos políticos e da sociedade civil. O Brasil não faz testagem em massa para a verificação real do número de infectados no território nacional, bem como muitas instituições de pesquisa estabelecem que o número de

óbitos por covid-19 pode ter subnotificações pelas testagens. A subnotificação dos boletins sanitários com o desconhecimento da real dimensão dos casos e dos óbitos no final do século XIX em São Carlos para a febre amarela também pode ter existido, mas possivelmente em decorrência principalmente da falta de assistência médica para os mais pobres.

Apresenta-se a seguir a crônica completa que termina com um lado cômico ao final, quando o companheiro que deixou a cidade fez com que a sua sogra permanecesse em uma rua próxima a um córrego, imaginando que ela adoeceria. Mas aquele que permaneceu na cidade informou que a epidemia estava controlada, e que não tiveram mais nenhum caso novo, e seis pessoas tiveram altas no dia anterior.

ACTUALIDADES

—Então, compadre, o que me diz da febre amarela?

—Qual febre amarela! O que tem havido é febre de medo, de 60 graus.

--Medo? Você é que não sabe, não sahiu daqui... Nos sitios as notícias são pavorosas!

—E voce sahiu?

—Que duvida! estou no sitio com toda familia. Vim aqui agora enquanto o sol está de fóra, buscar umas camisas que a mulher esqueceu e já estou de volta.

—Pois eu não sahi daqui e estou fresquinho como um sorvete. Então, o que dizem lá pelos sitios?

—Lá? lá é que se sabe de tudo timitim por timitim. Parece até um milagre! De manhã cedinho, sem apparecer ninguem de fora na fazenda, tem-se noticias de todos os casos verificados e de todos os obitos! Olha, compadre, não se fie nos boletins dos medicos... aquillo nunca foi a expressão da verdade. Posso te garantir que tem morrido aqui gente que nunca morreu nem na occasião das bexigas!

—Ah! disto eu estou muito certo. Você é um medroso, compadre.

—Posso ser, mas ao menos ha muita gente boa que me acompanhou: negociantes, barbeiros, medicos, etc., etc.

—Qual! a questão é que voce arranjou bons commodos lá pelo sitio...

—Bons commodos? Deus te livre delles. Estamos lá amontoados em um quartinho que mal comporta as purgas que tem, como sardinhas em lata, e o dono da casa conserva invariavelmente uma cara de despachar hospedes. Vive sempre resmungando: «Maldita epidemia»

—E voce ainda continúa lá? Olha, compadre, palavra de honra! eu preferia mil vezes morrer de febre amarela.

—Está tolo! eu tenho um medo de morrer que me pélo! Depois, eu nunca me confessei e nem confesso porque tenho medo do vigario contar á sua comadre umas tantas diabruras que tenho feito... Então, voce acha mesmo que epidemia não passa disso?

--Se acho! Ainda ante hontem tiveram altas 6 doentes e não se verificou nem um caso novo.

—Ora, que noticia má voce está me dando.

—Como assim? pois voce desajava que a epidemia augmentasse. Não acaba de dizer que está mal accommodado lá no sitio?

—E' por outro motivo de muito mais importancia. Eu lhe conto. Minha sogra quiz fugir e eu aconselhei a que não fizesse tal, que não era preciso e que eu ia mais por negocio do que por medo. Arranjei para ella uma casa boa... na rua do General Osorio e contava certo que ella não escapasse desta vez.

—Pois, olha, se ella estava na rua General Osorio e escapou, então voce tem sogra para o resto da vida.

—Sempre sou muito culpóra! Mas Deus é grande e não desampara os infelizes! Ainda ha de vir outra...

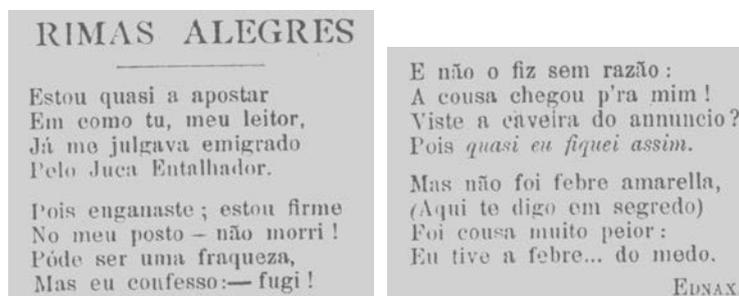
—Para longe o agoiro.

—Está bom, compadre, a mulher está afflicta pelas camisas. Até a volta.

—Até um dia. Não morra de medo, que do febre não ha perigo.

Fonte: O S. Carlos do Pinhal, São Carlos, 20 mar. 1896.

O humor não faltava, como não falta até os dias de hoje, ao brasileiro sobre as epidemias, ou sobre qualquer problema enfrentado pela população. O humor é uma forma legítima de cobrança política e social. Um dos jornais de São Carlos, *O São Carlos do Pinhal*, publicava quadrinhas de humor sobre diversos temas da cidade com a assinatura de Ednax. Essa assinatura deveria ser o pseudônimo criado a partir da inversão, frequente na época, do sobrenome de Antonio Xande, diretor do *O São Carlos do Pinhal* - 1896, do *Diário de São Carlos*, e do *Cidade de S. Carlos*, ambos de 1897. Em uma de suas quadrinhas de humor publicava sobre a sua própria fuga para não morrer de febre amarela, mas ele pegou foi doença pior como ele declarou - "febre do medo", mesma doença da crônica analisada anteriormente do jornal *O S. Carlos do Pinhal*. A referida "nova" doença então se torna uma analogia e um humor recorrente ligado à fuga das pessoas pelo medo da morte.



Fonte: *O S. Carlos do Pinhal*. São Carlos, 18 abr. 1896.

Em Campinas, Bassanezi e Cunha descrevem como foi a saída da população durante alguns surtos epidêmicos de febre amarela e de gripe espanhola.

As epidemias de febre amarela dos anos 1890 e as de gripe de 1918 e 1919 fizeram menos vítimas entre as camadas mais ricas da população e nas áreas rurais. As pessoas mais abastadas tinham maior oportunidade não só de melhor atendimento à saúde e tratamento médico, mas também de abandonarem a cidade nos momentos epidêmicos, isolando-se em outros locais. Notícias dão conta de que, na epidemia de febre amarela de 1889, mais da metade da população saiu da cidade em direção às fazendas, a Valinhos (onde o clima era mais frio, dificultando a proliferação do mosquito transmissor) ou em direção a outros municípios. (Bassanezi, Cunha, 2019: 8-9).

Duas questões destacadas pelas pesquisadoras que são importantes, o abandono da cidade durante as epidemias e que isso não garantiria de fato um isolamento na doença, pois para o abastecimento das fazendas era necessário o retorno aos centros urbanos e com isso a contaminação poderia existir. Outra questão é a desigualdade no enfrentamento das doenças pelos diversos estratos sociais, haja vista que as camadas mais abastadas têm condições de pagar um tratamento médico e tomar medidas preventivas, como isolamento e refúgio na zona rural. Estas questões são fundamentais para se pensar nas epidemias e seus impactos sociais e econômicos, tanto nessas epidemias pesquisadas por Bassanezi e Cunha como também será analisado posteriormente na pandemia de covid-19.

As reações dos Estados e das populações podem ser comparadas, mas é necessário ter noção da questão ideológica que se mantém e das divergências entre liberalismo, tradicionalismo e conservadorismo. Cada uma destas ideologias deu origem a respostas diferentes às epidemias. De acordo com Ackerknecht (1948), o século XIX viu surgir uma nova geração de cientistas europeus que negaram o contágio das doenças baseando-se na ineficácia das quarentenas e dos cordões sanitários (especialmente durante a epidemia de cólera de 1832). Imbuídos do espírito liberal da época, os cientistas defensores do anticontagionismo lutaram pela liberdade do indivíduo e do comércio.

Verificou-se assim, numa clara associação entre teorias anticontágio e interesses comerciais, que os governos do norte da Europa, mais liberais e progressistas, avançaram com políticas higienistas, abolindo quarentenas e cordões sanitários, enquanto os do sul da Europa, mais conservadores, mantiveram as práticas correspondentes à teoria do contágio. A posição dos países do norte da Europa enquadra-se nos aspetos positivos da teoria anticontágio descritos por Ackerknecht (1948) e que deram origem a grandes operações sanitárias dirigidas especificamente contra a *sujidade*, as quais acabaram por ter resultados bastante eficazes na prevenção das subseqüentes epidemias do que as medidas restritivas aplicadas pelos estados do sul da Europa.

Como bem sintetizam Lódola e Góis Junior (2015: 688)

O século XIX representou o domínio das teorias miasmáticas sobre as teorias do contágio. Segundo Erwin Ackerknecht (1948), os combates entre os contagionistas e os adeptos dos miasmas, os anticontagionistas, guardavam consigo não somente as diferenciações teóricas entre uns e outros, mas também as oposições ideológicas e políticas que essas correntes representavam. Os contagionistas proclamavam uma medicina mais conservadora com a defesa do isolamento, e os anticontagionistas, ao contrário, eram liberais que defendiam a higienização.

Destaca-se aqui uma aproximação importante - isolamento, medo e fuga. Como visto, os cordões de isolamento e a quarentena são práticas há muito empregadas para a contenção de doenças (Ackerknecht, 1948). Agora no século XXI, a fuga, a quarentena, o distanciamento social e o *lockdown*⁶ foram novamente utilizados como tentativas para frear a disseminação do novo vírus Sars-CoV-2 e não colapsar os hospitais e o sistema de saúde.

Bassets descreve assim o processo de quarentena no final de março de 2020:

O planeta, para um extraterrestre que aterrissasse nos últimos dias, ofereceria uma imagem estranha, entre aprazível e inquietante. Mais de um terço da humanidade está em casa, privada da liberdade de ir e vir, algo tão essencial e que todos nós damos como garantido. As ruas vazias, como as estradas sem carros. Os céus claros, sem aviões. As fronteiras, fechadas. (Bassets, 2020)

6 *Lockdown* - palavra introduzida do inglês cujo significado na pandemia de 2020 foi a proibição da circulação das pessoas pela cidade. A China inclusive monitorava pelo deslocamento do celular como estava o deslocamento das pessoas. Mais tarde outros países fizeram o mesmo monitoramento para verificar a eficácia das medidas de quarentena empregadas, estabelecendo inclusive um patamar desejado de 70% de não circulação para a contenção da disseminação do vírus Sars-CoV-2.

São vários os artigos jornalísticos sobre a pandemia e as restrições impostas para a sua contenção pelos governos. Inclusive uma clara divisão entre os que acreditam nessas restrições e as buscam para salvar suas vidas, e aqueles que as negam, acreditando que o vírus é inevitável, a vida deveria continuar, pois a economia não pode parar e conclamando para a abertura dos negócios privados e das instituições públicas.

A crise sanitária e social provocada pela pandemia do coronavírus não tem precedentes na história moderna. A covid-19 já deixou mais de 35.000 mortos em todo o mundo. E a ameaça para a saúde pública levou um bom número de países a tomarem medidas de exceção, restringindo as liberdades individuais fundamentais num grau também inédito em tempos de paz. Mais de um terço da humanidade está confinado. Da Itália, Espanha e Reino Unido ao Canadá, Governos de diferentes tendências políticas aprovaram mais poderes para o Estado e mais medidas de controle dos cidadãos. Em autocracias ou em países com democracias frágeis, os líderes estão utilizando a pandemia também como uma muleta para fragilizar as instituições democráticas e endurecer a vigilância e a censura ou para sufocar a oposição; tudo quase sem restrições e escudados no temor ao vírus. Medidas que, em ambos os modelos, podem permanecer quando a emergência se dissipar, alertam os defensores dos direitos humanos e das liberdades civis. (Sahuquillo, Blanco e Liy, 2020).

Em meados de março de 2020, um terço do mundo estava confinado, esse número iria aumentar nos próximos meses e depois uma grande oscilação pelos processos de abertura e fechamento com as novas ondas de contágio no mundo. A relação da democracia, os meios de comunicação e a epidemia são questionados pelo filósofo italiano Giorgio Agamben (2020) no final de fevereiro de 2020. Em seu artigo extremamente polêmico "L'invenzione di un'epidemia", Agamben questiona o comportamento desproporcional frente a epidemia construída pelo campo jornalístico e o uso do governo de um estado de exceção como um paradigma normal de governo. Continuando em sua argumentação o estado de medo e o pânico coletivo seriam criações dos governos para a limitação da liberdade imposta aos cidadãos e aceita por eles em nome de um desejo de segurança. Embora a sustentação dessa análise inicial seja mantida por Agamben, muitos autores discordam dessa posição frente a pandemia instalada e do número de mortos e contaminados no mundo.

3. O VAZIO FACILITA ATOS ILÍCITOS...

A falta de circulação de pessoas e a quarentena gerou outra semelhança entre o processo pandêmico atual e aqueles epidêmicos do final do século XIX, os roubos, furtos e associações de pessoas para atos ilícitos. A saída em massa das pessoas para outras localidades abandonando suas casas e estabelecimentos comerciais, o deslocamento de parte da população dos centros urbanos para zonas rurais ou mesmo a morte de famílias inteiras durante as epidemias dentro de suas casas propiciaram esse cenário para a contravenção, inclusive com a desarticulação da polícia, que desconhecia e estava despreparada para estes enfrentamentos. Na carta anteriormente mencionada da

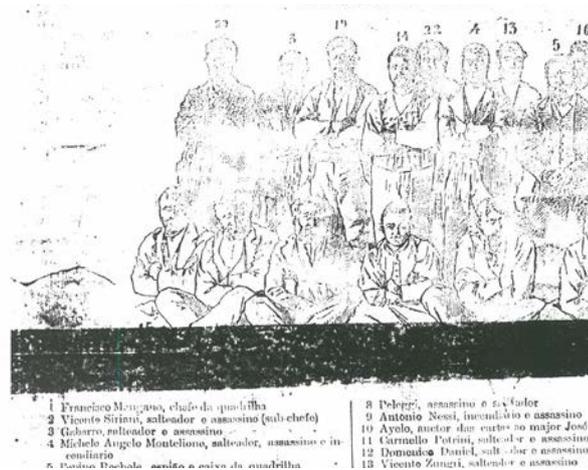
Câmara Municipal de São Carlos para o Presidente de Província de fevereiro de 1875 a narrativa sobre as consequências da epidemia de varíola.

Desse estado de coisas é consequência a nenhuma segurança individual, e o abuso já tem chegado a arrombamentos de casa, e a roubos até na própria Matris d'esta Vila.

Fraca, e sem força moral não pode a pequena força policial coibir tais abusos, se é que mais sérias reflexões não cabem a respeito. (Ósio, 1991: 108).

Muitos policiais morreram também no enfrentamento às epidemias, desarticulando as forças policiais. Em Campinas, a mesma narrativa durante a epidemia de febre amarela de 1889, algumas casas foram assaltadas, segundo Santos Filho e Novaes (1996: 176). Em Araraquara, ocorreram também saques às casas dos que haviam abandonado a cidade e fugido da febre amarela (Telarolli Júnior, 1993: 382). Em São Carlos, não poderia ser diferente, os roubos ocorreram devido ao grande esvaziamento da cidade nas epidemias de febre amarela dos anos de 1895 a 1898. Inclusive ocorreu a formação de uma quadrilha nesse período de epidemias de febre amarela, a Quadrilha Mangano, que recebeu essa denominação pelo seu líder, Francesco Mangano. A quadrilha Mangano foi um grupo de infratores, que se formou em São Carlos, pela fuga em massa das pessoas do núcleo urbano para outras zonas tidas como livres da febre amarela. Eles deixaram a cidade de sobreaviso, com ameaças, assaltos, roubos, extorsões e terrorismos de vários tipos. A quadrilha Mangano contava, no momento de sua prisão, com outros vinte italianos, uma portuguesa e dois negros libertos para suas empreitadas, depois no desenrolar do processo criminal 38 pessoas foram indiciadas⁷. Porém o delegado de São Carlos da época, Gaspar Berrance conseguiu prendê-los, com a ajuda de delação dos membros do bando. Sua atuação deixava os habitantes de sobreaviso, e cometia uma infinidade de delitos, desde simples furtos até assassinatos, incêndios, ameaças, extorsões e terrorismos de vários tipos durante os anos de 1895 e 1898, exatamente quando a febre amarela atingiu seu auge epidêmico na cidade. Em 1898, o Delegado Gaspar Berrance a capturou, e ela era composta predominantemente por italianos.

7 Ver: Monsma, Truzzi e Conceição (2003).



Fonte: *A Opinião*. São Carlos, 30 jul. 1898.

Esta foi a capa do jornal *A Opinião* noticiando a prisão das primeiras pessoas da Quadrilha Mangano. Importante ressaltar que as imagens nos jornais do final do século XIX eram extremamente raras, este foi um dos primeiros clichês⁸ dos jornais. Claro o delegado que prendeu essa quadrilha também teve seu clichê publicado dias antes no mesmo jornal⁹. Anteriormente, somente propagandas vindas de São Paulo ou Rio de Janeiro tinham figuras ou desenhos nas páginas comerciais, e alguns ilustres da elite que faziam seus clichês em São Paulo.

Em meados de 2020 com a pandemia e as medidas de isolamento e restrições de circulação em mais de 180 países, observa-se também roubos ocorrendo de forma correlata àquelas do final do século XIX. Claro que estes roubos e associações de pessoas para atos ilícitos não são particulares das epidemias, mas nestes artigos a relação deles é apresentada como fato preponderante para as ocorrências. Destacam-se duas notícias em particular, uma relacionada a operação da máfia na Itália durante a pandemia e outra do roubo de um quadro de Vincent Van Gogh em um museu fechado pela pandemia.

O jornal *El País* de um correspondente de Roma, Daniel Verdú, em 19 de abril narra como os clãs de contraventores do sul da Itália aproveitam a crise sanitária e econômica para ganhar apoio nas comunidades distribuindo comida e dinheiro, e como alguns moradores se organizam para o contraponto desse processo.

Um assassinato em Agrigento (Sicília). Um barco na Calábria com 600 quilos de coca. Um fugitivo capturado depois de uma longa fuga quando ia fazer compras usando máscara e luvas. Ninharias em comparação com o ritmo normal. Mas a principal atividade dos clãs mafiosos na Itália hoje em dia é se reposicionar, ganhar apoio e buscar novas formas de usar seu dinheiro, que retornará em abundância quando a crise sanitária acabar. Na Calábria e na Sicília, a polícia já surpreendeu mafiosos distribuindo sacolas de compras para al-

8 Clichê neste contexto é a placa de metal, geralmente de zinco, gravada fotomecanicamente em relevo, obtida por meio de estereotipia, galvanotipia ou fotogravura, destinada à impressão de imagens e textos em prensa tipográfica.

9 *A Opinião*. São Carlos, 09 jul. 1898.

guns moradores. Enquanto não chegar a ajuda anunciada pelo Governo de Giuseppe Conte, as máfias se infiltrarão no tecido social, concordam as fontes judiciais e policiais consultadas. Também são abundantes os empréstimos a empresários com a corda no pescoço que precisam de dinheiro vivo. "Agora são só facilidades", assinala um comandante dos carabinieri em Trapani. Os clãs têm liquidez. Quando a crise passar, vão cobrar a conta. (Verdú, 16 abr. 2020).

Esse é o início da narrativa de Verdú de como os clãs se organizam em várias cidades e regiões do sul da Itália, "auxiliando" as pessoas nesse momento de vulnerabilidade da pandemia já que muitas perderam suas rendas, a possibilidade de trabalho e estão em isolamento social, mas depois o apoio dado será cobrado em ações ilícitas desses grupos ou em apoio ou votos em determinados políticos ou outras formas de benefícios solicitados pelos clãs. Os clãs destacados na reportagem com atividades nessa pandemia e com tradição nesses processos foram a Ndrangheta, a Camorra e a Cosa Nostra. Algumas associações foram formadas para se contrapor e dar um outro apoio sem pedidos de contrapartida dessa população atendida assinaladas pela reportagem foram a Liberi di Volare (Livres para voar) e a Fundação San Gennaro. Mas o alerta final é que "Só o dinheiro público é a alternativa ao dinheiro mafioso", desta forma, o movimento mais eficaz e necessário é o poder público.

Outra reportagem do *El País* da cidade de Haya na Holanda Isabel Ferrer narra sobre o roubo da pintura Jardim da Primavera de Vincent Van Gogh com o museu Singer Laren fechado pela pandemia de covid-19.

Uma pintura de Vincent Van Gogh (que nasceu precisamente neste dia, 30 de março de 1853), Jardim da Primavera, Casa Paroquial de Nuenen na Primavera de 1884, foi roubada esta segunda-feira do Museu Singer, localizado na cidade de Laren, no centro da Holanda. A sala está fechada, como o resto dos centros culturais, devido ao covid-19, e é a única obra que desapareceu. Foi um empréstimo do museu Groninger, que tinha apenas este Van Gogh em sua coleção, e fazia parte de uma exposição temporária paralisada pela pandemia. (Ferrer, 30 mar. 2020).

Certamente, os roubos ou associações ilícitas de pessoas já ocorreriam antes das epidemias do século XIX e XX ou da pandemia de 2020, ou entre vários períodos históricos durante toda a humanidade, mas a ausência de circulação de pessoas pelas ruas e as dificuldades econômicas geradas pelas epidemias são fatores motivacionais para os acontecimentos analisados acima. As epidemias sempre alteram as relações sociais e econômicas das sociedades, e as consequências podem ser percebidas em diversas dimensões.

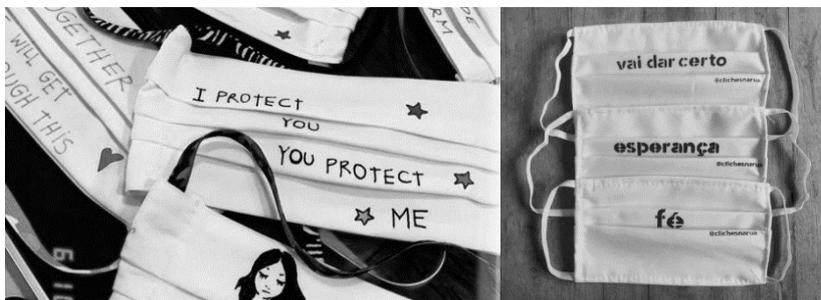
4. MÁSCARAS E MEDO...

O medo disseminado na sociedade não está somente ligado aos ilegais e ao que deles vier, mas vem do desconhecido como também da morte como abordado anteriormente. Uma das semelhanças que podemos observar é o uso de máscaras, apesar do medo

por desconhecer quem está atrás da máscara, pois a identidade não nos é prontamente revelada, o medo da infecção é maior, e nos leva ao seu uso. Muitas vezes se pode inclusive questionar o protocolo do uso correto, mas, embora o Brasil não tenha nenhuma cultura de uso de máscaras, seu uso foi estabelecido por meio de legislações municipais e estaduais em 2020, claro que o medo da morte também interferiu. Uma das primeiras notícias da necessidade das máscaras veio pelas redes sociais de uma campanha originada na República Tcheca denominada #Masks4All¹⁰ (Máscara para todos em uma tradução livre). Essa campanha preconizava o uso de máscaras para todas as pessoas, e não somente para aqueles que estavam contaminados ou trabalhando diretamente com pessoas infectadas, o que era o protocolo em meados de março de 2020 pela OMS. As máscaras não precisariam ser de uso hospitalar e poderiam ser costuradas em casa, máscaras caseiras. O *slogan* da campanha era "*I protect you and you protect me*", em uma tradução livre, eu protejo você e você me protege. Assim com este apelo altruísta, atrelado a explicação científica que muitas pessoas poderiam contrair o vírus e o disseminar sem apresentar os sintomas recorrentes da covid-19, a campanha ganhou o mundo¹¹, teve impacto inclusive na mudança de protocolos da OMS e estudos comprovaram a eficácia do uso cotidiano de máscaras caseiras no controle da disseminação do vírus. A OMS demorou muito para alterar o protocolo e a recomendação do uso de máscaras, ocorrendo somente em cinco de junho de 2020¹², quando em boa parte dos municípios do Brasil já havia legislações locais de obrigatoriedade do uso das máscaras em locais públicos. O argumento utilizado pela OMS é que as máscaras trariam a ilusão de proteção, e as pessoas relaxariam as medidas mais eficazes como o distanciamento, o isolamento social e a lavagem das mãos. Ressalta-se que após a aceitação das máscaras caseiras, elas se tornaram um veículo de comunicação, com frases de incentivo, logomarcas de empresas, de times de futebol, frases de protesto e, inclusive, com tecidos diferenciados, promovendo a diferenciação social.

Figura 2

Algumas imagens ilustrativas sobre as máscaras serão arroladas agora



Fonte: Imagens circulantes na Internet.

10 Campanha vinculada no YouTube em 27 de março de 2020. Disponível em: https://youtu.be/HhNo_IOPotU, acesso em 14 set. 2020.

11 O vídeo contava em 30 de agosto de 2020 com 5.729.511 visualizações somente no YouTube, sem contar com as visualizações e envios pelas demais redes sociais.

12 Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52254>, acesso em 14 set. 2020.

Nas epidemias de Gripe Espanhola ou Gripe de 1918 de influenza, as máscaras também foram utilizadas pelas pessoas em seu cotidiano tanto na Europa como nos Estados Unidos da América pelas fotos que dispomos. A pandemia de gripe de 1918 foi causada por uma mutação do vírus da gripe, influenza. Acredita-se que essa pandemia atingiu cerca de 500 milhões de pessoas em todo o mundo, o que seria equivalente a um terço de toda a população mundial na época. As estimativas de morte seriam em torno de 50 milhões de mortes em todo o mundo, com uma taxa de letalidade assim estimada entre 2% e 10%, a gripe sazonal que nos afeta anualmente tem uma taxa de letalidade igual, em média, a 0,1%, segundo divulgação do jornal *Corriere della Sera*¹³. As duas fotos a seguir seriam da pandemia de influenza de 1918 de pessoas na Europa, e a última seria nos Estados Unidos da América.

Figura 3

Fotos da pandemia de influenza de 1918 de pessoas na Europa e Estados Unidos da América



Fonte: Disponível em: https://www.corriere.it/foto-gallery/cronache/20_aprile_09/code-mascherine-isolamento-contro-covid-19-stesse-armi-usate-combattere-spagnola-a9783338-7a6b-11ea-880f-c93e42aa-5d4e.shtml, acesso em 14 set. 2020.



Fonte: Paris – 1918, mulheres da alta sociedade caminhando com máscara. Disponível em: <https://www.santanafm.com.br/gripe-espanhola-matou-35-mil-no-brasil-em-1918-mundo-coronavirus/>, acesso em 14 set. 2020.

A circulação das imagens das pandemias anteriores ocorreu nos veículos de comunicação e redes sociais, talvez até com uma certa intenção de assinalar que com estes procedimentos muitas pessoas superaram as enfermidades no passado, seguindo o slogan #vaipassar, muito utilizado nas redes sociais. O resgate dos meios de comunicação incluiu até as máscaras históricas de médicos durante a peste bubônica no século XVII, doença que atingiu e matou milhares de pessoas não só nesse século específico como em outros também. Alguns médicos eram contratados pelo Estado

13 Disponível em: https://www.corriere.it/foto-gallery/cronache/20_aprile_09/code-mascherine-isolamento-contro-covid-19-stesse-armi-usate-combattere-spagnola-a9783338-7a6b-11ea-880f-c93e42aa5d4e.shtml, acesso em 14 set. 2020.

para que atendessem a população pelas ruas, muitas pessoas terminavam pelas ruas em estado grave. A medicina era baseada na teoria dos miasmas, e por isso o nariz grande que acondicionava ervas, óleos e substâncias que teriam a função de purificar o ar antes da inspiração pelo médico. Eles utilizavam também roupas de couro cobrindo todo o corpo para evitar o contato e também varas para verificar os corpos abandonados pelas ruas.

Figura 4

Figura ilustrativa dos primeiros médicos que lidaram com a doença



Fonte: Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/almanaque/por-que-os-medicos-que-lutavam-contra-pestes-bubonica-usavam-mascaras-de-bico-de-passaro.phtml>, acesso em 14 set. 2020.



Fonte: Sites comerciais, a sua vinculação não será realizada aqui pois o objetivo do texto não está ligado à sua comercialização.

As máscaras com nariz longo voltaram a ser comercializadas nesse momento de pandemia de 2020 em vários sites, mesmo fora de períodos de utilização para fantasias, carnaval e Halloween.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das epidemias de varíola, febre amarela e gripe espanhola não é algo consensual e muito menos concluída para a ciência apesar dessas epidemias terem

ocorrido no Brasil há mais de 100 anos. A epidemia de covid-19 não poderia deixar de ser um desafio a sua compreensão, pois ela não é apenas um desafio sanitário, e sim um fenômeno multidimensional para todas as ciências.

A análise evidenciou que diante de uma doença desconhecida e sem cura, o isolamento e o uso de máscaras foram utilizados, seja em uma fuga da cidade para o meio rural, seja o isolamento social, que não deixa de ser uma fuga das ruas da cidade para o interior das moradias, em uma época de pouca ligação com o mundo rural. O Brasil se tornou um país com a maior parte da sua população habitando a zona urbana a partir da década de 1970.

Segundo Bassanezi (1995: 1), o Brasil é “marcado pelo grande impacto da imigração internacional do século XIX e XX - tanto pelo seu volume quanto pelo grau de modificações provocado na estrutura demográfica e socioeconômica”. O primeiro caso de um brasileiro com covid-19 vindo da Itália demonstra que nossos laços e pontes com o continente europeu permanecem vivos até os dias atuais.

Contudo, olhar para o passado se torna necessário para a compreensão do futuro. A história não se repete da mesma forma, mas nos ensina a pensar com as experiências ocorridas para ter habilidades e competências para o que está por vir. Deixar de pensar e compreender o que já vivemos enquanto uma sociedade é reinventar a roda a todo o instante, ou mesmo deixar a “Roda Viva” nos atropelar e levar nosso destino, sem que estejamos direcionando nossos atos.

CONTRIBUIÇÃO DE CADA AUTOR

A concepção do artigo ficou a cargo da Dra. Marili Peres Junqueira. A Dra. Maísa Faleiros da Cunha supervisionou o processo de concepção do artigo. A análise dos dados, metodologia, redação inicial e final foram realizadas por ambas as autoras do texto sempre dentro de uma construção dialógica.

CÓDIGO ORCID

Dra. Maísa Faleiros da Cunha - <http://orcid.org/0000-0002-2444-7283>

Marili Peres Junqueira - <http://orcid.org/0000-0003-1406-8113>

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não ter nenhum conflito de interesse com relação ao presente artigo.

DISPONIBILIDADE DOS DADOS

Os dados contidos no trabalho podem ser solicitados para as autoras.

REFERÊNCIAS

- ACKERKNECHT, Erwin Heinz (1948): "Anticontagionism between 1821 and 1867", *Bulletin of the History of Medicine*, 22, pp. 562-593.
- AGAMBEN, Giorgio (2020): "*L'invenzione di un'epidemia*", https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia?fbclid=IwAR29_wmGUyOt2C8nmhbgvD-qFI-EqaPyTGVIAWFpIIPAjSS-RorZqDxwymE0.
- ALMANACH de São Carlos (1894): São Carlos do Pinhal, Edictora a empresa d'O Popular.
- BASSANEZI, Maria Sílvia Casagrande Beozzo (1995): "Imigrações internacionais no Brasil: um panorama histórico", en PATARRA, Neide Lopes (ed.), *Emigração e imigração internacionais no Brasil contemporâneo*, São Paulo, FNUF.
- BASSANEZI, Maria Sílvia Casagrande Beozzo e CUNHA, Maísa Faleiros (2019): "Um espaço, dois momentos epidêmicos: surtos de febre amarela (1896-1897) e de gripe (1918-1919) em Campinas, estado de São Paulo", *Revista brasileira de estudos de população*, 36, pp. 1-29, <https://rebep.org.br/revista/article/view/1328>.
- BASSETS, Marc (2020): "Um mundo em quarentena busca saídas para a crise. Tripla perturbação causada pelo coronavírus – sanitária, econômica e política – une a humanidade sob a mesma ameaça, mas a divide nas respostas", *El País*, Paris, São Paulo, 30 mar. 2020, <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-30/um-mundo-em-quarentena-busca-saidas-para-a-crise.html>.
- BAUER, Martin W. (2009): "The evolution of public understanding of science – discourse and comparative evidence", *Science, technology and society*, 14, 2, pp. 221-240.
- BOURDIEU, Pierre (1997): *Sobre a televisão: seguido de A influência do jornalismo e Os jogos olímpicos*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- _____ (1989): *O poder simbólico*, Lisboa, Difel.
- _____ (2007): *A distinção: crítica social do julgamento*, São Paulo, EdUSP, Porto Alegre, Zouk.
- CAMARGO, José Ferraz (ed.) (1928): *Almanach Annuario de S. Carlos*, São Carlos, [s.n.].
- COSTA, Emília Viotti da (1999): *Da monarquia a república- momentos decisivos*, São Paulo, EdUNESP.

FERRER, Isabel (2020): "Roban un cuadro de Van Gogh en un museo del centro de Países Bajos", *El País*, Cultura, Haya, 30 mar. 2020, <https://elpais.com/cultura/2020-03-30/roban-un-cuadro-de-van-gogh-en-un-museo-del-centro-de-paises-bajos.html>.

LÓDOLA, Soraya e GÓIS JUNIOR, Edivaldo (2015): "Teorias sobre a propagação da febre amarela: um debate científico na imprensa paulista, 1895-1903", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22, 3, pp. 687-704.

MCLUHAN, Marshall (1979): *Os meios de comunicação como extensão do homem*, São Paulo, Cultrix.

MONSMA, Karl; TRUZZI, Oswaldo e CONCEIÇÃO, Silvano da (2003): "Solidariedade étnica, poder local e banditismo: uma quadrilha calabresa no oeste paulista, 1895-1898", *Revista brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 53, out. 2003, pp. 71-97, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092003000300005&lng=en&nrm=iso.

ÓSIO, Júlio Roberto (1991): *A saúde do capital: o processo de organização dos serviços de higiene e saúde em São Carlos - 1850-1920*, Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos.

"Primeiro caso de coronavírus no Brasil, máscaras, sintomas e outras dúvidas sobre a doença" (2020): *El País*, 26 fev. 2020, <https://brasil.elpais.com/verne/2020-02-26/primeiro-caso-no-brasil-mascaras-sintomas-e-outras-duvidas-sobre-o-coronavirus.html>.

SAHUQUILLO, María R.; BLANCO, Silvia e LIY, Macarena Vidal (2020): "Pandemia ameaça facilitar erosão da democracia em países como Hungria e Rússia. Circunstâncias excepcionais da pandemia ameaçam facilitar a prolongada erosão das liberdades e garantias em países com Estados de direito incipientes ou frágeis", *El País*, Moscou/Madri/Pequim, Brasil, 31 mar 2020, <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-31/coronavirus-poe-a-democracia-de-quarentena.html>.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro e NOVAES, José Nogueira (1996): *A febre amarela em Campinas 1889-1900*, Campinas, CMU/Unicamp.

SCHUELER, Paulo (2020): "O que é uma pandemia?", <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>.

TELAROLLI JÚNIOR, Rodolpho (1993): *Poder e saúde: a República, a febre amarela e a formação dos serviços sanitários no Estado de São Paulo*, Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas.

UOL (2020): "Brasil passa dos 100 mil mortos por covid-19", São Paulo, 08 ago. 2020, <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/08/08/brasil-chega-a-100-mil-mortos-por-covid-19.htm>.

VERDÚ, Daniel (2020): "Assim opera a máfia que não para durante a pandemia", *El País*, Internacional, Roma, 19 abr. 2020, <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-04-19/assim-opera-a-mafia-que-nao-para-durante-a-pandemia.html>.

WESTIN, Ricardo (2020): "No Brasil Império, chegada de vírus mortal provocou negacionismo e crítica a quarentenas. Documentos históricos do Arquivo do Senado mostram que, apesar da destruição que a febre amarela produzia no final do século XIX, houve políticos que minimizaram a gravidade da epidemia", *El País*, São Paulo, 07 jun. 2020, <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-07/no-brasil-imperio-chegada-de-virus-mortal-provocou-negacionismo-e-critica-a-quarentenas.html>.

Estado de sospecha, estado de declaración. Los límites de la gobernanza municipal y sus alternativas en tiempos de epidemia. Madrid, 1885*

State of suspicion, state of declaration. The limits of the municipal governance and its alternatives in epidemic times. Madrid, 1885

FECHA DE RECEPCIÓN: DICIEMBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: ABRIL DE 2021

Santiago de Miguel Salanova^a

Palabra Clave

Madrid
Gobierno urbano
Cooperación colectiva
Epidemias
Cólera

Resumen

Este artículo toma tanto el contexto anterior como el coincidente con un acontecimiento ampliamente conocido en lo que respecta a sus repercusiones demográficas y sociales (la epidemia de cólera de 1885 en Madrid) para dilucidar la forma en que la crisis motivada por la enfermedad retrató aspectos que requieren una mayor problematización analítica. A través de un amplio cuerpo documental del Ayuntamiento de Madrid y de la prensa periódica, se exploran tres puntos estrechamente conectados durante ese período. Por un lado, la amenaza cólerica como espejo del ciclo de crisis de gobernanza municipal efectiva existente en Madrid antes de 1885. En segundo término, la proyección del cólera como catalizador de un intervencionismo que ya era demandado por la opinión pública y parte de los vecindarios que se verían más comprometidos en términos de higiene y salubridad en el contexto epidémico. Y finalmente, la cooperación colectiva a pequeña escala como estrategia complementaria para cubrir algunas de las fallas dejadas por los poderes locales en el desempeño de sus funciones durante la epidemia.

* Este artículo se enmarca en las actividades del proyecto "Gobernar la ciudad. La transición urbana como objeto político de los poderes locales en la España Contemporánea (1900-1936)". Convocatoria de Ayudas para la Realización de Proyectos de I+D para Jóvenes Doctores. 2019. Ref.: PR65/19-22409. IP. Santiago de Miguel Salanova. Acción financiada por la Comunidad de Madrid a través del Convenio Plurianual con la Universidad Complutense de Madrid en su línea Programa de Estímulo a la investigación de jóvenes doctores. V PRICIT (V Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica).

a Universidad Complutense de Madrid. C.c: sdmiguel@ucm.es



Keywords

Madrid
Urban governance
Collective cooperation
Epidemics
Cholera

Abstract

This article takes both the immediately preceding context as well as the one coinciding with a widely known event with regard to its demographic social repercussions (the cholera epidemic of 1885 in Madrid) to elucidate the way in which the crisis caused by the disease portrayed issues that require further analyses. Through an extensive body of documentary sources from the Madrid City Council and the periodical press, this work will deep into three closely connected points during that period. Firstly, in the threat of cholera as a mirror for the crisis cycle of effective municipal governance in Madrid prior to 1885. Secondly, in the projection of the disease as a catalyst for an interventionism already demanded by the public opinion and the neighbourhoods highly affected in terms of public hygiene and health. And finally, in the small-scale collective cooperation as a complementary factor to fill the gaps left by the local powers in its functions.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del Novecientos, el cólera ha representado un sólido nicho de análisis historiográfico. No es preciso insistir en lo ya escrito sobre la centralidad que la enfermedad ocupó en la evolución europea decimonónica. Tampoco en la forma en que los estudios sobre la infección han transitado por diferentes estadios, comenzando con visiones generales en un primer momento para pasar, después, a enfoques locales, y expandirse, en último término, a coyunturas coloniales o poscoloniales (Hamlin, 2009a). Esta estructura de análisis, geográficamente compartimentalizada, se ha proyectado de manera similar en el apartado temático. Así, los ciclos epidémicos de cólera no sólo han servido como escenarios desde los que abordar sus repercusiones demográficas y las estrategias de prevención, contención y terapia experimental que se fueron implementando frente a ellos (Thomas, 2015: 15-30; Huber, 2020). En adición, han sido interpretados como períodos acumuladores de cambios sociales, emociones y comportamientos disruptivos; catalizadores de crisis políticas y coyunturas de conflictividad o iniciadores de efectos económicos de larga duración sobre la geografía de la pobreza urbana, sin olvidar sus significados culturales (Morris, 1976; Durey, 1979; Evans, 1988; Kudlick, 1996; Gilbert, 2008: 50-66; Holland, Gill y Burrell, 2009; Pascual, 2017; Cohn, 2018: 163-262; Snowden, 2020; Ambrus, Field y González, 2020).

España no ha sido una excepción dentro de esa centralidad del cólera en los estudios sobre el siglo XIX. La epidemia de 1884-1885 ha sido la más ampliamente explorada de las acaecidas en esa fase temporal. El peso que ofrece en la historiografía es mayor que el representado por las que se produjeron con anterioridad, no excesivamente si se comparan con los estudios circunscritos a la epidemia de 1834, pero sí en lo que respecta a las de 1854-1855 y 1865¹. A priori, este mayor interés guardaría relación con la confluencia de factores específicos en ese contexto, entre los que destacarían el descubrimiento del origen de la enfermedad en 1883 por Robert Koch, los debates que en se generaron tras el mismo y el hallazgo de la primera vacuna contra el cólera de Jaime Ferrán, con las polémicas que su aplicación ocasionó a nivel científico y político².

El trabajo que aquí se presenta no pretende incidir en cuestiones ampliamente conocidas sobre el cólera de 1885 para el caso de estudio que se toma, concerniente a la ciudad de Madrid. Las repercusiones demográficas y el desigual impacto de la enfermedad a nivel socioespacial ya han sido, por ejemplo, sólidamente analizadas (Fernández Sanz, 1978; Fernández García, 1985: 155-206). Los recientes estudios de Díaz Simón, apoyados en la memoria que la alcaldía de Madrid redactó al término de la epidemia, contemplan una cifra total de 1.366 defunciones entre los 2.207 individuos que se vieron atacados³, lo que confiere a la capital española la segunda posición en lo que respecta al grado de correlación porcentual entre fallecidos e invadidos, si se establecen comparaciones con otras capitales de provincia (Tabla 1). Esas muertes quedaron muy disparmente repartidas a nivel de barrio, determinando, con gran amplitud, que la enfermedad entendía de clases sociales. En esencia, fueron los enclaves urbanos populares del sur del casco antiguo (esto es, los emplazados en los distritos de Hospital, Latina e Inclusa) y algunos de los ubicados en las zonas periféricas de un Ensanche todavía escasamente urbanizado (distritos de Universidad y Buenavista) los más golpeados por la enfermedad, a diferencia de lo que aconteció en las demarcaciones administrativas más acomodadas y próximas al centro urbano (distritos de Palacio, Centro, Congreso o Audiencia) (Tabla 2).

Tampoco han pasado inadvertidos para la historiografía especializada los regueros de conflictividad y animadversión social que el cólera dejó en esa disímil evolución espacial, plasmados en motines populares, protestas de comerciantes ante la paralización de la actividad económica o desafíos poblacionales en los barrios bajos ante las operaciones de antisepsia y esterilización allí orquestadas por las autoridades, mediante desinfecciones indiscriminadas (Díaz Simón, 2014; 2016). Sin embargo, existen

1 Esta descompensación ya se advertía en: Vincent (1988: 43-55). Para visiones globales del cólera en la España del siglo XIX véanse: Serrallonga (1996: 14-21) y Betrán (2006: 143-156).

2 En la historiografía sobre el cólera de 1885 son referencias inexcusables, por su enfoque global y su transversalidad temática, los trabajos de: Fernández Sanz (1989 y 1990). En lo que respecta a visiones regionales y locales, véase un amplio estado de la cuestión en: Sarrasqueta (2010: 28-39).

3 Esta cantidad también contempla lo que en el contexto de elaboración de la memoria se calificaron como "casos sospechosos", finalmente asociados al cólera, que depararon 346 muertes sobre un total de 559 atacados. Distribuidas las muertes por sexo, las cifras resultantes serían de 789 para la población femenina (1.294 invadidas) y 577 para la masculina (913 invadidos). En aquella coyuntura, Madrid alcanzaba los 392.601 habitantes. Véase: Díaz Simón (2014: 466-467) y Bosch (1885: 82).

aspectos que no han revestido tanta atención y que entroncan con uno de los asertos que Frank Snowden lanzó en plena crisis de la COVID-19. En opinión de uno de los principales especialistas en el estudio del cólera, una epidemia de esas características servía como espejo de las fallas y los compromisos latentes de una sociedad específica. En lo que respecta a la madrileña, dichas fallas bien podían escudriñarse en conexión con el primer punto de análisis del presente trabajo, relacionado con las dinámicas inherentes a la endeble gobernanza municipal previa a 1885. La capital española representaba una ciudad en riesgo, donde no escaseaban ni unas deficiencias higiénico-sanitarias que crecieron de manera exponencial, ni los rasgos arquetípicos de una coyuntura crítica en el ejercicio de los poderes locales que, en gran medida, contribuiría a explicar dichas carencias.

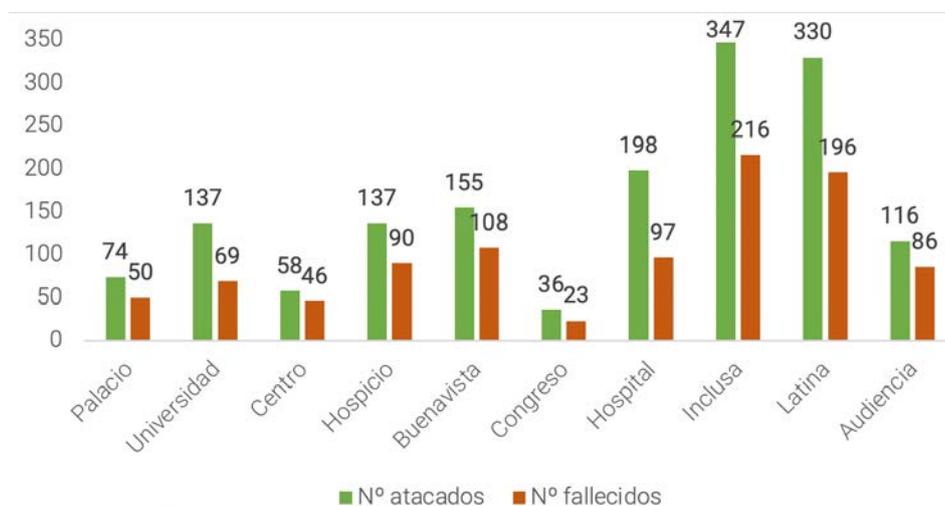
Tabla 1
Grado de correlación porcentual entre invasiones y defunciones por cólera en las capitales de provincia más atacadas por la epidemia de 1885

<i>Localidad</i>	<i>Invasiones</i>	<i>Defunciones</i>	<i>%</i>
Valencia	7.080	4.918	69,46
Madrid	2.207	1.366	61,89
Barcelona	2.313	1.326	57,33
Albacete	1.327	737	55,54
Jaén	1.162	579	49,83
Teruel	1.043	493	47,27
Granada	7.011	3.254	46,41
Murcia	5.015	2.162	43,11
Cádiz	1.388	554	39,91
Lérida	1.565	541	34,57
Almería	3.552	773	21,76
Zaragoza	13.082	1.957	14,96

Fuente: Bosch (1885) y Dirección General de Beneficencia y Sanidad, 1886.

Gráfico 1

Número de atacados y fallecidos durante la epidemia de cólera de 1885 en Madrid a nivel de distrito municipal



Fuente: Bosch (1885).

Las fallas de la gobernanza municipal engarzaban, a su vez, con compromisos latentes que aspiraban a cubrirlas. Es cierto que el marco de cualquier epidemia de cólera evocaba múltiples respuestas sociales, si bien se puede consignar que aquellas se han asociado tradicionalmente a las vehiculadas por los miedos y las ansiedades colectivas que generaba el despertar de una intensa alarma sanitaria, incluso si esta no llegaba a materializarse de forma epidémica (Jackson, 2012). Esos miedos y ansiedades, incomparables a los que motivaron otras epidemias decimonónicas (Rosenberg, 1966: 455), se canalizaban de formas diversas, aunque principalmente lo hacían mediante una disyuntiva que contraponía las huidas desde los espacios infestados (Durey, 1979: 139-140) con manifestaciones de conflictividad (Bourdelaís, 1988: 37-40; Evans, 1988; Cohn, 2018), las cuales llegaban a desatar lo que Cohn ha definido como auténticas "olas de odio" (Cohn, 2012; 2017). En lo que respecta a Madrid, los estudios sobre el cólera de 1885 han incidido en algunas de esas cuestiones (Fernández García, 1985; Fernández Sanz, 1989; Díaz Simón, 2014; 2016)⁴. Sin embargo, la cooperación colectiva como respuesta alternativa frente al cólera no ha sido un aspecto examinado hasta el momento. El segundo propósito de este trabajo será cubrir ese vacío determinando cuál fue la trascendencia de esa estrategia y cómo coadyuvó a los poderes locales en la lucha contra la epidemia cuando esta se recrudeció entre finales de julio y principios de agosto de 1885.

A través de la documentación del Ayuntamiento de Madrid referente a sanidad e higiene pública, de las actas de sus plenos y de la prensa, este artículo indagará en los puntos precedentes sobre la base de una estructura tripartita. En primer lugar, centrará la atención en la capacidad de reacción anticipatoria de los poderes locales ante la

4 Incursiones locales sobre este punto en: Salas y Pujadas (2016: 198-199) y Calvo (2018: 254-259).

amenaza colérica y en la forma en que se vio lastrado por una coyuntura de gobernanza no efectiva. En segundo término, se aludirá a la forma en que el contexto inicial de la epidemia dramatizó un intervencionismo previamente delimitado en la opinión pública y en las reivindicaciones de parte de los vecinos cuyos espacios residenciales fueron señalados en las operaciones de inspección y purificación municipales. Y finalmente, se estudiarán las estrategias de cooperación articuladas frente a la enfermedad. En definitiva, nuestro propósito es comprender la forma en que el cólera de 1885 representó un test de la sociedad madrileña a tres niveles: el higiénico-sanitario con respecto al espacio administrado (Davenport, Satchell y Shaw-Taylor, 2019); el de la gobernanza local y el de las dinámicas de cooperación en el ámbito comunitario.

1. UNA CIUDAD EN ESTADO DE SOSPECHA. MOVILIZANDO INTENCIONES FRENTE A LA AMENAZA COLÉRICA EN EL MARCO DE UNA CRISIS DEL MODELO DE GESTIÓN MUNICIPAL DE MADRID

La sombra del cólera planeó sobre Madrid mucho antes de proyectarse poco antes del verano de 1885. Entre finales de 1881 y los primeros nueve meses de 1882 el gobierno civil de la provincia y el Ayuntamiento de la capital debatieron sobre las medidas a implementar en la ciudad en caso de que esta se viera nuevamente invadida por la enfermedad, como en 1834, 1854 y 1865 (Puerto y San Juan, 1980; De Urquijo, 1980; Fernández García, 1979 y 1985; Vidal, 1989; Montero, 2007). Las noticias que arribaban sobre el impacto de la anterior en las caravanas de peregrinaje a la Meca, Egipto y la Filipinas colonial (De Bevoise, 1995: 164-184; Low, 2008; Echenberg, 2011) despertaron en ese contexto los primeros juicios de trascendencia entre las autoridades sobre la aplicación de un plan de actuación preventiva que no saldría de un prisma que aquí conceptuamos como vehiculado por una movilización de intenciones.

Fue el gobierno civil de la provincia de Madrid quien asumió un primer protagonismo en ese proceso. El 2 de diciembre de 1881 nombró una Comisión de Beneficencia y Sanidad para dilucidar las iniciativas a desarrollar en función del escenario sanitario que se presentara en lo sucesivo. En conexión con el advenimiento de un "estado de sospecha", incidió en varias necesidades. Incrementar el personal de las casas de socorro, construir nuevos hospitales, delimitar mecanismos estandarizados para la inhumación de cadáveres en la Necrópolis del Este⁵, ampliar el servicio de carruajes de ambulancias para el traslado de enfermos e instalar lavaderos para las tareas de desinfección y fumigación de las ropas de los posibles afectados en una epidemia⁶.

Nueve meses después, y al hilo de las noticias sobre los embates del cólera en Fili-

5 El crecimiento de Madrid y la urbanización del Ensanche en su zona norte abrieron paso a la construcción de este cementerio, proyectado en 1878 en el término de Vicálvaro. Su cristalización definitiva no llegaría hasta 1925 (Jiménez Blasco, 2008: 37-38).

6 Archivo de Villa de Madrid, Secretaría (AVM-S), 7-66-64.

pinas, fue el Ayuntamiento de Madrid quien tomó partido en la confección de ese plan de acción preventiva. Sirviéndose de las deliberaciones de la Junta Municipal de Sanidad, recomendó reforzar los mecanismos de policía urbana⁷. A priori, existían cuatro acciones ineludibles en ese apartado. En primer lugar, girar visitas de inspección a los espacios públicos y privados más favorables para la creación de focos de infección. En segundo término, prohibir tanto la fijación de cuadras, corrales, cabrerías, mondonguerías y traperías en el casco de la población como la de cebaderos de cerdos y tejares en el Ensanche. En tercera instancia, incrementar la supervisión de los lavaderos del Río Manzanares, garantizar la rápida extracción de basuras en determinadas calles, evitar la formación de charcas de aguas inmundas o cegar las ya existentes, prevenir las filtraciones de aguas fecales y reforzar las tareas de limpieza de alcantarillas y atarjeas. Y finalmente, controlar con mayor rigurosidad la higiene de alimentos y bebidas⁸.

Se trataba de un amplio paquete de medidas cuya eficacia ofrecía pocas dudas. Sin embargo, su plasmación efectiva despertaba recelos. Nada más conocer sus contenidos, *El Siglo Médico* aseveró que las reformas no se aplicarían "con la seriedad y la decisión indispensables para que produjeran resultado benéfico alguno"⁹. No era una apreciación baladí. Las tenencias de alcaldía de los distritos dudaban, a la altura de 1882, sobre el cumplimiento de esos objetivos, advirtiendo de que las inspecciones sistemáticas de potenciales focos de infección escapaban de su completa esfera de acción; de que el cierre de pozos negros y el cegamiento de charcas requerían recursos de los que adolecía el consistorio y de que se antojaba complicado modificar las costumbres antihigiénicas que fueron arraigando en las pilas y depósitos de ropas de los lavaderos¹⁰.

A buen seguro que ese primer plan de actuación preventiva evidenciaba un interés de planificación en el contexto de un riesgo epidémico¹¹. Mas habría que esperar a ver sus posibilidades de ejecución con el agravamiento del estado de sospecha. Esta amenaza se abriría paso con la declaración del cólera en Tolón y Marsella en junio de 1884 (Mafart y Morillo, 1998; Cohen, 1998: 168-173). Desde entonces, España vivió en lo que Sarrasqueta define como un "clima de intranquilidad creciente" (Sarrasqueta, 2010: 104-105). En lo que respecta a Madrid, fueron la Dirección General de Beneficencia y Sanidad (25 de junio de 1884) y la Junta Municipal de Sanidad (28 de junio de 1884) las que aconsejaron al consistorio la adopción de las medidas preventivas planteadas con anterioridad, añadiendo otras líneas de actuación de urgencia asociadas a la colocación de inodoros en los tramos finales de cañerías de fregaderos, baños y excusados; a la limpieza completa de las alcantarillas con corrientes continuas de aguas limpias y a operaciones más rigurosas de barrido y riego de las vías públicas¹².

7 AVM, Actas del Ayuntamiento de Madrid (AAM), 18 de septiembre de 1882.

8 AVM-S, 7-66-60.

9 *El Siglo Médico*, 24 de septiembre de 1882, p. 39.

10 AVM-S, 7-66-60.

11 El plan también reclamaba superar dualidades entre los comportamientos urbanos del casco y los rurales del Ensanche. Interpretaciones sobre esta cuestión para el cólera de la época aquí trabajada, en Gómez Martínez (2020).

12 AVM-S, 7-66-64.

Dicho esto, nuestro interés inicial radica en determinar qué capacidad de respuesta tuvo el Ayuntamiento de Madrid ante la amenaza colérica, verificando la forma en la que la anterior testó, en un sentido negativo, la resiliencia de las estructuras administrativas de la capital, siguiendo los asertos de Briggs (1961: 76). Las sesiones plenarios del gobierno municipal celebradas desde finales de junio de 1884 proporcionan indicios relevantes con respecto a ese punto. De entrada, el objetivo del consistorio fue articular los recursos que exigían las medidas que se fueron invocando¹³, los cuales esperaban extraerse del capítulo de imprevistos del presupuesto municipal¹⁴. A continuación, se conceptuaba como inaplazable la apertura de una comunicación fluida con las casas de socorro (para indagar en su material y personal); con el Laboratorio Municipal (del cual se esperaba la ejecución de todo tipo de operaciones de desinfección en enclaves que pudieran actuar como focos de la enfermedad); con las tenencias de alcaldía (para intensificar las visitas de inspección)¹⁵; con la comisión de cementerios y con los establecimientos asistenciales que pudieran verse comprometidos en una eventual epidemia. En este último escenario, los más relevantes eran los Asilos de San Bernardino creados a raíz de la epidemia de cólera de 1834 (Vidal, 1992), cuyo sistema de evacuación de aguas motivaba no pocas denuncias¹⁶.

Es cierto que se consiguieron avances en algunos de esos apartados, principalmente en lo relativo al funcionamiento del Laboratorio Municipal y a las tareas que se le confiaron en una posible lucha contra el cólera gracias a los recursos invertidos en la compra de productos destinados a la desinfección de alcantarillas, vías públicas y domicilios¹⁷. También comenzaron a gestionarse acuerdos para la adquisición de centenares de camillas, colchonetas, almohadas, aparatos para calentar agua y jeringuillas destinadas a las casas de socorro¹⁸. Del mismo modo, se efectuaron reformas puntuales como la instalación de nuevas bocas de riego en aras de solventar los estancamientos del principal mercado de abastos de la urbe (Cebada)¹⁹. Y, finalmente, se buscó dinamizar el sistema de enterramientos, cercando parte de los terrenos de la Necrópolis del Este para facilitar la construcción de un cementerio de epidemias²⁰.

Entre julio y septiembre de 1884 tampoco faltó el despliegue de planes orientados a ampliar la infraestructura sanitaria de la ciudad, la cual seguía remitiendo al modelo de la etapa isabelina. El consistorio debatió propuestas sobre la construcción de dos hospitales de epidemias²¹ y seleccionó el Asilo de las Mercedes como espacio de acogida

13 AVM, AAM, 28 de junio de 1884.

14 AVM, AAM, 30 de junio de 1884.

15 AVM-S, 7-69-66.

16 AVM, AAM, 12 de julio de 1884.

17 AVM-S, 7-66-60; AVM-S, 6-443-50 y Díaz Simón (2014: 473-474).

18 AVM-S, 7-66-66.

19 AVM, AAM, 16 de julio de 1884.

20 AVM, AAM, 13 y 20 de agosto de 1884.

21 AVM-S, 7-66-74.

alternativo para los enfermos²². Paralelamente, entabló negociaciones con sociedades particulares para levantar barracones que diversificasen la atención a los posibles infectados desde espacios equidistantes con respecto al centro de la población²³ y recogió iniciativas sobre la apertura de asilos para albergar a quienes tuvieran que abandonar sus viviendas, ya fuera por desalojos o por los aislamientos que pudieran determinarse en función de su convivencia con enfermos coléricos²⁴.

Ninguna de esas iniciativas llegaría a materializarse. Para el consistorio, el obstáculo que se planteaba para su ejecución tenía que ver con los exiguos fondos remanentes del capítulo de imprevistos del presupuesto municipal. Esa carencia de medios también explicaría la fragilidad que observaron los trabajos de vigilancia en espacios que podían actuar como "focos de infección" en caso de epidemia. Si bien las inspecciones de los tenientes de alcalde se incrementaron con el estado de sospecha, no adquirieron la extensión que se esperaba en un primer momento y tampoco se vieron acompañadas por órdenes superiores para erradicar las deficiencias higiénico-sanitarias que destaparon. En este sentido, resulta interesante comprobar cómo buena parte de las anteriores siguieron reproduciéndose en idéntica forma tras oficializarse el cólera. En calles como la del Sur (actual Méndez Álvaro), General Lacy o las emplazadas en el barrio de Pacífico persistieron atarjeas al descubierto y charcas de aguas estancadas en las que los vecinos y transeúntes arrojaban inmundicias²⁵. En los caminos que se dirigían desde los límites del término municipal de Madrid hasta algunos de sus pueblos limítrofes, como Carabanchel Bajo, no dejaron de presentarse fábricas de aprovechamiento de animales muertos y ventorros en los que se sacrificaban clandestinamente reses bovinas y lanares, después introducidas en la capital²⁶. En entornos próximos a la Puerta de Segovia continuaría desaguando una alcantarilla que recogía y arrastraba las aguas fecales del distrito de la Audiencia, utilizadas para el riego de las huertas por habitantes de esa zona²⁷. Y finalmente, en lo que concierne a los asilos de San Bernardino, y a su sucursal situada en Alcalá de Henares, volvería a denunciarse el mal estado de sus excusados y atarjeas el 20 de junio de 1885²⁸.

El año que precedió a la declaración del cólera en Madrid evidenció más un despliegue discursivo que efectivo de objetivos orientados a solventar los problemas re-

22 La conceptualización de ese asilo como "alternativo" evidenciaba que, aun admitiéndose que la centralización de la atención de los enfermos podía realizarse desde el Hospital Provincial, se asumía la probable decisión de evacuarlo parcialmente en caso de aglomeración. Pese a ello, el Asilo de las Mercedes se juzgaba como negativo para fines asistenciales, por su ubicación (distante del centro de la población) y la costosa obra que requería su habilitación como hospital. *El Siglo Médico*, 7 de septiembre de 1884, pp. 561-562; y 28 de septiembre de 1884, pp. 610-611.

23 AVM-S, 7-66-72.

24 AVM-S, 7-66-73.

25 AVM-S, 7-67-64; AVM-S, 7-66-68 y AVM-S, 7-66-77.

26 AVM-S, 6-443-11.

27 Para el subdelegado de medicina de ese distrito, que denunció esta situación el 8 de septiembre de 1884, cabía preguntarse si dicha alcantarilla no había contribuido al foco de cólera declarado a finales de junio de 1885 en el número 7 triplicado de la Ronda de Segovia. En: AVM-S, 7-67-43.

28 AVM-S, 7-70-1.

lacionados con la policía urbana y la higiene pública, interrumpido, además, cuando comenzó a considerarse que la amenaza de la epidemia cesaba en los últimos meses de 1884 (Calvo, 2018: 237). La práctica totalidad de esos problemas emergió al calor de un crecimiento poblacional que fue levantando significativas brechas espaciales sin acompañarse con las actuaciones higiénico-sanitarias de las autoridades. Una aseveración tan rotunda como la anterior puede justificarse con una mirada detallada a la prensa publicada entre 1882 y 1884. Durante esos tres años proliferaron quejas asociadas a las carencias del servicio de limpiezas y extracción de basuras, a las exiguas cifras de carros destinados al vaciamiento de pozos negros, a la escasa fiscalización sanitaria de alimentos y bebidas, a la sobreocupación incontrolada de los edificios de vecindad y al abandono de los barrios extendidos allende el casco antiguo²⁹. De manera particular, arreciaron las críticas al sistema de alcantarillado y a la forma en que imprimía diferencias socioespaciales. Unas críticas que encajan con las conclusiones de recientes investigaciones sobre el saneamiento de la ciudad, las cuales tildan las dos décadas previas al cólera de 1885 de "perdidas" en ese escenario por el predominio de una gestión municipal que se limitó a preservar las características heredadas de la red de alcantarillado del interior y a construir un exiguo número de alcantarillas en el Ensanche (Pinto, Gili y Velasco, 2015: 215-223). La ausencia de esa renovación infraestructural con respecto al contexto del cólera de 1865 no sólo pondría en tela de juicio la capacidad de esa epidemia a la hora de impulsar a una revolución sanitaria³⁰. En adición, reflejaría que los planes que a corto plazo delimitaba el gobierno municipal para defenderse frente a la llegada y expansión del cólera no tenían expectativas realistas de éxito.

Así, la amenaza cólerica encontró un poso propicio para su plasmación en lo que podríamos categorizar (siguiendo el término de Snowden para Nápoles) como una *ciudad en riesgo* (Snowden, 1995). En un sentido similar a lo que aconteció en la urbe italiana, esa *ciudad en riesgo* se fue urdiendo por la ausencia de una gobernanza municipal efectiva. En el caso de Madrid, existía, ya de entrada, un marcado escepticismo hacia las medidas de prevención provenientes de las autoridades locales, a diferencia de lo que podía observarse en el ámbito urbano francés y, sobre todo, en el británico, donde

29 Las referencias a estas cuestiones en la prensa son amplísimas. La mayoría de ellas se encuentran en: *El Globo*, *La Prensa Moderna*, *El Tiempo*, *El Porvenir*, *El Pabellón Nacional*, *El Día*, *La Iberia*, *El Liberal*, *El Imparcial*, *El Municipio*, *El Porvenir*, *La Discusión*, *El Boletín de las afueras*, *El Centinela Administrativo*, *La Correspondencia de España* o *La Época* (1882-1884). Independientemente de que a la hora de utilizar la prensa como fuente documental sea necesario advertir los intereses políticos e ideológicos imperantes en las cabeceras, lo cierto es que podían encontrarse visiones paralelas o coincidentes sobre el Ayuntamiento de Madrid tanto en las que se aproximaban al conservadurismo (*La Época* o *La Correspondencia de España*) como en las que entroncaban con el liberalismo, moderado o progresista.

30 Pinto, Gili y Velasco (2015) atribuyen el colapso del alcantarillado a los errores de gestión que el Municipio cometió por no determinar la obligatoriedad de construir alcantarillas en zonas que carecían de ellas, dejando tal iniciativa a particulares. No habría existido una correlación entre epidemia (la de 1865) y saneamiento en esta época, lo que llevaría a corroborar lo que varios autores denominan como el mito del binomio entre cólera y reforzamiento del saneamiento urbano. Para este mito (*cholera forcing*) véanse: Hamlin (2009a; 2009b) y Kappner (2019); así como interpretaciones en un sentido opuesto en: Hennock (2000). El caso de Hamburgo y su epidemia de 1892, paradigma simbólico de la fragilidad de la teoría del *cholera forcing* según Kappner, en Evans (1987).

había ido creciendo la confianza de la opinión pública con respecto a las regularizadas iniciativas de vigilancia sanitaria desplegadas por las instancias municipales (Hardy, 1993: 261-269). Por el contrario, en la capital española se presenciaba algo no muy distanciado de lo que Snowden define como un "legado de abandono" en los servicios administrativos de los poderes locales (Snowden, 1995: 51), cada vez más resonante en la opinión pública y difícil de erradicar en un corto plazo de tiempo, independientemente de cuantos bandos de policía urbana se publicaran en una situación de alarma sanitaria³¹.

El mencionado legado de abandono, particularmente llamativo en patrones de higiene y policía urbana que se antojaban fundamentales en cualquier contexto de amenaza colérica, era un síntoma inequívoco del "salto atrás" que se había producido en la administración municipal de Madrid. Ya no sólo importaba el hecho de que el consistorio se hallara ahogado por las deudas que acumulaba tras los empréstitos solicitados en décadas previas (1861 y 1868)³². Además, impactaba negativamente que las necesidades colectivas, acrecentadas o resignificadas con el progreso demográfico y la extensión espacial de la ciudad, reclamaban una organización más perfeccionada en la gestión local que distaba mucho de haberse producido, recogiendo las opiniones de Arturo Soria³³. En un marco como el anterior, que requería el incremento de atenciones por parte de un municipio que administraba los intereses de un mundo urbano en expansión, no resultaba casual que se advirtiera un ensanchamiento de las distancias entre administradores y administrados.

Los síntomas de una crisis del modelo de gobernanza municipal fueron haciéndose cada vez más significativos y adquirieron reflejo en escenarios que no pueden obviarse al analizar el contexto previo al cólera de 1885. Quizás el más relevante entroncaría con los contenidos de la memoria que el director de la Administración General, Francisco Corbalán, publicó a finales de marzo de ese año, tras serle encargada la inspección de la gestión administrativa del Ayuntamiento de Madrid por delegación del Gobierno a finales de noviembre de 1884. Corbalán describió al consistorio de la capital como una entidad "no animada del espíritu de enmienda y mejora que los intereses del Municipio demandaban" y vehiculada por una burocracia que levantaba "obstáculos insuperables a la justa aspiración de ver administrados con diligencia, celo, cuidado solícito y afán los intereses del vecindario"³⁴. De esta forma, el "legado de abandono" en los poderes locales encajaría no sólo con las deficiencias sanitarias evidenciadas por Madrid (ciertamente visibles, por ejemplo, en Barcelona) (Sabaté, 2017), sino también con las

31 Destaca aquí el bando que la alcaldía publicó el 3 de julio de 1884. En él figuraban disposiciones que cedían a la iniciativa particular la superación de algunas de las problemáticas sanitarias de la capital (desinfección de retretes, cloacas y letrinas de las casas utilizando cloruro de cal facilitado por el Laboratorio Municipal; obligación de propietarios de limpiar los pozos negros y prohibiciones relativas al aprovechamiento de aguas fecales para la fertilización de las tierras). En: AVM-S, 7-66-75.

32 *El Pabellón Nacional*, 25 de enero de 1883.

33 *El Progreso*, 21 de mayo de 1883.

34 AVM-S, 7-247-7. La repercusión de la memoria de Corbalán en: *El Liberal*, 7 de marzo de 1885; *La Época*, 4 y 7 de abril de 1885 y *El Imparcial*, 5 de abril de 1885.

irregularidades destapadas en sus dinámicas de gobierno y con sus posteriores consecuencias. No en vano, el principal efecto que tendría la memoria de Corbalán sería la suspensión en sus funciones de quienes ejercían como concejales del consistorio, cuestión sobre la que se debatiría de manera particularmente intensa justo antes de declararse el cólera.

2. UNA CIUDAD EN ESTADO DE DECLARACIÓN. LAS ESTRATEGIAS INICIALES DE CONTENCIÓN FRENTE AL CÓLERA COMO CONSTATAción DE LAS FALLAS DE LA GOBERNANZA MUNICIPAL

Ampliamente conocido es el tránsito que el cólera verificó desde el estado de sospecha al de declaración en Madrid, estudiado por contemporáneos (Bosch, 1885; Hauser, 1887: 218-241; Hauser, 1902) e historiadores que han analizado el impacto demográfico y social de la enfermedad (Fernández Sanz, 1978; Fernández García, 1985; Díaz Simón, 2014; 2016). Sin embargo, menos explorado ha sido el despliegue de algunas de las acciones que desde el consistorio de la capital se desarrollaron tras la Real Orden del Ministerio de la Gobernación que oficializó el problema sanitario el 16 de junio de 1885. Once días antes de esa fecha, uno de los concejales del Ayuntamiento, Enrique Benito Chávarri, instó a la alcaldía a adoptar medidas inmediatas que contrarrestaran "las consecuencias fatales que traería el que Madrid fuera invadida por la epidemia cólerica". Para el edil, "el mal del cólera" sorprendía "descuidado al Ayuntamiento", pese a las intenciones movilizadas con anterioridad³⁵. Se antojaba necesario un plan que la alcaldía, junto con el gobierno civil de la provincia, empezó a pergeñar el 4 de junio de 1885 y que pasaba por un intervencionismo que afectaría a distintos escenarios teniendo, como punta de lanza, varias disposiciones enfocadas al saneamiento del espacio urbano.

Lo que aquí nos interesa constatar es la forma en que esas disposiciones, condensadas en un bando publicado el 7 de junio de 1885³⁶, justificarían, desde la dramatización determinada por el inicio de la epidemia, demandas preexistentes de reforma municipal y salud pública, aplicando los asertos de Rosenberg (Rosenberg, 1966: 458). Sobre el papel, pretendían abrir el camino a una fiscalización que buscaba ser sistemática y revelaba el objetivo de realizar algo similar a lo que Pascual, para la ciudad argentina de Rosario en el contexto del cólera de 1886, definió como un plan metódico de tratamiento motorizado en materia de higiene y salubridad, basado, en última instancia, en unas estrategias de purificación (Pascual, 2017: 306-307). Sin embargo, no dejaba de

35 AVM, AAM, 5 de junio de 1885.

36 El bando no introducía cambios sustanciales con respecto a las medidas de 1881, 1882 y 1884. Transmitía órdenes a los propietarios de las casas de Madrid para la extracción de basuras y residuos orgánicos; prohibiciones relativas a la crianza de animales dentro del radio de la población; llamamientos al vecindario para entregar al Laboratorio Municipal alimentos y bebidas que despertaran sospechas y normas a cumplimentar en las habitaciones expuestas al hacinamiento. En: AVM-S, 7-67-11.

ser un plan de utópica ejecución. Y no sólo por el carácter deficitario del presupuesto municipal (nuevamente admitido por el consistorio en el inicio de la epidemia)³⁷, sino también por las dificultades para solventar, de manera inmediata, las problemáticas que corrieron al calor de la evolución demográfica y la expansión urbana.

Resultaba complejo cortar de raíz las pautas de convivencia habitacional que se hicieron comunes en las zonas más depauperadas de un casco antiguo profundamente colmatado. En este caso, el foco de atención municipal se colocó en varios escenarios. Entre ellos, las trastiendas de las carbonerías y las tabernas (que de tiempo atrás servían para una acusada concentración de sectores profesionales a los que se “animalizó” en los inicios de la epidemia, como aguadores, mozos de cuerda y barrenderos)³⁸; los espacios que, sin reunir unas condiciones residenciales, se utilizaban como viviendas (trasteros, desvanes, sótanos y buhardillas vivideras) y los enclaves que alojaban a la población flotante, aunque especialmente las casas de dormir. Estas constituyeron uno de los principales blancos de las operaciones iniciales de purificación ordenadas por la alcaldía³⁹, estigmatizadas como puntos no únicamente expuestos al hacinamiento de individuos y su “peligrosa” rotación, sino también a la concentración de quienes se tipificaban como contraventores de conductas cívicas ordenadas o “tribus errantes”⁴⁰ (vagabundos, delincuentes, mendigos), pese a actuar, al igual que en otras ciudades, como refugios esporádicos para un sector más heterogéneo en el que tenían cabida jornaleros parados, inmigrantes recién llegados o vendedores ambulantes (Crook, 2008).

La estigmatización de los anteriores espacios y sus habitantes conectaban con las consecuencias psicológico-sociales de las epidemias de cólera perceptibles en la Europa del siglo XIX y la creación de “chivos expiatorios” en su fase inicial⁴¹. Las intervenciones allí desarrolladas se vieron acompañadas de órdenes de limpieza, saneamiento y desalojo en el más extremo de los casos. Sin embargo, se hacían desde praxis simplemente determinadas por la alarma social. En el contexto inmediatamente previo al cólera de 1885 no habían existido procedimientos estandarizados de control sobre el alojamiento que permitieran corregir con celeridad las deficiencias de las casas de dormir⁴² o frenar la habilitación de espacios no aptos para fines residenciales de los que las autoridades eran vagamente conscientes. Opinamos que estas problemáticas ponían

37 AVM, AAM, 11 de julio de 1885.

38 AVM-S, 7-67-10.

39 *La Correspondencia de España*, 8 de junio de 1885 y *El Imparcial*, 11 de junio de 1885.

40 Se sigue la terminología de: Samuel (1973: 123-160).

41 Los ejemplos del denominado fenómeno del *scapegoating* para las epidemias de cólera del siglo XIX son amplísimos y abarcan a diferentes grupos, entre los que cabría destacar a los musulmanes que practicaban la peregrinación al Arafat, los inmigrantes o integrantes de la clase obrera. Véanse reflexiones de carácter general en: Nelkin y Gilman (1988) y Cohn (2012). Para la aplicación del *scapegoating* sobre inmigrantes uno de los mejores referentes es el trabajo de: Markel (1997). En lo que respecta a la “culpabilización” de la clase obrera, pueden destacarse las incursiones que sobre el tema realiza Arbaiza (2015).

42 Fue el epidemiólogo John Snow quien advirtió del papel crucial de las casas de dormir en la introducción y la difusión del cólera. Si bien en el caso británico el impacto del cólera incidió en un control más riguroso de esos espacios, no parece que esto se produjera en Madrid o, por ejemplo, en Nápoles, a deducir de lo acaecido en 1884. Véanse: Snowden (1995: 20-22); Trinder (2001); Crook (2008) y Woolley (2010).

de relieve el anquilosado estado de Madrid en las normativas y reglamentos asociadas a su régimen de gobierno. En este sentido, no cabría pasar por alto el hecho de que las últimas ordenanzas municipales aprobadas para regular la vida cotidiana de la ciudad databan de 1847. Los sectores más críticos con la administración local habían incidido, justo antes de 1885, en la urgencia de su reforma, en aras de actualizarlas con respecto a las transformaciones advertidas en los comportamientos residenciales⁴³. Sin ir más lejos, y justo tras la epidemia, Hauser corroboró la ineludible necesidad de un corpus renovado de ordenanzas municipales, aplicado con una periodicidad diaria y no sólo "en tiempos excepcionales" como el marcado por el cólera (Hauser, 1887: 228-229).

En el contexto inicial de la epidemia de 1885 las autoridades locales también centraron sus actuaciones en espacios sobre los que ya se había llamado la atención de manera sistemática: los del Ensanche que comenzaron a urbanizarse tras la Revolución de 1868 y los situados en sus alrededores, en un Extrarradio que iba poblándose de manera paulatina. En este escenario, se puso énfasis en operaciones que podríamos clasificar en cuatro grupos. Las de desalojo o destrucción de infraviviendas ubicadas en barriadas como Injurias y Peñuelas (Ensanche Sur); Guindalera y Prosperidad (Ensanche Este); o Carreteras de Andalucía y Extremadura (Extrarradio sur)⁴⁴. Las de cegamientos de pozos negros y saneamiento y desecación de pantanos, lagunas y charcas de aguas inmundas, tanto en los espacios antes señalados como en el Ensanche Norte⁴⁵. Las de detección de las condiciones de salubridad de muladares y tejares en las zonas septentrional y noreste (especialmente en determinadas zonas de los distritos de Chamberí y Buenavista)⁴⁶. Y, por último, las concernientes a la averiguación de entornos periurbanos proclives a la acumulación de basuras y traperías (Tetuán y Chamartín)⁴⁷.

Los intentos por solventar estas problemáticas se reforzaron en el inicio de la epidemia, pero su existencia no se explicaba simplemente sobre la base de la ignorancia de los más básicos preceptos de higiene por parte del vecindario de esos lugares o de su desobediencia con respecto a las conductas ordenadas, como en ocasiones se alegaba desde las instancias oficiales. En realidad, parte de ese vecindario había distado de tener una conducta pasiva antes de que se declarara la enfermedad. Así se demostraba en los escritos que dirigieron al consistorio núcleos poblacionales residentes en la calle del Sur, una de las principales vías públicas afectadas por la epidemia, desde mediados de junio de 1885, denunciando en el verano de 1884 la existencia de charcas de aguas estancadas en las inmediaciones de sus casas y solicitando su cegamiento con el "fin de evitar mayores males" y, especialmente, teniendo constancia de las "noticias que

43 *La Investigación*, 14 de julio y 25 y 31 de agosto de 1882; *La Época*, 26 de agosto y 1 de septiembre de 1882; *La Crónica*, 19 de enero de 1883.

44 *El Imparcial*, 11 y 12 de junio de 1885 y *El Día*, 14 de junio de 1885.

45 AVM-S, 7-70-1; AVM-S, 7-67-58 y AVM-S, 7-67-58; AVM-S, 7-67-37.

46 AVM-S, 7-67-18; AVM-S, 7-67-52 y AVM-S, 7-70-1.

47 *El Liberal*, 16 de julio de 1885.

se tienen del extranjero respecto a la enfermedad del cólera"⁴⁸. De estas advertencias también sería ejemplificador el informe que Francisco Ginovés elevó a la alcaldía en septiembre de 1883 sobre las condiciones del barrio en que habitaba, Delicias, retratando un cuadro en el que destacaba las zanjas abiertas frente a las viviendas subterráneas próximas a la estación del ferrocarril de aquella zona (donde se vertían aguas inmundas) y las balsas que servían para el baño de los cerdos custodiados en las casas de vecindad. Sin duda, eran advertencias relevantes, máxime si se tiene en cuenta que dichas aguas eran utilizadas por los dueños de las huertas de esas zonas para fertilizar sus terrenos⁴⁹.

En la parte final de su misiva, Ginovés exigía el remedio de todos estos problemas, no sin antes consignar que difícilmente podría salir su barrio, o cualquier otro de la periferia, del "estado de postración" en que se encontraba de continuar "huérfano de autoridades". El problema radicaba en que aquella era una zona que resultaba ignota para la corporación local, afirmación que igualmente podría aplicarse para el barrio del Pacífico (donde corrían varias atarjeas al descubierto y estanques al aire libre que recogían las inmundicias de los edificios militares situados entre la carretera de Valencia y la Estación del Mediodía)⁵⁰; para las Injurias (donde ya antes de 1885 se había requerido la desaparición de un arroyo de aguas fecales que atravesaba el barrio y corría al descubierto)⁵¹ o para Guindalera, cuyos vecinos, en plena expansión del cólera, aludieron a la forma en que desarrollaban su vida cotidiana al margen de las autoridades:

"En este barrio la iniciativa individual ha hecho más, mucho más, que el Ayuntamiento. Tenemos construido y funcionando por nuestra propia cuenta un elevador de aguas del canalillo de Isabel II. Tenemos una iglesia construida por suscripción pública y celebramos con frecuencia funciones y reuniones públicas costeadas por el barrio. Poseemos una Casa de Socorro particular sostenida por el barrio, única de esta clase en Madrid, que ha prestado y está prestando muchos y muy buenos servicios. Pues con todo eso y algo más que no enumeramos, el Ayuntamiento presente y los Ayuntamientos pasados han mirado a este barrio con indiferencia verdaderamente culpable, tanto, que nos tienen privados de una calle que nos comunique con Madrid (...). ¿Cómo se quiere que este barrio tenga tan buenas condiciones urbanas como el resto de Madrid?"⁵².

Ejemplos de peticiones vecinales como las anteriores estuvieron a la orden del día en los años previos a 1885. Un rastreo detallado por la prensa de los años comprendidos entre 1882 y 1884 corrobora su existencia, habitualmente firmadas por los líderes comunitarios de los barrios más afectados por los problemas de higiene y policía urbana. De manera específica, publicaciones como el *Boletín de las Afueras* se consagraron a la realización de campañas de gestiones con el Ayuntamiento de Madrid, en representación de los vecindarios de Chamberí, Prosperidad, Guindalera, Peñuelas o Pacífico

48 AVM-S, 7-69-50.

49 AVM-S, 7-69-43.

50 AVM-S, 7-66-77.

51 AVM-S, 7-66-88.

52 *El Imparcial*, 30 de julio de 1885.

para llevar a ellos progresos en materia de higiene, salubridad y, sobre todo, servicios equiparables a los de otras zonas urbanas⁵³. No fue hasta iniciada la epidemia cuando el gobierno municipal trató de responder, desde la urgencia que imponían las circunstancias sanitarias, a esos nuevos dilemas del mundo urbano. Sin embargo, las actuaciones de los poderes locales en ese contexto resultaron contradictorias con algunas órdenes que, de forma paralela, difundió en las primeras semanas de evolución de la epidemia.

La pretensión de solventar las carencias higiénico-sanitarias de la periferia chocaba, por ejemplo, con la decisión de emprender la construcción de barracones que, precisamente en las afueras, hicieran las veces de cuadras provisionales para acoger a los animales de las casas de vacas y de burras de leche situadas en el casco o como la de situar los depósitos de residuos orgánicos y materias inmundas justo en aquella zona a una distancia de dos kilómetros con respecto a la población, contados desde la línea exterior que marcaba el término del Ensanche⁵⁴. Contradicciones similares a la anterior pudieron verse en la barriada de Pacífico. Justo antes de declararse la epidemia, sus vecinos y propietarios llevaron al Senado una exposición con peticiones referentes a las medidas higiénicas que de manera urgente había desarrollar en ese espacio. Entre ellas, las operaciones de extracción de basuras, barrido y riego; la limpieza de las cunetas de las vías para suprimir las aguas corrompidas que allí se presentaban, la construcción de una alcantarilla y la limpieza de pozos negros. A esta última tarea ya se estaba consagrando el Ayuntamiento, si bien desde una praxis que el vecindario de esa zona consideraba pernicioso para sus intereses. El anterior denunciaba los "abusos" de los empleados municipales en el desempeño de tal cometido, vertiendo directamente las cubas que se extraían de los pozos negros en los solares situados tras sus viviendas⁵⁵. Una medida que, en definitiva, volvía a atestiguar la manera en que una gobernanza municipal efectiva estaba todavía lejos de forjarse en el Madrid de finales del siglo XIX.

3. UNA CIUDAD EN CRISIS. LA COOPERACIÓN COLECTIVA COMO COMPLEMENTO DE LA ACCIÓN MUNICIPAL FRENTE AL CÓLERA

Como ya hemos señalado, los miedos y los temores colectivos como respuestas arquetípicas frente al cólera tuvieron notoria presencia en el Madrid de 1885. Entendiéndolas como termómetros de la alarma social, la prensa se hizo eco de las huidas de viajeros hacia sus lugares de residencia habituales y de sectores acomodados hacia enclaves no afectados por la epidemia⁵⁶. *El Imparcial* abrió su edición del 14 de junio

53 *Boletín de las Afueras*, 15 y 22 de abril; 30 de mayo; 7 de junio y 7 de julio de 1883.

54 AVM, AAM, 11 de junio de 1885 y AVM-S, 7-66-75.

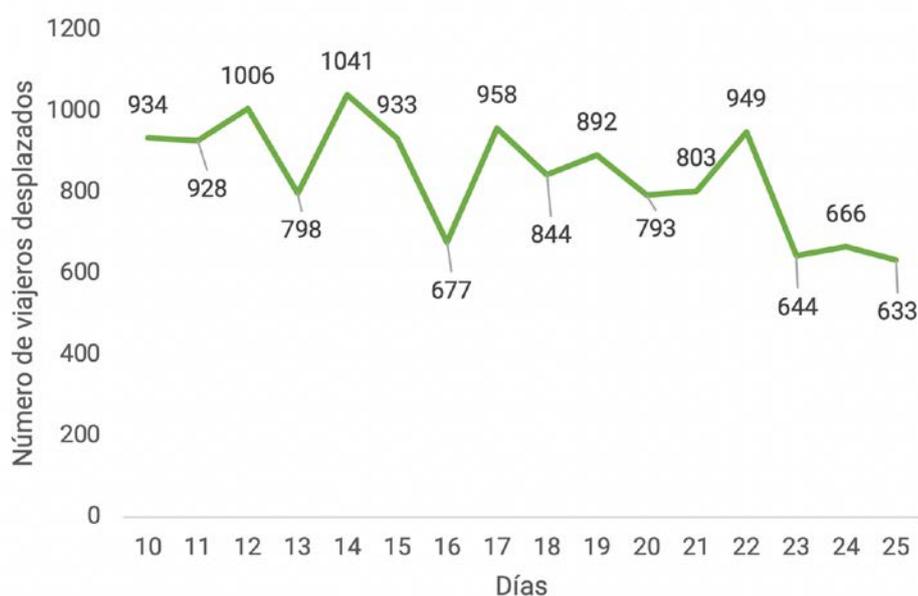
55 Diario de Sesiones de Cortes (DSC). Senado, 13 de junio de 1885, nº 146, pp. 3022-3023.

56 *El Liberal*, 11 de junio de 1885.

de 1885 aludiendo a la "irresponsabilidad moral" en que caían quienes escapaban de la urbe sin dar ejemplo de su "caridad" en momentos de turbación⁵⁷. Un día después, *La Correspondencia de España* cifraba en 12.000 las personas que habían abandonado la capital desde la Estación del Norte entre los días 7 y 13 de junio⁵⁸, información que completaba dos semanas más tarde. Y si bien es cierto que estas salidas se redujeron en el mes de julio, volverían a repuntar con el recrudecimiento de la epidemia en agosto⁵⁹.

Gráfico 2

Desplazamientos de viajeros desde la Estación del Norte de Madrid (10- 25 de junio de 1885)



Fuente: *La Correspondencia de España*, 29 de junio de 1885.

La ansiedad colectiva también quedó reflejada en las protestas asociadas al cierre de comercios tras la declaración oficial de la epidemia (relacionado con la forma en que sus propietarios entendieron como amenazados sus intereses económicos cotidianos) (Fernández García, 1985; Fernández Sanz, 1989) o en los conatos de motín contra las desinfecciones ejecutadas por el Laboratorio Municipal (Díaz Simón, 2014; 2016). Todas ellas eran respuestas que encajaban con las coyunturas de conflictividad inherentes a una crisis sanitaria. Sin embargo, dejaban en un segundo plano a otras reacciones significativas en ese contexto, marcadas por la cooperación colectiva a nivel de barrio.

57 *El Imparcial*, 14 de junio de 1885.

58 *La Correspondencia de España*, 15 de junio de 1885.

59 Sirvan como botones de muestra los datos sobre inspección de viajeros en Bilbao, libre del cólera en agosto de 1885. Los viajeros que recibió procedentes de Madrid superaron ampliamente a los de puntos próximos como San Sebastián, Vitoria o Santander en jornadas como las del 8 de agosto (23 viajeros); 9 de agosto (10); 10 de agosto (13); 11 de agosto (18); 14 de agosto (37) y 17 de agosto (20). Estas cifras quintuplicaban las cifras de octubre de 1885, cuando en Madrid había cesado la epidemia. Véase: Archivo Foral de Bizkaia (AFB), Bilbao Segunda 0102/019; y AFB, Bilbao Segunda 0106/001.

Esa cooperación colectiva se forjaba sobre la base de las estrechas relaciones que, de manera habitual, se tejían dentro del espacio comunitario en las epidemias de cólera. Siguiendo a Hamlin, su trascendencia se explicaría precisamente en función de la escasa preparación que los gobiernos municipales del siglo XIX tenían a la hora de abordar crisis definidas por una extraordinaria multidimensionalidad (Hamlin, 2009a). Si el "voluntariado" comunitario se reforzaba en tiempos del cólera, era por el hecho de que las administraciones locales no contaban con medios adecuados para enfrentarse a un problema que afectaba a escenarios sociales y económicos muy diversos, ya fuera por no disponer de suficientes especialistas sanitarios o infraestructuras asistenciales.

La insuficiencia de esos medios era palmaria en el Madrid de 1885. Independientemente de que el gobierno municipal llegara a disponer de un crédito extraordinario de 100.000 pesetas (que ciertamente sirvió para afrontar algunos de los principales desafíos de la epidemia)⁶⁰ se trataba de una cantidad que no cubría íntegramente los flancos sobre los que impactaba la enfermedad, como señalaban los concejales del Ayuntamiento. De manera específica, los más difíciles de llenar afectaban al ámbito asistencial, tanto en centros hospitalarios como a nivel domiciliario.

Como se previó en 1884, el Hospital Provincial no contó con la suficiente capacidad para centralizar la atención a los coléricos. Pese a incidirse en la estricta separación de sus salas, su aglomeración motivó la habilitación de otros dos espacios que no fueron construidos con fines asistenciales: el Hospital de Vallehermoso (al norte de la ciudad) y el Hospital del Sur (en el barrio de Embajadores). El primero se instaló en un depósito de cadáveres levantado en 1883 pese a las protestas del vecindario de la zona⁶¹, carente de aguas, excusados, alcantarillas y buenas condiciones de ventilación⁶². Fue necesario acondicionarlo con urgencia y no abrió sus puertas hasta que la epidemia se recrudeció por completo⁶³. A deducir por la documentación consultada, su responsable facultativo, Ramón Félix Capdevila, no se mostró completamente satisfecho con sus condiciones. Poco después de su inauguración comunicó a la alcaldía que las exigencias del centro en servicios y personal no se previeron con la precisión que la práctica demostró con posterioridad, por el propósito del gobierno municipal de tener "los menores gastos posibles atendiendo siempre cumplidamente a todas las necesidades de los acogidos"⁶⁴. En lo que respecta al Hospital del Sur, su apertura se produjo con la habilitación de la Escuela de Veterinaria, al sur del casco antiguo. También existió dilación en su puesta en marcha, deudora de las dificultades que hubo que afrontar para acondicionarlo, a las que se unieron otras correlacionadas con la oposición que su instalación generó entre un vecindario que, tras organizar una recogida de firmas

60 AVM-S, 7-67-9.

61 *El Día*, 13 de mayo y 3 de octubre de 1883 y *El Globo*, 29 de junio de 1883.

62 AVM-S, 7-67-2.

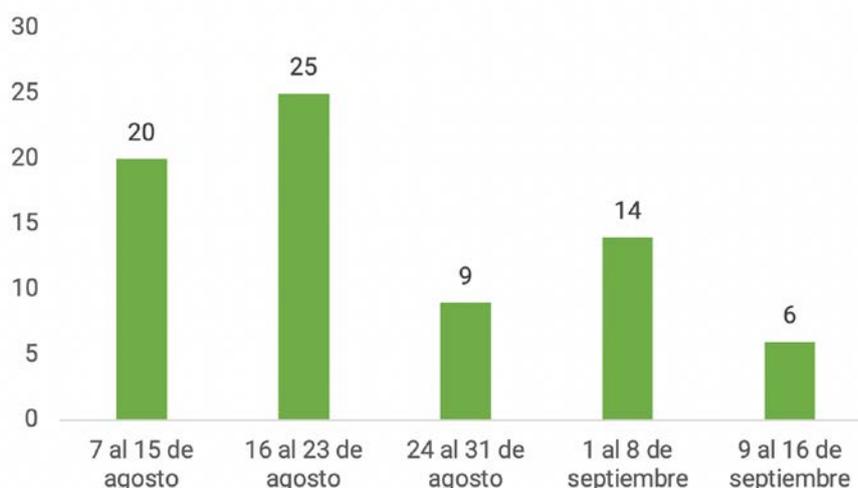
63 Existió una dilación de dos meses entre la organización del personal del hospital (10 al 15 de junio de 1885) y su apertura (7 de agosto), lo que generó numerosas críticas entre profesionales de la medicina. En: *El Liberal*, 3 de agosto de 1885.

64 AVM-S, 7-67-3 Y AVM-S, 7-67-4.

para frenarla, terminó mostrando actitudes levantiscas que requirieron la intervención de fuerzas del orden público⁶⁵.

Gráfico 3

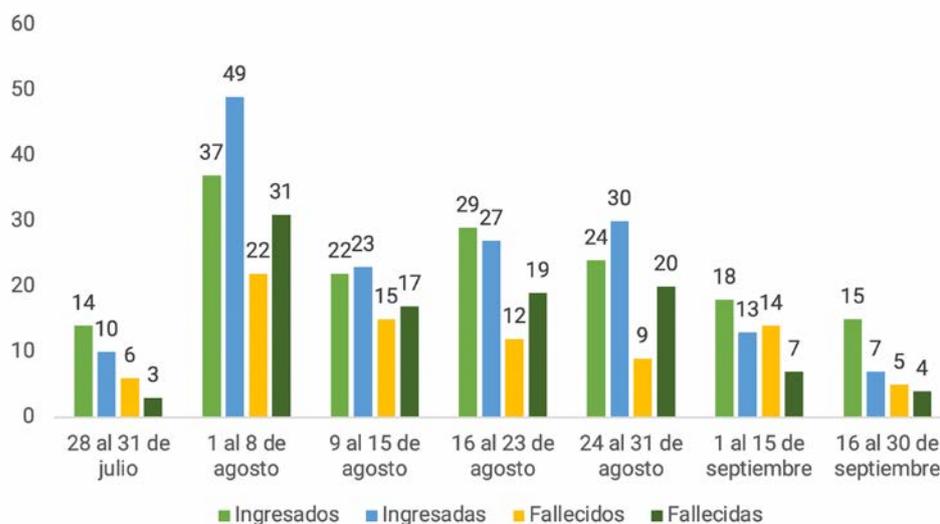
Evolución del número de ingresos en el Hospital de Vallehermoso (7 de agosto al 16 de septiembre de 1885)



Fuente: AVM-S. Partes de ingresos del Hospital de Vallehermoso, 7-70-1.

Gráfico 4

Evolución de ingresos y fallecimientos por cólera en el Hospital del Sur (Escuela de Veterinaria)



Fuente: AVM-S, Partes de ingresos de coléricos en el Hospital del Sur, 7-70-1.

65 *La Unión*, 17 de junio de 1885; *El Liberal*, 22 de junio de 1885 y *El Imparcial*, 29 de julio de 1885.

Las praxis relacionadas con los aislamientos domiciliarios de los familiares y personas convivientes con los coléricos también revistieron complejidad. El Ayuntamiento de Madrid tuvo numerosos problemas para cumplir con los planes de atención fijados para los aislados a medida que crecieron las invasiones, principalmente en lo que respecta a la dotación de víveres. Los subdelegados de medicina de los distritos tipificaron esa dotación en una manutención diaria de un kilogramo de carbón, 100 gramos de tocino, 500 gramos de garbanzos, 400/500 gramos de carne y una libreta de pan por cada dos personas. Sin embargo, tanto las casas de socorro como las tenencias de alcaldía, encargadas de distribuir esas ayudas, significaron muy pronto la imposibilidad de abordarlas con los fondos del consistorio⁶⁶. Como se apuntó desde la Comisión Municipal de Higiene del Ayuntamiento de Madrid y desde las subdelegaciones de medicina de los distritos, no fueron pocos los familiares de enfermos y fallecidos que quedaron recluidos no sólo en las evidentes condiciones de insalubridad que imponían sus viviendas, sino también en un deficitario régimen alimenticio⁶⁷.

No faltaron decisiones que trataron de apuntalar los procedimientos referidos a los aislamientos, como la apertura de recintos dedicados a tal cometido. Uno de ellos fue el mencionado Asilo de las Mercedes, pensado para garantizar la incomunicación de los contactos más estrechos de los invadidos por la enfermedad y combinar praxis conducentes a su observación y asistencia con la entrega de "alimentos abundantes"⁶⁸. Sin embargo, la consulta de las fuentes primarias utilizadas para este trabajo llevaría a matizar estas afirmaciones. Las visitas de inspección que se dirigieron a ese local por médicos de la Casa de Socorro del distrito de Buenavista consignaron quejas unánimes de los acogidos por no concedérseles "lo necesario para su sustento", cuestión que los llevaría a amenazar a las autoridades con escaparse del recinto donde fueron aislados⁶⁹.

El propio Alberto Bosch, desde la alcaldía de Madrid, era consciente de que el Ayuntamiento no tenía suficientes medios para mitigar el impacto multidimensional de la epidemia (Bosch, 1885: 16), como se evidenciaba en los anteriores puntos. En este sentido se entiende que por su mandato terminaran suprimiéndose las medidas de aislamiento domiciliario para los familiares de enfermos coléricos, una vez se llegó a la conclusión de que imponían cortapisas al mutuo auxilio y a la prestación de servicios básicos en los espacios infectados⁷⁰. El necesario cumplimiento de estos objetivos, pero también de otros asociados a la prevención del cólera y al cuidado y a la manutención de quienes enfermaban y permanecían en sus domicilios, llevó al Ayuntamiento de Madrid a patrocinar una medida que dependía en gran medida de la cooperación colectiva a pequeña escala, articulada mediante las juntas de socorros.

66 AVM-S, 7-70-1.

67 *La República*, 7 de agosto de 1885 y AVM-S, 7-67-54.

68 AVM-S, 7-67-5.

69 AVM-S, 6-409-139.

70 AVM, AAM, 13 de agosto de 1885.

El consistorio de la capital concibió la organización de las juntas de socorros a un doble nivel de distrito y barrio. Para las primeras, dio cabida en su dirección a figuras sociales y profesionales de primer orden entre las que descollaban el párroco más antiguo de cualquiera de las iglesias ubicadas en cada una de las diez demarcaciones administrativas en que se dividía la ciudad; sus tenientes de alcalde; sus subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria; sus delegados de vigilancia (con cuatro empleados a sus órdenes); dos de sus vecinos de mayor arraigo y vocales representando a la Junta Municipal de Sanidad. En lo que concierne a las juntas de barrio, subdivididas a partir de las anteriores, se estipulaba una composición también determinada por la concurrencia de personalidades de ascendencia social y económica en cada espacio comunitario (párrocos, capellanes y adjutores; farmacéuticos y médicos; practicantes de casas de socorro; habitantes con prolongadas trayectorias residenciales; comerciantes e industriales)⁷¹.

La iniciativa relativa a la creación de las juntas de socorro no fue diseñada *ex profeso* con el cólera de 1885 por el Ayuntamiento de Madrid. De hecho, debe conectarse con praxis precursoras que trataban de subsanar las insuficientes políticas de prevención y contención de una epidemia derivadas de las autoridades locales. En este sentido, el espejo más próximo en el que mirarse también concernía al *huésped del Ganges*. En 1865 ya se habían creado juntas de socorros, a nivel de distrito y barrio, por una asociación de personas caritativas promovida por las bases del Partido Progresista desde el diario *La Iberia* (Amigos de los Pobres), sostenida por el objetivo de organizar, previa recepción de donativos entre el vecindario, repartos domiciliarios de medicamentos, víveres y ropas a los invadidos por el cólera o a sus allegados, si formaban parte del conjunto de las clases menesterosas⁷². La relevancia que tuvieron esas juntas en la lucha contra el cólera de 1865 quedaría probada en la impronta que dejaron en el imaginario social y en el de las autoridades locales⁷³. No en vano, estas últimas decidieron implementar, dos decenios más tarde, una estrategia vehiculada por los mismos propósitos que la anterior.

Las juntas de socorros quedaron ya perfiladas en su organización inicial durante el estado de sospecha y se pusieron en marcha cuando la epidemia se recrudeció⁷⁴. De la consulta de los expedientes administrativos del Ayuntamiento de Madrid se deduce la formación de ochenta y ocho en los barrios de la capital, integradas por 2.320 voluntarios. Sin perder de vista que desconocemos si se crearon en uno de los distritos más

71 AVM, 7-66-64.

72 La asociación nació con la idea expresada por el presbítero Antonio Aguayo a *La Iberia*. Esa propuesta venía movida por lo acontecido en Barcelona, donde una vez se tuvo noticia del impacto del cólera en los barrios populares comenzaron a reunirse pequeños grupos "para asistir a los pobres del mal reinante". Para la iniciativa de Aguayo: *La Iberia*, 10 de octubre de 1865. El funcionamiento de la Asociación de Amigos de los Pobres para Barcelona en: Ausín, 2000. Su implementación en Madrid en: Pallol (2009: 404-413).

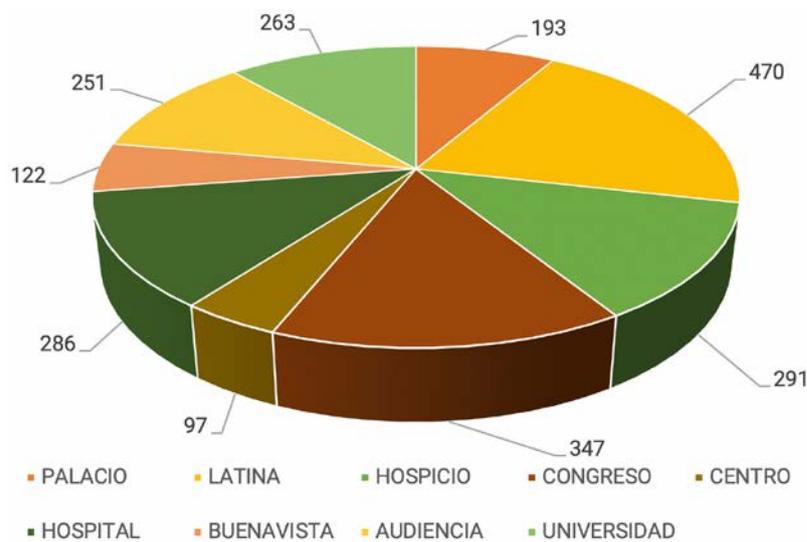
73 La información sobre la actuación de las juntas en: *La Iberia*, 10-20 de octubre de 1865. Los reconocimientos que sus líderes recibieron del gobierno municipal se atestiguan con las condecoraciones que les otorgaron a la Orden Civil de la Beneficencia. En: AVM-S, 14-23-3 y AVM-S, 13-392-3.

74 AVM-S, 7-69-54.

golpeados por la epidemia (Inclusa), se advierte una correlación entre la magnitud que alcanzaron y las características socioeconómicas de los espacios en que funcionaron. En los distritos de Centro y Palacio, los más acomodados de la época, tuvieron un peso muy relativo, conectado con la menor trascendencia de la epidemia⁷⁵. Todo lo contrario ocurrió en el distrito de La Latina, caracterizado por la elevada concentración de clases populares y la concurrencia de graves problemas sanitarios (Díaz Simón, 2016)⁷⁶.

Gráfico 5

Número de integrantes de las juntas de socorros por distrito durante la epidemia de cólera de 1885 en Madrid



Fuente: AVM-S, *Relaciones de las juntas de socorros formadas en los distritos de esta Corte con motivo de la epidemia colérica, 1885, 7-67-80.*

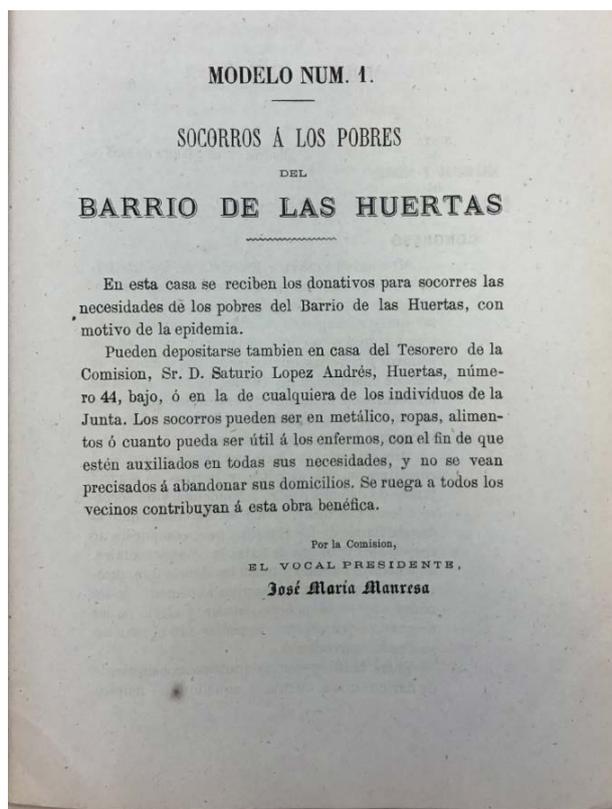
Las comisiones de las juntas de socorros a nivel de barrio desempeñaban cometidos de primer orden en conexión con la provisión de una asistencia social basada en la cooperación colectiva. Quedaban integradas por figuras con un predicamento entre sus vecinos. A ellas se les asignaban actuaciones concretas en calles específicas o secciones comprendidas dentro de las mismas, inmediatas a sus residencias, que debían recorrer tres veces al día, visitando las habitaciones de los edificios que quedaban bajo su custodia. Esas tareas venían amparadas por el despliegue de procesos encaminados a adquirir conocimientos sobre los entornos que cubrían. Entre ellos, algunos de los más relevantes guardaban relación con la elaboración de listas de habitantes de escasos recursos que resultaran susceptibles de recibir bonos con artículos de primera necesidad. En paralelo a esa función, las visitas buscaban recabar medios para la concesión de esas ayudas, con la formación de suscripciones públicas que confrontaran las dificultades económicas generadas por la epidemia a nivel individual o familiar.

75 El distrito de Centro verificó 58 atacados y 46 fallecidos. El de Palacio, 74 atacados y 50 fallecidos.

76 El distrito de Latina fue, tras Inclusa, el más afectado por el cólera (330 invasiones y 196 muertes).

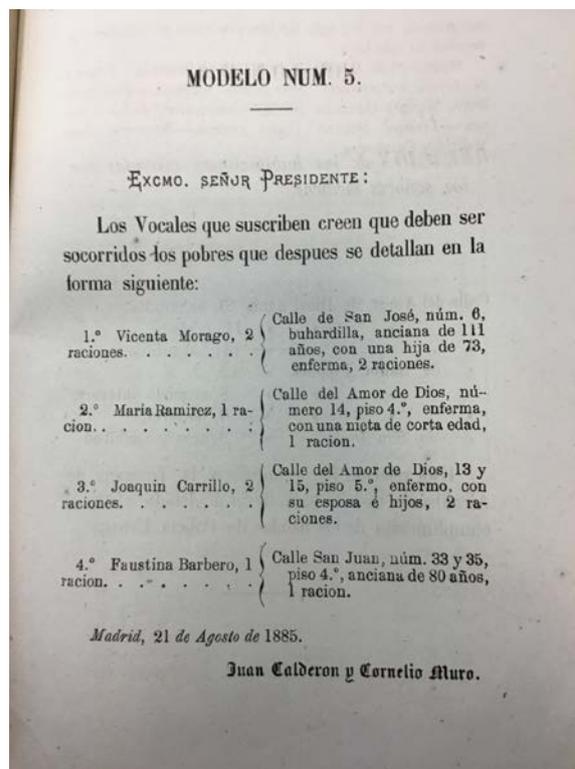
En este sentido, no sólo se distribuían los señalados bonos en especie, sino también ropas, mantas, juegos de sábanas y medicamentos, de forma gratuita por los farmacéuticos de cada barrio⁷⁷.

Figura 1
Aviso para la recepción de donativos publicado durante la epidemia de cólera de 1885 por la junta de socorros del barrio de Huertas



Fuente: Memoria de la Junta de Salubridad y Socorro del Barrio de las Huertas (1886), Madrid, Imprenta de Francisco Nozal.

Figura 2
Dotaciones de socorros en especie para el vecindario sugeridas por los vocales de la junta de socorros del barrio de Huertas



Fuente: Memoria de la Junta de Salubridad y Socorro del Barrio de las Huertas (1886).

Al margen de comerciantes, industriales, homeópatas o farmacéuticos, eran los médicos quienes actuaban como figuras axiales de esas juntas. Su ascendencia social se explicaba en virtud de sus conocimientos y su experiencia profesional. Ello los llevaba a asumir la voz cantante a la hora de dirigir visitas a enfermos sospechosos y de difundir al vecindario los consejos higiénicos y recursos prácticos que entonces se consideraban como indispensables para esquivar la enfermedad. Aquí entraban en liza

77 AVM-S, 7-70-1 y Junta de Socorros. Distrito del Hospicio. Barrio del Colmillo, Madrid, Imprenta de Unanua, 1886.

las recomendaciones de una "alimentación sana y reparadora", de un "calor moderado" y de un aseo personal y una esmerada limpieza en las habitaciones. De igual manera, los facultativos advertían de que cualquier indisposición o constatación de una diarrea "inodora, clara y abundante" debía ir acompañada de inmediatas comunicaciones a las juntas, sin que ello supusiera desaconsejar la prestación de auxilios a los enfermos por sus familiares y amistades⁷⁸.

Ahora bien, también resulta cierto que las comisiones de las juntas tenían otras funciones claves para el consistorio más allá de las concernientes al auxilio social. Uno de sus propósitos era el de conocer de manera inmediata las invasiones domiciliarias que se producían, de las que posteriormente se daba parte a los médicos de las Casas de Socorro. Otro objetivo era el de evitar que la epidemia despertase un estado de agitación social, afirmación que puede desprenderse de una de las bases fijadas por la junta de socorros del barrio de las Huertas, en la que llamaba a procurar la mayor "serenidad en todos los actos de la vida" y a no caer "jamás en las debilidades del miedo ni del terror, por graves o preocupantes que fueran las circunstancias"⁷⁹. Y finalmente, no es menos cierto que las juntas de socorros se antojaban cruciales para exponer el estado de las habitaciones de los vecinos en cada espacio comunitario. Asumían, en consecuencia, un papel central en el proceso de fiscalización higiénico-sanitaria que el Ayuntamiento de Madrid articulaba con relación a la detección de focos de infección. No en vano, la información recabada mediante esa vía permitía que el consistorio diera órdenes para desalojar ciertas casas, reducir el número de habitaciones en los edificios de vecindad, prohibir la ocupación de buhardillas u ordenar tanto el blanqueo de patios y paredes como la colocación de inodoros y excusados. Los casos ejemplificadores que se pueden rescatar con respecto a este punto son numerosos, pero nos detendremos en uno correlacionado con lo observado por los responsables de la junta de socorros del barrio de Álamo (distrito de Palacio) en el número 10 de la Travesía del Conservatorio a principios de agosto de 1885, inmediatamente transmitido a la alcaldía:

"No ha de molestar la atención de V.E. pintando con vivos colores los cuadros desgarradores del hambre, desnudez y estado harapiento de algunas familias que, aunque no en gran número, se albergan en el barrio (...). Pero sí llamaré su atención muy detenidamente sobre la falta de condiciones higiénicas que se nota en la casa número 10 de la Travesía del Conservatorio, local donde se albergan de 75 a 80 personas de distintas edades y sexos. Todo cuanto esta comisión pudiera decir a V.E. respecto al estado lastimoso de estas habitaciones habría de ser muy pálido ante la realidad de los hechos. Dificulta esta comisión que se encuentre en Madrid una casa que se halle en peor estado y condiciones para ser habitada que la referida y espera de su celo y actividad se dignara girar una visita, que de seguro ha de ser muy provechosa para el vecindario de este barrio"⁸⁰.

En líneas generales, las actuaciones de las juntas de socorros paliaron algunas de las

78 *Memoria de la Junta de Salubridad y Socorro del barrio de las Huertas en el año de 1885*, Madrid, Imprenta de D. Francisco Nozal, 1886.

79 *Ibid.*

80 AVM-S, 7-67-74.

fallas que ofrecían las estrategias de actuación desplegadas por el gobierno municipal en la lucha contra el cólera. En este sentido, reforzaron la función asistencial del municipio o la acción proveniente de las casas de socorro como centros reguladores de las ayudas sanitarias y benéficas en contextos de crisis sanitarias, insuficiente como en no pocas ocasiones significaron sus facultativos⁸¹. En adición, también amplificaban sus posibilidades de control sobre los comportamientos sociales, gracias a las advertencias que hicieron sus integrantes con respecto a puntos asociados a la prohibición de depositar basuras en plazas, calles y paseos, a la venta de comestibles en mal estado o a la cría de animales en el casco de la población⁸². Que los poderes locales se sirvieran de un recurso que, en realidad, sentaba sus bases sobre el conocimiento comunitario no era casual. Cinco años más tarde, volvería a encomendar la organización de esas juntas, en un contexto en el que el cólera volvería a amenazar con activar sus sirenas de alarma en el espacio urbano madrileño, sin llegar finalmente a hacerlas sonar.

CONCLUSIONES

Tanto el contexto precedente al cólera de 1885 como el conectado con su aparición y difusión en Madrid arrojan luz sobre dos cuestiones. El primero de ellos aporta información sobre las dinámicas de gobierno de la ciudad en una era de profundos cambios, principalmente motivados por un crecimiento poblacional y una expansión socioespacial del tejido urbano que exigían virajes inexorables en las formas de pensar la urbe y de conceptualizarla. En definitiva, como un cuerpo social necesitado de actualizaciones, en cuanto respectaba a su materialidad y a sus dotaciones de servicios e infraestructuras. En el Madrid de los años inmediatamente anteriores a 1885 ya no tenían cabida las políticas que se habían desarrollado en los instantes finales de la etapa isabelina, al calor de la epidemia de cólera sufrida en 1865. La progresiva urbanización del Ensanche, desde criterios zonales no equitativos desde un punto de vista social, y los constantes incrementos observados en el volumen habitacional de espacios urbanos como los del sur del casco antiguo, contrarrestados en la mayoría de las ocasiones desde la intensificación extrema de la especulación inmobiliaria, suponían obstáculos difícilmente salvables frente a nuevos horizontes epidémicos, algo que el cólera, ya durante el estado de sospecha, retrató a la perfección. En esas condiciones, la posible llegada de la enfermedad colérica dejó en evidencia la problemática situación de unos poderes locales incapaces de responder con eficiencia ante los peligros higiénico-sanitarios que venían cerniéndose en los debates públicos sobre el futuro de la ciudad. Se movilizarían intenciones, mas no recursos, por parte de un consistorio que carecía de las herramientas para ejecutar las operaciones conducentes a la sistematización de las prevenciones que se categorizaron como inexorables frente a la amenaza epidémica.

81 Especialmente entre finales de julio y principios de agosto de 1885, como significaron en los partes de sanidad remitidos a la alcaldía, consultables en: AVM-S, 7-70-1.

82 *La República*, 8 de septiembre de 1885.

Esa incapacidad de respuesta resultaba deudora del legado de abandono que pesaba sobre el gobierno urbano y que había ido ampliando las distancias entre el anterior y el vecindario. Este último, mediante reivindicaciones que ejemplificaban la demanda de un cambio en la forma en que se desarrollaban sus vidas, exteriorizaba los riesgos a los que la ciudad, en general, y sus entornos residenciales, en particular, terminarían enfrentándose.

Por otra parte, el análisis del contexto coincidente con el estallido y posterior difusión del cólera, no sólo es propicio para determinar la manera en que el plan de defensa municipal frente a la epidemia sirvió para justificar buena parte de las demandas de reforma preexistentes en el medio urbano. En adición, permite valorar las respuestas sociales que se articulaban ante una crisis de esas características. Aun siendo cierto que en el espacio urbano se dieron destacados episodios de conflictividad que confluirían con lo que la historiografía de los últimos años, principalmente representada por Cohn, ha definido como las "olas de odio" despertadas por el cólera, también existieron reacciones movidas por la cooperación articulada en un espacio comunitario en el que, después de todo, seguían predominando unas relaciones de carácter primario. Esa cooperación, representativa de lo que el mismo Cohn define como "olas de compasión" en los marcos epidémicos del terror azul, coadyuvó a soterrar algunas de las fallas dejadas por los poderes locales en los planes de defensa articulados contra la epidemia, ya fueran estrictamente asistenciales o de fiscalización higiénico-sanitaria.

CÓDIGO ORCID

<https://orcid.org/0000-0003-1392-0925>

BIBLIOGRAFÍA

- AMBRUS, Attila; FIELD, Erica y GONZÁLEZ, Robert (2020): "Loss in the time of Cholera: Long-Run Impact of a Disease Epidemic on the Urban Landscape", *American Economic Review*, 110, 2, pp. 475-525.
- ARBAIZA, Mercedes (2015): "Cuerpo, emoción y política en los orígenes de la clase obrera en España (1884-1890)", *Ayer*, 98, 2, pp. 45-70.
- AUSÍN, José Luis (2000): "Les cases de socors dels Amics dels Pobres", *Gimbernat*, 33, pp. 127-137
- BETRÁN, José Luis (2006): *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, Madrid, La Esfera de los Libros.

- BOSCH, Alberto (1885): *Memoria de las medidas adoptadas para contener la invasión del cólera en 1885*, Madrid, Imprenta y Litografía Municipal.
- BOURDELAIS, Patrice (1988): "Le choléra", en BARDET, Jean-Pierre et. al. (dir.), *Peurs et Terreurs face à la Contagion*, Paris, Fayard, pp. 17-42.
- BRIGGS, Asa (1961): "Cholera and Society in the Nineteenth Century", *Past and Present*, 19, pp. 76-96.
- CALVO, Manuel Ángel (2018): "El cólera morbo de 1885 en Sevilla y sus consecuencias sociales", *Ayer*, 110, 2, pp. 233-260.
- COHEN, William B. (1998): *Urban Government and the Rise of the French City: Five Municipalities in the Nineteenth Century*, St. Martin's Press.
- COHN, Samuel (2012): "Pandemics: waves of disease, waves of hate from the Plague of Athens to A.I.D.S.", *Historical Research*, 85, 230, pp. 535-555.
- _____ (2017): "Cholera revolts: A class struggle we may not like", *Social History*, 42, 2, pp. 162-180.
- _____ (2018): *Epidemics. Hate and Compassion from the plague of Athens to Aids*, Oxford, Oxford University Press.
- CROOK, Tom (2008): "Accommodating the outcast: common lodging houses and the limits of urban governance in Victorian and Edwardian London", *Urban History*, 35, 3, pp. 414-436.
- DAVENPORT, Romola Jane; SATCHELL, Max y SHAW-TAYLOR, Leigh Matthew W. (2019): "Cholera as a sanitary test of British cities, 1831-1866", *The History of the Family*, 24, 2, pp. 404-438.
- DE BEVOISE, Ken (1995): *Agents of Apocalypse: Epidemic Disease in the Colonial Philippines*, Princeton University Press.
- DÍAZ SIMÓN, Luis (2014): "El cólera de 1885 en Madrid: catástrofe sanitaria y conflicto social en la ciudad epidemiada", en VV. AA., *Veinticinco años después. Avances en la Historia Social y Económica de Madrid*, Madrid, UAM Ediciones, pp. 463-482.
- _____ (2016): *Los barrios bajos de Madrid, 1880-1936*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD (1886): *Resumen general de las invasiones y defunciones de cólera ocurridas en España durante el año de 1885*, Madrid, Imprenta Nacional.
- DUREY, Michael (1979): *The return of the plague: British society and the cholera, 1831-1832*, Dublin, Gill and MacMillan Ltd.
- ECHENBERG, Myron (2011): *Africa in the time of cholera. A history of pandemics from 1817 to the present*, New York, Cambridge University Press.

- EVANS, Richard J. (1987): *Death in Hamburg. Society and Politics in the Cholera Years, 1830-1910*, Oxford, Oxford University Press.
- _____ (1988): "Epidemics and Revolutions: Cholera in Nineteenth-Century Europe", *Past and Present*, 120, pp. 123-146.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Antonio (1979): "Enfermedad y sociedad: el cólera de 1865 en Madrid", *Cuadernos de Investigación Histórica*, 3, pp. 155-186.
- _____ (1985): *Epidemias y sociedad en Madrid*, Barcelona, Vicens Vives, 1985.
- FERNÁNDEZ SANZ, Juan José (1978): "El cólera de 1885 en Madrid: repercusiones demográficas", *Revista de la Biblioteca, Archivo y Museo*, 3-4, pp. 99-121.
- _____ (1989): *El cólera de 1885 en España*, Madrid, UCM, Tesis Doctoral.
- _____ (1990): *1885: el año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, socio-demográfico y económico de una epidemia*, Madrid, Ramón Areces.
- GILBERT, Pamela K. (2008): *Cholera and Nation. Doctoring the Social Body in Victorian England*, New York, State University of New York.
- GÓMEZ MARTÍNEZ, María Rosa (2020): "Socialización de la salud y urbanismo en Elche a finales del siglo XIX", *Sociología Histórica*, 10, pp. 323-349.
- HAMLIN, Christopher (2009a): *Cholera: The Biography*, New York, Oxford University Press.
- _____ (2009b): "Cholera forcing. The Myth of the Good Epidemic and the Coming of Good Water", *American Journal of Public Health*, 99, 11, pp. 1946-1954.
- HAUSER, Philip (1887): *Estudios epidemiológicos relativos a la etiología y profilaxis del cólera*, tomo I, Madrid, Imprenta y Fundición de Manuel Tello.
- _____ (1902): *Madrid bajo el punto de vista médico-social. Vol. II*, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra.
- HENNOCK, E. P. (2000): "The urban sanitary movement in England and Germany, 1838-1914: a comparison", *Continuity and Change*, 15, 2, pp. 269-296.
- HOLLAND, Michael; GILL, Geoffrey y BURRELL, Sean (eds.) (2009): *Cholera and conflict: 19th century cholera in Britain and its social consequences*, Leeds, Medical Museum Publishing.
- HUBER, Valeska (2020): "Pandemics and the politics of difference: rewriting the history of internationalism through nineteenth-century cholera", *Journal of Global History*, 15, 3, pp. 394-407.
- JACKSON, Paul S. B. (2012): "Fearing future epidemics: the cholera crisis of 1892", *Cultural Geographies*, 20, 1, pp. 43-65.

- JIMÉNEZ BLASCO, Beatriz (2009): "Los antiguos cementerios del Ensanche Norte de Madrid y su transformación urbana", *Anales de Geografía*, 29, 1, pp. 35-55.
- KAPPNER, Kalle (2019): "Cholera Forcing and the Urban Water Infrastructure Lessons from Historical Berlin", *EHES Working Paper*, 167.
- KUDLICK, Catherine J. (1996): *Cholera in Post-Revolutionary Paris. A cultural history*, Berkeley, University of California Press.
- LOW, Michael C. (2008): "Empire and the Hajj: Pilgrims, Plagues and Pan-Islam Under British Surveillance, 1865-1908", *International Journal of Middle East Studies*, 40, 2, pp. 269-290.
- MAFART, Bertrand y MORILLON, Marc (1998): "Les épidémies à Marseille au XIXe siècle", *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, 10, 2, pp. 81-98.
- MARKEL, Howard (1997): *Quarantine! East European Jewish Immigrants and the New York City Epidemics of 1892*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- MONTERO, Nicolás (2007): "El cólera en 1855 en la provincia de Madrid", en VV. AA., *España entre repúblicas, 1868-1939. Actas de las VII Jornadas de Castilla-La Mancha sobre investigación en archivos*, Guadalajara, ANABAD, pp. 311-334.
- MORRIS, Robert J. (1976): *Cholera 1832: the social response to an epidemic*, London, Croom Helm.
- NELKIN, Dorothy y GILMAN, Sander L. (1988): "Placing Blame for devastating disease", *Social Research*, 55, 3, pp. 361-378.
- ORTEGA, José Antonio y GARCÍA-MORO, Clara (2020): "El cólera en Salamanca: Análisis comparado de las epidemias del siglo XIX", *Revista de Demografía Histórica - Journal of Iberoamerican Population Studies*, 38, III, pp. 125-154.
- PALLOL, Rubén (2009): *El Madrid moderno: Chamberí (el Ensanche Norte), símbolo del nacimiento de una nueva capital, 1860-1931*, Madrid, UCM, Tesis Doctoral.
- PASCUAL, Cecilia M. (2017): "La epidemia de cólera como condensador de sentidos: culturas urbanas, narraciones clínicas y políticas higiénicas en Rosario, Argentina, 1886-1887", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24, 2, pp. 295-311.
- PINTO, Virgilio; GILI, Rafael y VELASCO, Fernando (2015): *Historia del Saneamiento de Madrid*, Madrid, Fundación del Canal de Isabel II.
- PUERTO, Francisco Javier y SAN JUAN, Carlos (1980): "La epidemia de cólera de 1834 en Madrid", *Estudios de Historia Social*, 15, 1980, pp. 9-61.
- ROSENBERG, Charles (1966): "Cholera in Nineteenth Century Europe: a tool for social and economic analysis", *Comparative Studies in Society and History*, 8, 4, pp. 452-463.
- SABATÉ, Ferrán (2017): "La sanitat pública a Catalunya entre 1885 i 1939", *Catalan Historical Review*, 10, pp. 161-174.

- SALAS, Pere y PUJADAS, Joana María (2016): "El cólera como conflicto y factor de legitimación. Palma, 1865", *Ayer*, 101, 1, pp. 189-212.
- SAMUEL, Raphael (1973): "Comers and goers", en DYOS, Harold J. y WOLFF, Michael (eds.), *The Victorian City. Images and Realities*. Volume 1, London, Routledge, pp. 123-160.
- SARRASQUETA, María del Pilar (2010): *La epidemia de cólera de 1885 en Navarra y en Tudela*, Pamplona, Universidad de Navarra.
- SERRALLONGA, Joan (1996): "Epidemias e historia social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865", *Historia Social*, 24, pp. 7-21.
- SNOWDEN, Frank M. (1995): *Naples in the time of cholera, 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press.
- _____ (2020): *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present*, New Haven and London, Yale University Press.
- THOMAS, Amanda J. (2015): *Cholera. The Victorian Plague*, Barnsley, Pen & Sword.
- TRINDER, Barry (2001): *The Market Town Lodging House in Victorian England*, Leicester.
- URQUIJO, José Ramón (1980): "Condiciones de vida y cólera: la epidemia de 1854-1856 en Madrid", *Estudios de Historia Social*, 15, pp. 63-139.
- VIDAL, Florentina (1989): "La epidemia de cólera de 1834 en Madrid: Asistencia y represión a las clases populares", *Espacio, Tiempo y Forma. Historia Contemporánea*, 2, pp. 271-280.
- _____ (1992): "¿Qué hacemos con los pobres? El origen del Asilo de San Bernardino (1834)", *Espacio, Tiempo y Forma. Historia Contemporánea*, 5, pp. 305-316.
- VINCENT, Bernard (1988): "Le choléra en Espagne au XIXe siècle", en: BARDET, Jean-Pierre et. al. (dirs.), *Peurs et terreurs face à la contagion. Choléra, tuberculose, syphilis. XIXe-XXe siècles*, Paris, Fayard, pp. 43-55.
- WOOLLEY, Liz (2010): "Disreputable Housing in a Disreputable Parish? Common Lodging-Houses in St. Thomas, Oxford, 1841-1901", *Midland History*, 35, 2, pp. 215-236.

La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en la provincia de Cáceres (Extremadura)

The influenza epidemic of 1918 and 1919 in the province of Cáceres (Extremadura)

FECHA DE RECEPCIÓN: OCTUBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: ENERO DE 2021

Juan Antonio Muñoz Muñoz ^a

Carlos María Neila Muñoz ^b

Palabras clave

Gripe
Epidemia
Muerte
Etnografía
Etnohistoria
Demografía histórica
Antropología
Cáceres
Extremadura

Resumen

La incidencia de la gripe de 1918 en las distintas localidades de la provincia de Cáceres es el objetivo de esta investigación que aúna y complementa la etnomedicina con otras disciplinas afines y no excluyentes entre sí. Se estudian los fallecimientos en general y los producidos en función de la palabra clave «gripe» como causa principal, inmediata y asociada. El trabajo se ha realizado en 79 localidades de Cáceres, mediante el estudio de las certificaciones de las actas depositadas en los Registros Civiles de dichas localidades entre enero de 1918 y diciembre de 1919, detallándose 12.556 fallecimientos de los que 2.833 (22,56%) se relacionan con la gripe en sus diversas oleadas. En todas las poblaciones analizadas se evidencia que el "pico" de máxima virulencia de la enfermedad es octubre de 1918; siendo mayor la mortalidad en hombres (56,5%) y en los grupos de edad de menores de 1 año (24%) y entre 30 y 40 años (17%). Es, en resumen, un recorrido histórico, antropológico, sanitario y demográfico en la última fase del ciclo de la vida en las poblaciones cacereñas al finalizar, en un contexto mundial, la I Guerra Mundial.

Keywords

Influenza
Epidemic
Death
Ethnography
Ethnohistory
Historical demography
Anthropology
Cáceres
Extremadura

Abstract

The objective of this investigation is the incidence of 1918 flu in different localities in the province of Cáceres. The research combines and complements ethnomedicine with other related and non - exclusive disciplines. Deaths at large are analysed and deaths occurred according to the keyword "influenza" as main, immediate and associated cause. This work has been carried out in 79 localities in Cáceres through the study of the certification of minutes placed on the Civil Registers of these localities from January 1918 to December 1919. There were 12.556 deaths, 2.833 (22,56%) are related to influenza in its different waves. In all the analysed localities, the peak of the highest virulence of the disease is October 1918, the mortality is higher in men (56,5%) and among age groups under one year old (24%) and between 30 and 40 years old (17%). In summary, it is a historical, anthropological, sanitary, and demographic view in the last phase of the life cycle in the localities of Cáceres in a world context, at the end of the First World War.

^a Académico de la Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

^b Junta de Extremadura. Consejería de Educación y Empleo. C.c.: carlosneila1@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Campos Luque (1999: 1) expone que *"durante los primeros años del siglo XX la estructura demográfica, extremadamente sensible aún a los cambios y problemas económicos –crisis de subsistencias, epidemias, medio ambiente, atraso en el desarrollo de medidas higiénico-sanitarias, analfabetismo-, se caracteriza por unos rasgos generales poco alentadores. La transición de una demografía antigua a un régimen demográfico moderno, no había hecho sino mostrar muy leves indicios a lo largo de siglo XIX y el retraso con respecto a los principales países europeos es manifiesto. Pero durante el primer tercio del siglo XX la transformación, aunque lenta, parece tomar ya un camino sin marcha atrás".* Tomando en cuenta esta premisa teórica, el objeto del presente artículo es el estudio de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres en los años 1918 y 1919 como consecuencia de la pandemia de «Gripe Española» («Señorita Española»; «Dama Española»; «Spanish Influenza»; «Influenza» (este término fue acuñado por unos italianos que atribuyeron la enfermedad a la atracción o "influencia" de las estrellas, allá por el siglo XIV); «Spanish Flu»; «Spanish Influenza»; «Ispanka»; «Die Spanische Grippe»; «Spanish Lady»; «Grippe Espagnole»...) que asoló y devastó el mundo entero. Álvarez Pardo y otros (2008: 94) expresan que *"el nombre de "gripe española" se debe a que los periódicos europeos no incluían ninguna referencia sobre la enfermedad, para no alarmar a las tropas que entonces luchaban en la guerra [I Guerra Mundial]. Los periódicos de España, que no estaba dentro de la contienda, sí informaban sobre la epidemia que se estaba produciendo. Por ello las únicas referencias que se tenían procedían de fuentes españolas y la pandemia fue bautizada como "gripe española"*.

La información cuantitativa de los datos recogidos en las 79 poblaciones¹ es el paso previo a la explicación social, sanitaria, demográfica, etnográfica e histórica, aplicando una metodología demográfica al estudio de esta pandemia sin olvidar el trabajo de campo fruto de la metodología activa antropológica y sanitaria al tratar de clasificar, por aspectos tales como el sexo, el estado civil, el lugar de defunción y la edad que sirven como base para comprobar y evaluar si la gripe en estos dos años de la segunda década del siglo XX incidió en las causas de defunción de las personas fallecidas, bien sean por ser inmediatas o fundamentales. Nájera Morrondo (2010: 186), expone que *"no hay duda que la pandemia de gripe de 1918-1919 constituye en términos de muertos, el mayor impacto demográfico que ha sufrido la humanidad, por su distribución mundial y sobre todo por la rapidez con que se produjo. Las causas de tan alta mortalidad han sido discutidas a lo largo de los años, no existiendo ninguna explicación convincente"*.

Se ha dividido la investigación en una serie de partes en las que realizamos una etno-medicina comparativa entre el estudio de los fallecimientos en general -y en total- en las localidades sin filtro alguno de causa ni efecto y el estudio de las personas muertas

1 En la actualidad, año 2020, la provincia de Cáceres cuenta con 222 municipios, después de la segregación de Vegaviana de Moraleja y de Alagón del Río de Galisteo el 25 de junio y el 9 de julio de 2009 respectivamente, y posteriormente la de Tiétar de Talayuela el 1 de julio de 2011, en una extensión de 19868 km² (segunda por extensión de España, después de Badajoz).

en función del filtro de «gripe» como causa principal y asociada. El descenso de la mortalidad claramente apreciable según avanzaba el siglo XX, se sitúa dentro del proceso general de transición demográfica, en el cual las variables demográficas que intervienen en el crecimiento demográfico, modifican sus valores cuantitativos en descenso (mortalidad) y en alza (natalidad). Por lo general, en el proceso de Transición Demográfica la natalidad no se incrementa, se mantiene elevada y no comienza a descender hasta que los datos de mortalidad ya son sustancialmente menores (la mortalidad sí descende antes). Es en este momento en el que se produce el mayor crecimiento demográfico, desarrollándose ambos –mortalidad y natalidad– con una temporalización que aúna criterios sociogeográficos similares en función de factores tales como el desarrollo económico, el grado de urbanidad frente a ruralidad, la higiene privada y pública y la dieta alimenticia amplia y variada. En las distintas localidades hemos estudiado las actas de defunción de los registros civiles para evaluar cómo ha incidido la pandemia de gripe en la trayectoria descendente de la mortalidad. Todo un recorrido histórico, antropológico, sanitario y demográfico en la última fase del ciclo de la vida en las poblaciones al finalizar –en un contexto más amplio y general– la I Guerra Mundial.

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

1. METODOLOGÍA DE TRABAJO

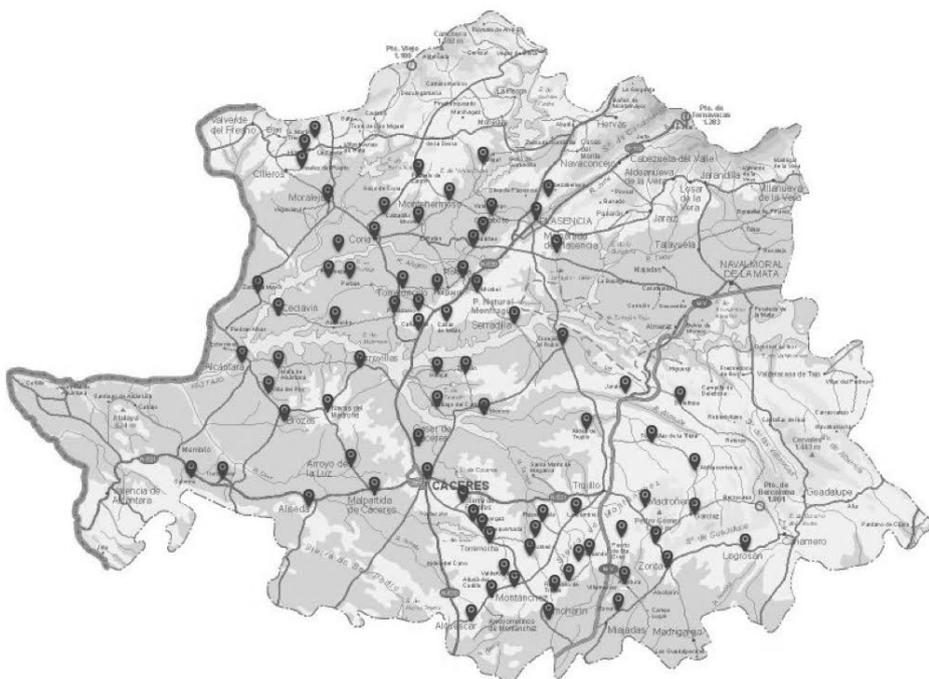
El trabajo de campo que se ha realizado para conseguir los valores cuantitativos y cualitativos propios de esta investigación se ha prolongado durante los cinco últimos años. Los datos anónimos e impersonales (La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal) que aparecen en ella se han extraído de los libros de defunciones depositados en los Registros Civiles de las poblaciones

desde el año 1871, que es cuando se crearon estos organismos administrativos en España y se comenzó a tener constancia de los movimientos de población como herramienta administrativa, legal y del Estado en igualdad de condiciones con los documentos que hasta ese momento monopolizaba la Iglesia en el control de la administración de los tres sacramentos relacionados directamente con el nacimiento, el matrimonio y la muerte. En los distintos Registros Civiles, estudiando cada certificación de fallecimientos en el trabajo de campo, se han recogido los datos clasificados en los siguientes campos: tomo del libro-fuente, número de la certificación, sexo, estado civil, edad de la persona, lugar del fallecimiento, mes, año y motivo del fallecimiento.

Las setenta y nueve localidades de la provincia de Cáceres objeto de estudio, análisis, comparación y evaluación en el momento de cerrar temporalmente esta investigación (octubre, 2020) han sido: Abertura; Acebo; Acehúche; Alcántara; Alcuéscar; Aldea del Obispo, La; Aldeacentenera; Aldehuela del Jerte; Aliseda; Almoharín; Arroyo de la Luz; Benquerencia; Botija; Brozas; Cabezabellosa; Cáceres; Calzadilla; Cañaveral; Carcaboso; Casar de Cáceres; Casas de Millán; Casillas de Coria; Ceclavín; Conquista de la Sierra; Coria; Cumbre, La; Deleitosa; Escurial; Galisteo; Garciaz; Garrovillas; Herrerueta; Hinojal; Holguera; Hoyos; Ibahernando; Jaraicejo; Logrosán; Madroñera; Malpartida de Cáceres; Malpartida de Plasencia; Mata de Alcántara; Mirabel; Montánchez; Montehermoso; Monroy; Moraleja; Morcillo; Navas del Madroño; Pedroso de Acim; Perales del Puerto; Pescueza; Plasencia; Plasenzuela; Portaje; Portezuelo; Pozuelo de Zarzón; Riolobos; Robledillo de Trujillo; Salorino; Santa Ana; Santa Cruz de la Sierra; Santiago del Campo; Santibáñez el Bajo; Serradilla; Sierra de Fuentes; Talaván; Torre de Santa María; Torrecillas de la Tiesa; Torrejón el Rubio; Torrejuncillo; Torremocha; Torreorgaz; Torrequemada; Valdefuentes; Villa del Rey; Zarza de Montánchez; Zarza la Mayor y Zorita.

Mapa 1

Distribución geográfica de las localidades de la provincia de Cáceres objeto de estudio



Fuente: Elaboración propia.

2. LA POBLACIÓN DE CÁCERES (1842-2011) SEGÚN LOS CENSOS DE POBLACIÓN

La población de Hecho y de Derecho de las localidades de la provincia de Cáceres, según los datos que obran en el INE (Instituto Nacional de Estadística) y recogida en los correspondientes censos municipales, es la siguiente

Tabla 1
 Comparación y evolución de la población de Derecho de las localidades (1877-2011)

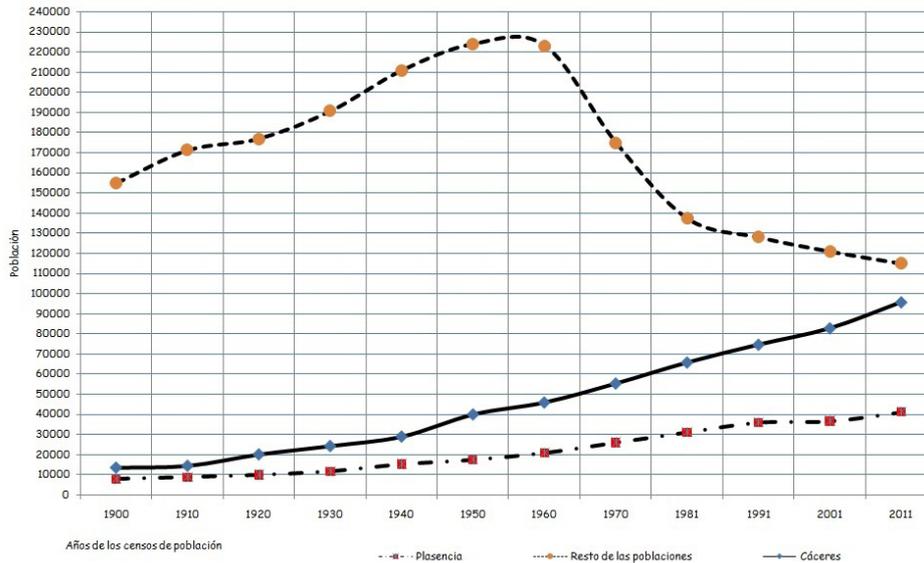
<i>Años</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Cáceres</i>	<i>Población de Derecho Localidad: Plasencia</i>	<i>Población de Derecho Resto de localidades</i>
1877	11.847	6.404	129.160
1887	13.749	7.608	145.597
1897	13.665	8.067	150.210
1900	13.617	7.965	154.868
1910	14.562	8.923	171.199
1920	20.218	10.016	176.932
1930	24.352	11.805	190.651
1940	29.030	15.308	210.917
1950	40.009	17.507	224.022
1960	45.960	20.962	223.209
1970	55.341	26.051	174.897
1981	65.758	31.201	137.214
1991	74.589	36.060	127.937
2001	82.716	36.690	120.797
2011	95.616	41.162	114.840

Fuente: Población de las 79 localidades de esta investigación (1841-2011). INE. A partir del censo de 2001, la población que aparece es la población Residente, equivale a la de Derecho.

En la tabla 1 se aprecia cómo ha ido evolucionando la población en las localidades de Cáceres y Plasencia y, en el resto de las 77 localidades de la provincia de Cáceres, desde el censo poblacional de 1877 hasta el de 2011. En el gráfico 1, las variables cualitativas se traducen en tres líneas claramente diferenciadas, que representa la evolución poblacional mediante los datos censales. Sin embargo, al representar estos datos gráficamente, los cortes temporales no son homogéneos por la propia periodización de los censos. Este hecho puede distorsionar la visión de la población y dar la impresión de un crecimiento más pausado entre dichos años. Por este motivo hemos representado los datos cuantitativos a partir del censo de 1900, teniendo en cuenta que del censo de 1970 al de 1981, transcurren once años y, a partir de esa fecha, otra vez se estabiliza en tramos de diez años.

Gráfico 1

Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 79 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2011 (Escala aritmética)

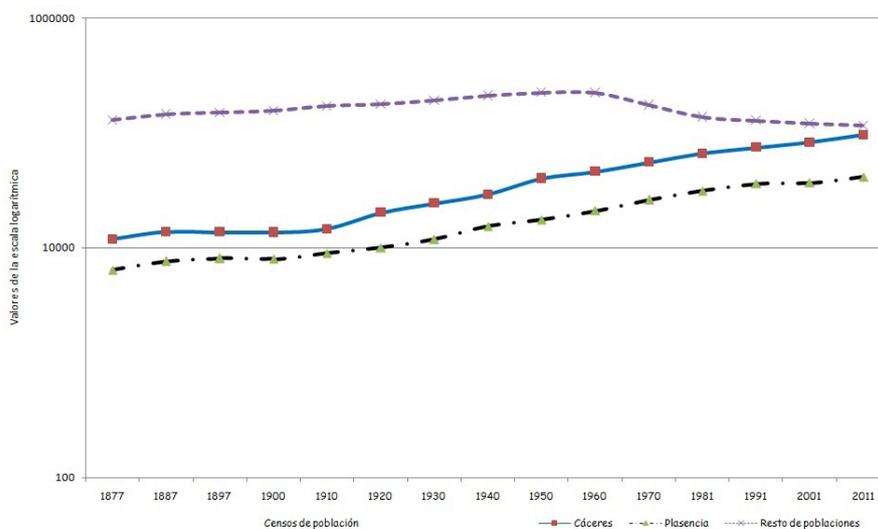


Fuente: INE. Elaboración propia.

Para profundizar en la correcta interpretación de la evolución de la población en las 79 localidades de la provincia de Cáceres mediante la escala aritmética, se muestra en el gráfico 2 los mismos datos pero en una escala logarítmica pues como se presentan valores más pequeños no aparecen representados adecuadamente, aunque sí de manera complementaria.

Gráfico 2

Comparación y evolución de la Población de Derecho de las 79 localidades, desde el censo de 1900 hasta el de 2011 (Escala logarítmica)



Fuente: INE. Elaboración propia.

La población de Cáceres, como capital de la provincia ha mantenido su progresión constante en el siglo XIX y en el XX. La localidad crece como foco de atención laboral, administrativa, sanitaria y política de la provincia del norte de Extremadura. La segunda población en número de habitantes, tomando como referencia el censo poblacional de 2011, es Plasencia, centro neurálgico del norte de la provincia cacereña. Si se toma como base los últimos cuatro censos de población (1981, 1991, 2001 y 2011), las localidades que han crecido en número de habitantes –además de Cáceres y de Plasencia–, han sido: Casar de Cáceres (de 3.758 ha pasado a 4.792 habitantes); Coria (de 10.390 ha pasado a 12.994 habitantes), Torreorgaz (de 1.302 ha pasado a 1740), Montánchez (5.296 a 5.888), Malpartida de Cáceres (3.528 a 4.447) y Sierra de Fuentes (de 1.623 ha pasado a 2.059 habitantes). Algunas de estas ciudades han crecido por la cercanía a Cáceres y ser consideradas como poblaciones satélites. En todas las demás comunidades se ha observado un descenso poblacional a partir del censo de 1960 y estabilizándose con el censo del año 1981. A partir de este momento, la población se ha mantenido con regularidad y con más o menos fluctuaciones.

Desconocemos si ha habido algún tipo de estudio histórico, médico, sociológico, demográfico, antropológico sobre la gripe y sus consecuencias en alguna localidad, comarca, provincia o en la comunidad extremeña. En todas las bases bibliográficas consultadas no ha aparecido documento alguno –publicado o no– que haga referencia a esta pandemia y a los fallecimientos históricos en el entorno geográfico cacereño próximo, a excepción de la aportación al conocimiento de la incidencia de la gripe en las dos ciudades más importantes de Extremadura: Cáceres y Plasencia, dentro de las comunicaciones aparecidas en los *XLII y XLIII Coloquios Históricos de Extremadura* (Trujillo, Cáceres) y de la población de Brozas (Neila Muñoz, 2020)².

3. LA GRIP(P)E EN EL MUNDO Y EN ESPAÑA. APROXIMACIÓN

La gripe española, en forma de epidemia³ y de pandemia⁴, fue la gran catástrofe mun-

2 Todo lo contrario lo sucedido con otras investigaciones en otros ámbitos geográficos como los siguientes: Blanes Llorens (España); Elexpuru Camiruaga (Bilbao); Herrera Rodríguez (Puerto de Santa María -Cádiz- y Cádiz); Sáinz Otero (Cádiz); Álvarez Pardo, Fernández López, González Taboada, Höfer y Gómez Gómez (Oviedo, Gijón, Avilés); García-Consuegra (Daimiel -Ciudad Real-); Barreda Marcos (Palencia); Porrás Gallo (Madrid); Vázquez Arias (Pontedeume -A Coruña); Fernández Fernández y Veiga Ferreira (Betanzos -A Coruña-); Palazón Ferrando (Alicante); Urquía Echave (Guipúzcoa); Sánchez Gozalbo (Castellón); Cardona Ivars (Benisa y comarca -Alicante-); De Prado Moura (Palencia); Aguirre Leizeaga (Andoain -Guipúzcoa-); Gondra y Erkoreka (Bilbao); Iruzubieta Barragán (Logroño); Astigarraga Lizundia (Navarra); García-Faria del Corral (Zamora); Martínez Pons (Valencia); Ramos Martínez (Pamplona); Sena Espinel (Salamanca); Hernández Ferrer (Cartagena); Silva Ortiz (Llerena -Badajoz- y campiña sur de Badajoz) y Herrera Rodríguez y Almenara Barrios (San Fernando -Cádiz-).

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

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

dial sanitaria del siglo XX y que constituye una de las dos grandes crisis demográficas en la España del siglo pasado. Ella asoló, en períodos de tiempo no correlativos ni consecutivos, espacios geográficos humanos en los cinco continentes. Investigadores contemporáneos aceptan el hecho del inicio de la epidemia en marzo de 1918 en Estados Unidos y más en concreto en el campamento del ejército americano Camp Funston, dentro de la base militar Fort Riley, en la zona de Haskell County, en el estado de Texas, siendo la I Guerra Mundial el vehículo transmisor de la enfermedad a Europa y, posteriormente, al resto del mundo en forma de movilizaciones de contingentes de tropa del ejército norteamericano (aunque no todos estén de acuerdo en este origen) (Barry, 2004; Nájera, 2010). Por este motivo, la propagación de la enfermedad se vio favorecida por factores propios e inherentes al conflicto como fueron el hacinamiento, la desnutrición, la falta de higiene, la falta de medicinas, las migraciones, los desplazamientos masivos de personas, etc. (Echeverri, 1993, 2018; Erkoreka, 2010). Es frecuente emitir una respuesta xenófoba al atribuir las calamidades, miserias, defectos de un hecho, acción, enfermedad, etc. a otros países ajenos al propio; así, González García (2013: 310) expresa que *"la proclamación en mayo [de 1918] de la existencia de una enfermedad por parte de las autoridades españolas, unida al recelo de las potencias europeas y mundiales por la neutralidad de España en la guerra, hicieron que esta denominación [Spanish flu o Spanish lady] acuñada por la Royal Academy of Medicine de Gran Bretaña quedara irremediablemente asociada para siempre a nuestro país"*. En su momento, esta epidemia no tuvo una importancia relevante porque el mundo estaba inmerso en una contienda que iba a reestructurar de forma temporal las fronteras del viejo continente, escenario del campo de batalla, por lo que aún, al día de hoy, se desconoce el número total aproximado de los fallecimientos en los distintos países afectados.

De manera general se han consensuado, en función de los datos registrados en el apartado de 'causa' en las actas de defunción de los registros civiles, varias ondas u olas epidémicas con ciertas modificaciones temporales propias de las estaciones meteorológicas de cada país o continente: primera (mayo-julio, 1918); segunda (septiembre-diciembre, 1918); tercera (enero-julio, 1919) y cierto rebrote en los seis primeros meses del año 1920 de una forma parcial y muy localizada geográficamente. Herrera Rodríguez (1996: 32) expresa que:

"en España [...] la pandemia gripal golpeó con intensidad y evolucionó en varias "oleadas". La primera "oleada" abarcó los meses de mayo y junio. Observadores documentados apuntaron que la epidemia venía de Francia, achacándose especialmente al tráfico de trabajadores españoles y portugueses que acudían al país galo con finalidad de sustituir a los trabajadores franceses que estaban en la guerra. El paso de estos obreros por la frontera a su regreso fue quizá un factor determinante en la introducción de la enfermedad en España. La epidemia desapareció rápidamente, pero las zonas más afectadas fueron Extremadura, Andalucía y la mitad sur de la Meseta Central. La segunda "oleada" abarcó los meses de septiembre a diciembre. Los estudiosos señalan dos vías de difusión relacionadas con las líneas de ferrocarril. En primer lugar, Port Bou, difundiendo la epidemia desde Cataluña a Almería; y, la segunda, de Irún hasta Medina del Campo, extendiéndose a todas las poblaciones. Se apuntaron como vectores fundamentales de la difusión a trabajadores y al personal militar constantemente movilizado. Finalmente, la tercera "oleada", que fue menos explosiva, pero que duró de enero a junio de 1919".

Estas olas u ondas aparecieron casi simultáneamente en todo el orbe, poniendo de manifiesto la deficiente, inexistente e insuficiente estructura sanitaria materializada en organizaciones que tenían que cuidar y velar por la salud comunitaria nacional y mundial y en el desconocimiento de los orígenes, de las causas y de las manifestaciones posteriores de la epidemia. No obstante, tal y como expresa Porrás Gallo (1994), se propusieron iniciativas legislativas para reordenar la sanidad española tales como el proyecto de Ley de epidemias (1914); el proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas (julio, 1919); el proyecto que llevó el mismo nombre (noviembre, 1919); el proyecto de Ley de profilaxis pública de enfermedades evitables (1922) y el Real Decreto del 10 de enero de 1919 en relación con la prevención de las enfermedades contagiosas, publicada en la Gaceta de Madrid núm. 23 de 23 de enero de 1919 (páginas 308 a 310) y que entre otras cosas expresa que:

"las disposiciones encaminadas a evitarlos [los agentes infecciosos] empezarán a redimir a España de su morbosidad crecida y de su mortalidad considerable, superiores a la media de la mayor parte de los países de Europa y de América, y que empobrecen a nuestro pueblo con la pérdida indebida de tantas gentes como enferman sin deber enfermar en tan deplorable proporción, y que mueren sin deber morir tan a destiempo".

El Ministerio de la Gobernación expone que:

"suscribe entiende que la reforma más urgente que hay que llevar a nuestra legislación sanitaria es la referente a la profilaxis pública de las enfermedades transmisibles: la declaración obligatoria de todo caso de enfermedad de este género; el aislamiento y hospitalización de los enfermos para impedir el contagio; la desinfección de las cosas y personas contaminadas o sospechosas de contaminación, y el empleo de vacunas y sueros preventivos, llevando todo ello con el carácter de imperativo a las prácticas sanitarias, constituyen seguramente medios poderosos para alcanzar en poco tiempo la reducción del tipo ordinario de nuestra mortalidad anual y la prolongación de la vida media del hombre en España".

En lo que se refiere a la gripe, fue encuadrada en el grupo B de «Infecciones comunes» haciendo constar que la declaración oficial de las infecciones encuadradas en este grupo sería publicada por los Gobernadores después de acordadas por las Juntas Provinciales, previo informe de las Juntas Municipales y el posible aislamiento de la persona infectada se,

"procurará llevarlo a cabo siempre que sea posible en el propio domicilio del enfermo; pero cuando a juicio del Inspector municipal de Sanidad sea absolutamente imposible realizarlo de modo que no constituya un grave riesgo para la salud pública, podrá ordenarse el transporte del enfermo a un Hospital de aislamiento o Casa de Salud [...] Todos los Ayuntamientos tendrán, en proporción con sus recursos, un local adecuado y en condiciones de ser utilizado en cualquier caso para aislamiento de los enfermos infecciosos".

Este Real Decreto fue redactado, siendo ministro de la Gobernación Amalio Gimeno Cabañas y firmado por el rey Alfonso XIII.

Aguirre Leizeaga (2002: 247) escribe que:

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

En cuanto a la terminología más comúnmente utilizada, Nájera Morrondo (2010: 162-163) expresa que:

"el término "influenza" parece haber sido empleado en Italia en la Edad Media como una forma general de referirse a las enfermedades infecciosas [...] En 1580, dos historiadores italianos, Domenico y Pietro Buoninsegni, convencidos de la perniciosa influencia de las estrellas sobre la salud de los hombres, la bautizan con un nombre que ha perdurado hasta nuestros días, "influenza". Más tarde aparece la "influenza di freddo" o influencia del frío. En 1709, Lancisi escribió un opúsculo sobre la "influenza" y la palabra se generalizó en Inglaterra [...] Por otra parte, el nombre de "gripe", en español y "gripa" en italiano proceden del francés "grippe" y éste a su vez del suizo-alemán "grüpi" (acurrucarse)...".

Con estas otras premisas terminológicas, las valoraciones diagnósticas escritas y recogidas en las actas de los libros de los registros civiles debieron ser el resultado de la opinión especializada de un profesional de la salud, aunque, en muchas ocasiones, los motivos del fallecimiento eran comunicados a los encargados de la cumplimentación y de la custodia de las actas por personas allegadas a los fallecidos con escasa o nula formación en el mundo de la medicina y con un conocimiento derivado de la experiencia vivencial o de las modas diagnósticas imperantes en la zona o en el tiempo, lo que lleva consigo un problema añadido de cara a una correcta y precisa interpretación de los datos diagnósticos.

4. PERSONAS FALLECIDAS EN LAS DISTINTAS POBLACIONES DE LA PROVINCIA DE CÁCERES EN 1918 Y 1919. TEMPORALIZACIÓN

Campos Luque (1999: 11) expone que *"en 1900 la mortalidad española era excesiva en comparación con la de los países europeos. Según Jordi Nadal, "desde 1901-1905, el número de óbitos se ha reducido de quinquenio en quinquenio, muy a menudo de año en año, con las solas excepciones de 1918-1920, producida por la epidemia gripal, y de 1936-1941, producida por la guerra civil..."* (Nadal, 1973; Echeverri, 1983). *Sin embargo, el descenso de las tasas de mortalidad durante el primer tercio del siglo fue importante. Se ha dicho que en ningún otro período de nuestra historia se ha dado una caída comparable de la mortalidad general".* Teniendo en cuenta esta reflexión, el número de personas falleci-

das en todas y cada una de las 79 localidades se muestra en el cuadro de datos (Tabla 2), haciendo constar igualmente el número total de personas que han sido estudiadas, filtradas, evaluadas y valoradas en el trabajo de campo realizado, ascendiendo a un total de 12.556 óbitos. Igualmente se muestran los datos cuantitativos de las personas que han fallecido a causa de la gripe en esas mismas poblaciones, ascendiendo a una cifra de 2.833, lo que supone un 22,56 %, un valor considerablemente alto para un solo tipo concreto de causa inmediata de muerte.

Tabla 2
Personas fallecidas por causas de todo tipo y por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>	<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>
Abertura	49	11	Malpartida de Plasencia	322	123
Acebo	154	55	Mata de Alcántara	79	8
Acehúche	104	42	Mirabel	74	12
Alcántara	244	56	Monroy	114	44
Alcuéscar	160	46	Montánchez	361	107
Aldea del Obispo, La	35	12	Montehermoso	279	58
Aldeacentenera	87	28	Moraleja	145	30
Aldehuela del Jerte	12	3	Morcillo	9	4
Aliseda	192	85	Navas del Madroño	203	29
Almoharín	173	35	Pedroso de Acim	33	1
Arroyo de la Luz	482	82	Perales del Puerto	80	4
Benquerencia	22	2	Pescueza	34	4
Botija	36	4	Plasencia	710	152
Brozas	383	88	Plasenzuela	50	4
Cabezabellosa	73	12	Portaje	62	10
Cáceres	1.075	196	Portezuelo	39	10
Calzadilla	81	15	Pozuelo de Zarzón	72	19
Cañaveral	158	18	Riolobos	85	15
Carcaboso	41	15	Robledillo de Trujillo	113	34
Casar de Cáceres	293	59	Salorino	156	29
Casas de Millán	98	27	Santa Ana	36	4
Casillas de Coria	58	8	Santa Cruz de la Sierra	47	15
Ceclavín	374	58	Santiago del Campo	80	8
Conquista de la Sierra	38	8	Santibáñez el Bajo	85	18
Coria	223	44	Serradilla	198	43

<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>	<i>Localidad</i>	<i>Muertes Totales</i>	<i>Muertes Gripe</i>
Cumbre, La	127	37	Sierra de Fuentes	129	18
Deleitosa	126	40	Talaván	139	34
Escurial	97	24	Torre de Santa María	72	13
Galisteo	73	27	Torrecillas de la Tiesa	112	18
Garciaz	61	25	Torrejón el Rubio	53	9
Garrovillas	321	86	Torrejoncillo	374	124
Herreruela	50	8	Torremocha	132	16
Hinojal	149	39	Torreorgaz	130	20
Holguera	54	9	Torrequemada	95	21
Hoyos	114	25	Valdefuentes	119	16
Ibahernando	127	24	Villa del Rey	59	11
Jaraicejo	101	17	Zarza de Montánchez	60	11
Logrosán	375	97	Zarza la Mayor	230	48
Madroñera	240	54	Zorita	356	130
Malpartida de Cáceres	370	38			
				12.556	2.833 22,56%

Fuente: INE. Elaboración propia

Las personas fallecidas en las 79 localidades de la provincia de Cáceres en los dos años objeto de este estudio, han sido 12.556 personas. Y de esas personas, ¿cuántas eran hombres y cuántas eran mujeres? Según los datos, ha fallecido un 1,50% más de hombres (51,18%) que de mujeres (48,81%) en el conjunto de las localidades de la provincia cacereña, tal y como se refleja en la tabla 3 que se muestra:

Tabla 3
Distribución por sexos de los fallecidos totales y por la gripe en el total de las ciudades analizadas

	<i>Fallecimientos totales</i>	<i>Fallecimientos por gripe</i>
Hombres	6.427 (51,18%)	1.601 (56,51%)
Mujeres	6.129 (48,81%)	1.232 (43,48%)
	12.556	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Y en lo que respecta a las personas fallecidas en razón de sexo, pero a causa de la gripe han sido 2.833.

En la tabla 4 aparecen los datos cuantitativos de las personas que han fallecido de causas relacionadas directamente con la gripe y que así se hacía constar expresamente en los apartados de "causas" (con la terminología expresada como tal) en las actas

de defunción, y de las causas relacionadas indirectamente o "variaciones" causadas por procesos que, en teoría, tuvieron relación 'causa-efecto' con las consecuencias derivadas de padecer la gripe en sus distintos vocablos. Estas causas aparecen directamente relacionadas con el término "grip(p)e" y sus diversas acepciones⁵: (P)Neumonía gripal; Bronco(p)neumonía gripal; Bronquitis gripal; Fiebre gripal; Grip(p)e; Grip(p) e cardíaca; Grip(p)e de forma nerviosa; Grip(p)e abdominal; Infección gripal; Influenza; Influenza; Meningitis gripal; Pleuresía gripal; Pulmonía gripal y Septicemia gripal. Aguirre Leizeaga (2002: 207) expresa que "el síndrome [de la gripe] se distinguía por una aparición súbita: fiebre alta, dolor de cabeza, dolor de los miembros, signos hemorrágicos, trastornos nerviosos, sensación de frío, tos y, rasgo rotundamente definitorio, la neumopatía infecciosa aguda: mortal -caso de que se diera tal desenlace- en 48 ó 72 horas. Un edema pulmonar, incontrolable en ocasiones, provocaba el ahogo de los contagiados en sus propios líquidos. La bronquitis y la bronconeumonía se incorporaban como las complicaciones de mayor incidencia".

Es conveniente igualmente investigar las variaciones de la gripe o diagnósticos paralelos más o menos acertados causantes de los fallecimientos y relacionados con patologías significativas del apartado respiratorio.

Tabla 4
Causas y variaciones terminológicas empleadas de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres analizadas durante los años 1918 y 1919)

<i>Causas y variaciones de la gripe</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
Bronquitis (gripal) (aguda) (capilar) (crónica) (catarral)	638	22,52
Infección gripal	537	18,96
(P)neumonía (gripal)	505	17,83
Grip(p)e [...]	456	16,10
Bronco(p)neumonía gripal	367	12,95
Fiebre gripal	139	4,91
Pleuro(p)neumonía	105	3,71
Broncopulmonía	38	1,34
Meningitis gripal	17	0,60
Pulmonía gripal	16	0,56
Septicemia gripal	15	0,53
Total	2.833	

Fuente: INE. Elaboración propia.

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

determinada, lo que llevó consigo, desde la perspectiva actual a una confusión a la hora de una clasificación más o menos estándar (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 2002). A lo largo del periodo de tiempo estudiado cualitativamente, y como consecuencia de los avances médicos, las enfermedades han sido mejor y más concretamente diagnosticadas. La agrupación de las diversas causas de muertes citadas en las actas de defunción en estos años se resuelve por la Clasificación de Causas de Muerte propuesta por Jacques Bertillon y modificada, entre otros, por Thomas McKeown.

Una vez que se han obtenido los datos globales por años y por localidad, es necesario saber cuándo se han producido los fallecimientos a lo largo de los meses correspondientes a los dos años (Tabla 4) de referencia, ya que esta pandemia de gripe es, como se ha comentado anteriormente, una de las dos crisis demográficas más graves e importantes en la intrahistoria de la 'piel de toro' en los últimos años y siglos y en la trayectoria general demográfica de todos y de cada uno de los pueblos de la provincia del norte de Extremadura, pues la pandemia de gripe denominada también "*El soldado de Nápoles*", porque estaba más en boca de los españoles que ciertos pasajes de la zarzuela de éxito en esos años llamada "*La canción del olvido*"⁶, en sus distintas olas u ondas, afectó desigualmente a las provincias españolas: unas padecieron más el órdago de la primera oleada y otras el segundo y el tercero, en función de las proximidades geográficas, la cercanía de la frontera con Francia y las vías de comunicación terrestres y marítimas. El impacto de la gripe en la provincia de Cáceres se desconoce hasta este momento de una forma exhaustiva y pormenorizada en el número total de defunciones y en la extrapolación o no de las conclusiones en base a un análisis y a una valoración cuantitativa y cualitativa de una Extremadura rural, quedando reservada para futuras investigaciones que amplíen la variable geográfica a otros núcleos poblacionales, ya que "*la pobreza es un factor de riesgo añadido frente a cualquier enfermedad. Las poblaciones empobrecidas y desnutridas, que viven hacinadas, en malas condiciones higiénicas y con pocos accesos a servicios médicos y a una educación sanitaria, padecen más infecciones y con peor pronóstico*" (Echevarri Dávila, 1993: 103). La temporalización se muestra en la tabla 5.

6 *La Canción del Olvido* es una zarzuela, denominada comedia lírica, en un acto, dividido en cuatro cuadros. Con libreto de Federico Romero Sarachaga y Guillermo Fernández-Shaw Iturralde y música del maestro José Serrano, se estrenó con gran éxito en el Teatro Lírico de Valencia el 17 de noviembre de 1916 y en el Teatro de la Zarzuela de Madrid el 1 de marzo de 1918.

Tabla 5

Temporalización de las personas fallecidas en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

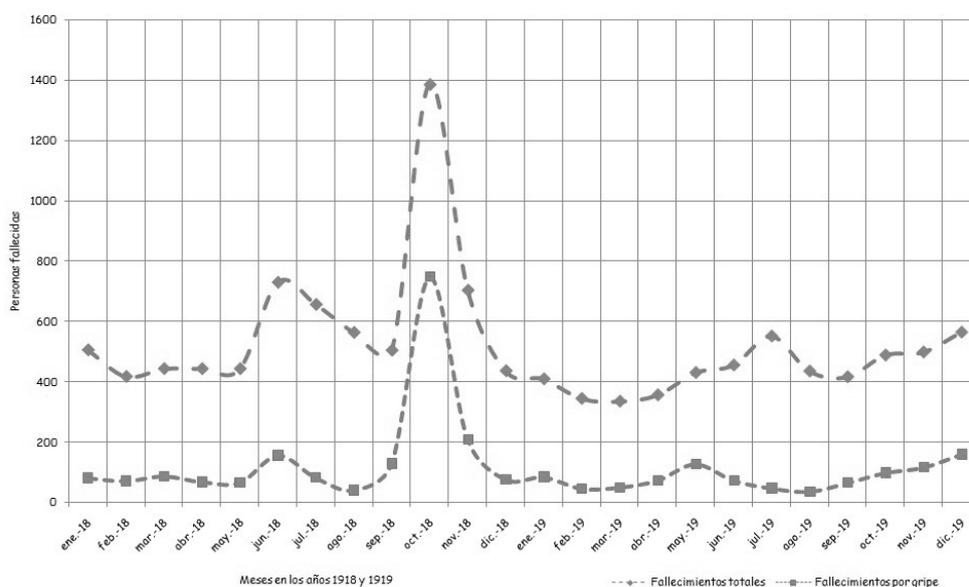
Mm/aaaa	Total de fallecimientos (general)	Total de fallecimientos por gripe	Mm/aaaa	Total de fallecimientos (general)	Total de fallecimientos por gripe
Ene/1918	507	83	Ene/1919	411	86
Feb/1918	419	73	Feb/1919	346	48
Mar/1918	445	89	Mar/1919	337	52
Abr/1918	445	70	Abr/1919	358	75
May/1918	445	68	May/1919	432	129
Jun/1918	731	158	Jun/1919	457	75
Jul/1918	658	84	Jul/1919	553	49
Ago/1918	565	43	Ago/1919	437	38
Sep/1918	506	131	Sep/1919	418	67
Oct/1918	1.387	748	Oct/1919	490	100
Nov/1918	705	210	Nov/1919	500	118
Dic/1918	438	78	Dic/1919	566	161
Totales				12.556	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Como se observa en esta tabla igualmente refleja los datos de las personas fallecidas por causa de la gripe especificando la distribución por sexo en los doce meses de 1918 y en los doce meses de 1919. Los valores anteriores tomados, de forma global divididos en los dos años (1918 y 1919), quedan expuestos en el gráfico 4.

Gráfico 4

Distribución de las personas fallecidas indicando la causa gripal en las localidades analizadas y el resto de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919



Fuente: INE. Elaboración propia.

Octubre de 1918 fue el mes que se cobró más defunciones en los dos años en las diferentes localidades, consideradas como un núcleo indivisible en plena estación meteorológica⁷ de otoño. Claros y manifiestos picos de sierra con sus correspondientes valles que anteceden y son posteriores a los máximos establecidos.

Por lo tanto, los datos y los gráficos anteriores hacen referencia a los meses de los dos años de forma consecutiva, correspondiendo a los de junio de 1918 (primera oleada); octubre de 1918 (segunda oleada) y marzo de 1919 y junio de 1919 (tercera oleada) cuando más incidencia tuvo la epidemia de gripe en la población de las localidades. Pero ¿qué sucede con las estaciones meteorológicas de esos dos períodos de tiempo? Para un estudio más operativo y detallado, se han dividido de la siguiente manera: invierno-1918; primavera-1918; verano-1918; otoño-1918; invierno-1918/1919; primavera-1919; verano-1919; otoño-1919 e invierno-1919.

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

5. EDADES DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otro factor a tener en cuenta en el estudio de los fallecimientos en las 79 localidades es la edad de las personas muertas. En la tabla nº 6 se aprecia la edad de fallecimiento tanto de hombres como de mujeres por separado en los años de la horquilla cronológica de investigación (1918 y 1919), sin especificar causa alguna de muerte.

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

Tabla 6

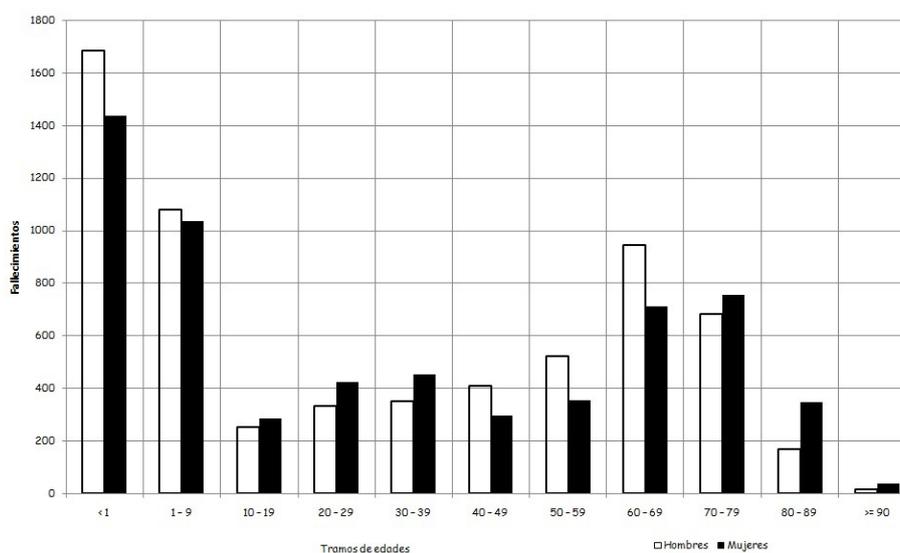
Distribución de las personas según su sexo y edad fallecidas por todo tipo de causa en las localidades analizadas de la provincia de Cáceres los años 1918 y 1919

<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	1.683	1.437	3.120
1 – 9	1.077	1.036	2.113
10 – 19	253	286	539
20 – 29	332	423	755
30 – 39	348	453	801
40 – 49	407	296	703
50 – 59	520	354	874
60 – 69	945	709	1.654
70 – 79	681	753	1.434
80 – 89	166	345	511
>= 90	15	37	52
Total	6.427	6.129	12.556

Fuente: INE. Elaboración propia.

Gráfico 5

Fallecimientos totales en las poblaciones analizadas con expresión del sexo



Fuente: INE. Elaboración propia.

Como complemento de los datos anteriores, la edad de fallecimiento tanto de hombres como de mujeres por separado en los años de la horquilla cronológica de investi-

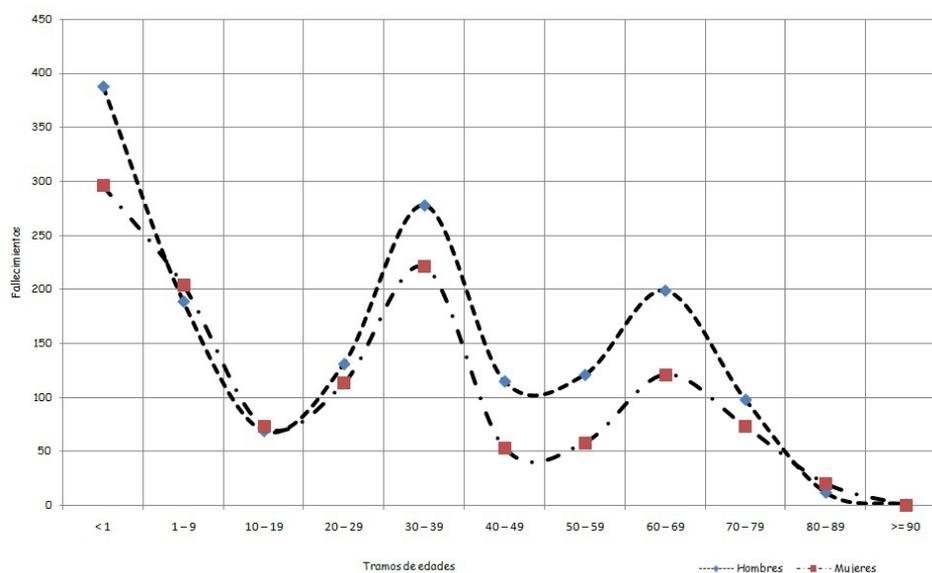
gación (1918 y 1919), pero tomando como filtro de causa inmediata la gripe, se muestra en la tabla 7.

Tabla 7
Edades de las personas fallecidas por causa de la gripe en las localidades de la provincia de Cáceres, 1918 y 1919

<i>Tramos de edades (años)</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
< 1	388	296	684
1 – 9	189	204	393
10 – 19	69	73	142
20 – 29	131	113	244
30 – 39	278	221	499
40 – 49	115	53	168
50 – 59	121	58	179
60 – 69	199	121	320
70 – 79	98	73	171
80 – 89	12	20	32
>= 90	1	0	1
Total	1.601	1.232	2.833

Fuente: INE. Elaboración propia.

Gráfico 6
Distribución de los fallecimientos por gripe según el sexo y la edad

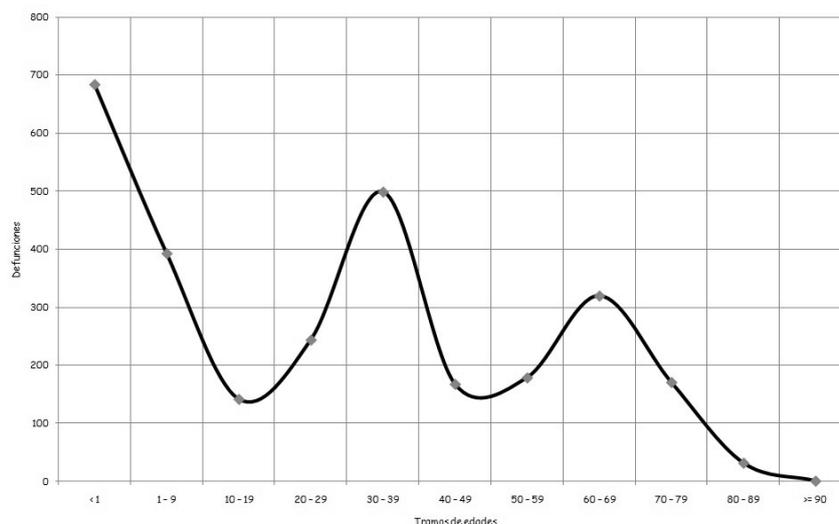


Fuente: INE. Elaboración propia.

En esta otra gráfica 7 se muestra la edad global de fallecimiento sin distinción de sexo en los dos años, sin sesgo de causa alguna y con el filtro de la gripe como causa fundamental del óbito, a modo de comparación con todos y cada uno de los valores obtenidos en las distintas localidades:

Gráfico 7

Defunciones por gripe según los tramos de edad y sexos



Fuente: INE. Elaboración propia.

¿Qué conclusiones se extraen de la visión pormenorizada de los gráficos 4, 5, 6 y 7? Las siguientes:

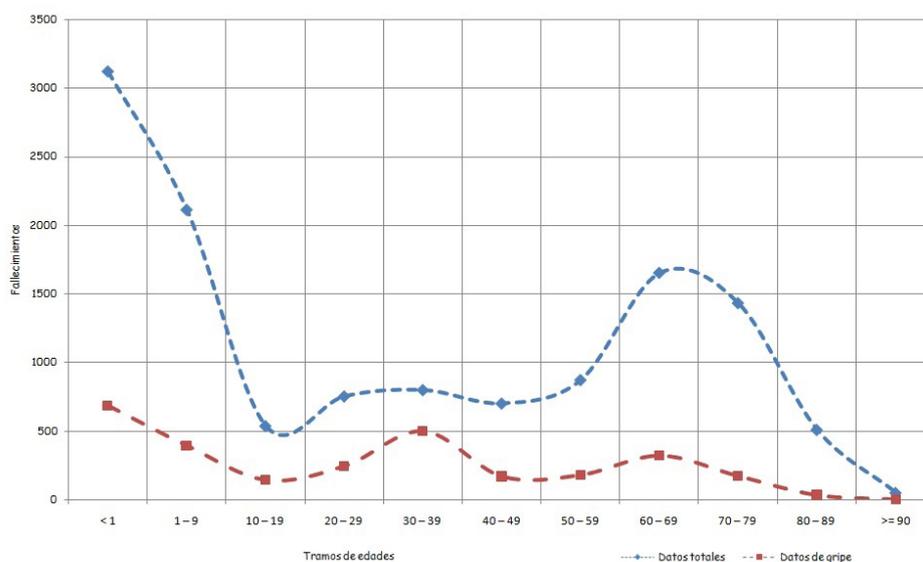
- Alta mortalidad en niños de hasta 9 años de vida, tanto por la gripe como por otras causas generales.
- Elevada mortandad en los dos tramos de edad claramente diferenciados y separados en el eje cronológico; 30-39 años y 60-69 años, en ambos sexos.
- Pocas defunciones y datos prácticamente inexistentes en la edad que transcurre en la horquilla que va desde los 10 a los 19 años y desde los 40 a los 56 años de edad: gráficos 6 y 7.
- A causa de la gripe, elevada mortalidad en las personas fallecidas entre los 30 y los 39 años de edad, grupo destinatario diana de la enfermedad: gráficos 5 y 6.
- Muy pocas personas han sobrepasado los 90 años, esperanza de vida altamente inalcanzable e impensable en los habitantes de las distintas localidades, en las primeras décadas del siglo XX.

En el gráfico 8 se muestra el total de personas fallecidas de forma global (general) y parcial por la gripe por tramos de edad y con la distinción, como único factor, del sexo

de las personas fallecidas, como muestra comparativa de cómo incidieron las distintas causas de los óbitos en los tramos de edades representadas en el eje de abscisas.

Gráfico 8

Defunciones totales y por gripe en las 79 localidades de la provincia por grupos de edad



Fuente: INE. Elaboración propia.

6. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS FALLECIDAS

Otra variable para seguir profundizando en la intrahistoria de la muerte en el grupo destinatario de personas fallecidas en las diversas localidades objeto del trabajo de campo, es el estado civil que tenían en el momento de la defunción. En la tabla 8 y en el gráfico 9 se aprecian los valores porcentuales.

Tabla 8

Estado civil de las personas fallecidas por fallecimiento globales y por gripe en 1918 y 1919

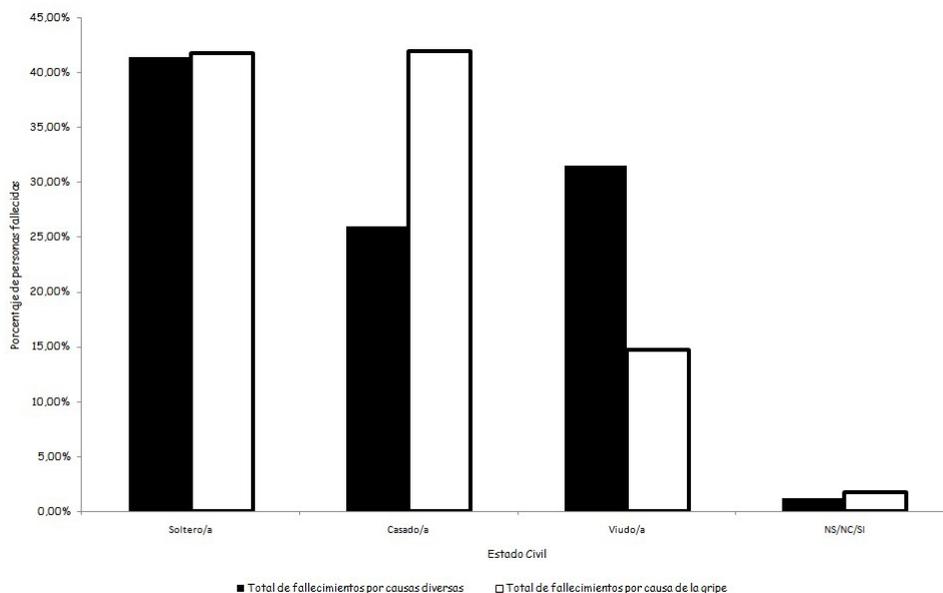
	<i>Fallecimientos por todas las causas</i>	<i>Fallecimientos por gripe</i>
Soltero/a	41,39%	41,74%
Casado/a	25,93%	41,87%
Viudo/a	31,46%	14,69%
NS/NC/SI	1,22%	1,70%

Fuente: INE. Elaboración propia.

En este apartado se observa el porcentaje de personas fallecidas según su estado civil, siendo más numeroso el de «solteros/as» (41,39% y 41,74%, respectivamente) por el elevado número de niños/as que fallecieron, apreciándose un cambio considerable de porcentajes en el apartado de «casados/as»: 25,93% frente a 41,87% y de «viudos/as»: un 31,46% frente a 14,69%, en los dos años en las diferentes localidades.

Gráfico 9

Estado civil del total de las personas fallecidas en los años 1918 y 1919



Fuente: INE. Elaboración propia.

Para concluir este apartado, se han extraído las siguientes conclusiones sobre la evolución de los fallecimientos de los hombres y de las mujeres en función de los tres estados civiles más relevantes: «soltero/a»; «casado/a» y «viudo/a». En todas y en cada una de las 79 localidades los «solteros/as» han fallecido más a causa de alto número de infantes muertos en los tres tramos de edad establecidos: menos de un año, entre un año y nueve años y entre diez años y diecinueve años. Todo lo contrario sucede con las personas casadas y viudas, donde hay un cruce o intercambio de valores si se toma como referencia las defunciones generales (menos casadas y más viudas) o los valores a causa de la gripe (más casados y menos viudos). Con estas premisas constatables, el contagio de la gripe era por convivencia (aire) y los solteros en los años de referencia vivían todos en la casa de los padres y superaban, con mucho, a los casados y a los viudos que, por lo general, habitaban con los hijos, bien porque esos eran pequeños bien porque el viudo era de edad avanzada y vivía con el hijo casado con hijos; es decir, la «regla de las tres generaciones» que existía en aquella época: en la casa siempre había tres generaciones: abuelo, hijo y nieto; cuando el abuelo moría, el hijo pasaba a abuelo y el nieto a padre, apareciendo una nueva generación y así sucesivamente. García-Consuegra (2013: 344) escribe que:

"...la ignorancia higiénico-sanitaria era uno de los más visibles exponentes de la miseria económica y educativa que reinaba entre las clases populares; en este contexto, las pésimas condiciones de la higiene pública y privada asumían recurrentemente la culpabilidad de las extraordinarias cifras de morbilidad y mortalidad del ataque epidémico porque el virus gripal no atacaba con la misma intensidad a todos los individuos. La pobreza en connivencia con el hambre limitaba los recursos biológicos para poder enfrentarse con mínimas garantías de éxito a cualquier patología; por no mencionar el acceso a los medicamentos que no siempre estaba amparado por la beneficencia municipal y que, como cualquier otro producto, estaba sometido a las leyes de oferta y demanda de los mercados".

Esta elevada mortalidad también se veía influenciada por una elevada densidad de población, por la precariedad de la higiene materno-infantil, por una inadecuada manipulación de los alimentos, por prácticas erróneas de cuidado, atención y recuperación de los trastornos de salud y por unas malas condiciones de vida ligadas a un retraso importante de España en materia de sanidad e higiene hasta bien entrada la década de los años sesenta. Aunque la lactancia ejerció un papel decisivo en la prevención de ciertas enfermedades, el destete antes de tiempo, la dentición y el paso a una alimentación variada sin contar con la debida información médico sanitaria y la adaptación a los productos que el campo daba temporalmente, fueron variables que incrementaron el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas. La disminución de la mortalidad infantil, claramente determinada por la fuerte reducción de factores de carácter exógeno, ha tenido claras repercusiones e implicaciones en la evolución demográfica de las distintas localidades de la provincia cacereña, de las respectivas comarcas, de la comunidad y de España. Sus efectos más directos están relacionados con el crecimiento del número de habitantes y la paulatina modificación de la estructura poblacional dibujada claramente de la forma de las pirámides de población con mucha base, por lo menos hasta las últimas décadas del siglo XX (Sanz Gimeno y Ramiro Fariñas, 1999).

En un tanto por ciento muy elevado de poblaciones, se ha pasado de una alta mortalidad infantil y juvenil en los últimos años del siglo XIX y comienzos del siglo XX, a ser prácticamente nula en las últimas décadas del siglo XX y primeras décadas del siglo XXI. Esta mortalidad se ha desplazado a edades más avanzadas. El descenso de la mortalidad (Gómez Redondo, 1985) se ha debido, entre otras causas, a una mejora sustancial de las condiciones de vida, una disminución de los vectores derivados de una inadecuada alimentación en cuanto a cantidad, digeribilidad y dosificación, y a las medidas de intervención como desecación de charcas y pozos o a la reconversión o diseño de espacios de agua estancada e insalubre. A esto se puede unir mejoras en la higiene tanto personal como pública, un constante y continuo desarrollo en materia higiénico sanitaria, la ampliación y extensión de la red sanitaria en el ámbito rural y la asistencia médico-ambulatoria-sanitaria. Otros factores a tener en cuenta es la mejora en el abastecimiento de aguas a la población, el alcantarillado, el encauzamiento de aguas fecales y la adopción de medidas de higiene públicas a cargo de las instituciones políticas y administrativas competentes. En la segunda década del siglo XX, lo único que existía era la aspirina como antitérmico y analgésico pero carece de importancia en la evolución de la gripe; por otra parte, los pacientes solían morir de complicaciones infecciosas pulmonares (no había nada que hacer pues no había antibióticos ni sulfa-

midas) o fallos multiorgánicos. Estas eran las recomendaciones para evitar los efectos de la gripe en el organismo:

- El paciente debe guardar reposo en cama, ingerir una dieta sana y mantener una higiene personal adecuada.
- Administración de quinina y salpirina como antipirético, enjuagues desinfectantes para los conductos nasales y arsenicales y glicerofosfatos para restaurar el apetito y las fuerzas.
- *Pulmoserum Bailly* para las afecciones pulmonares.

Spinney (2020: 131) expresa que "*Los preparados de arsénico eran populares por su efecto tónico y analgésico, al igual que el aceite de alcanfor para tratar las dificultades respiratorias. Se suponía que la dedalera y la estricnina estimulaban la circulación, se recetaban sulfato de magnesio y aceite de ricino como purgantes, y varios fármacos derivados de yodo para la «desinfección interna»*". A partir de los años cuarenta, con los avances médico sanitarios, el acceso a las sulfamidas y antibióticos, la intervención médica sin distinción de sexo y la mentalidad más acorde con el transcurso de los años, han hecho posible que el descenso de la mortalidad se haya convertido en un hecho significativo, relevante e imparable.

7. LUGARES DE DEFUNCIÓN

El lugar de defunción de las personas fallecidas en los dos años en las distintas localidades con el factor de filtro de "gripe" es un aspecto relevante importante para conocer cuáles fueron las tradiciones funerarias imperantes en la época en función de la mentalidad de cada persona y de cada familia a la espera de la llegada de la muerte, de la gravedad de la causa fundamental y/o inmediata y de las posibilidades económicas del entorno parental. De los datos obtenidos (Tabla 9) se observa que el 69,29% de las personas registradas, fallecían en sus respectivos domicilios en los entornos vivenciales próximos, seguidos del domicilio de sus padres (19,16%).

Tabla 9
Muestra de la distribución de los fallecimientos por gripe según el lugar de fallecimiento

<i>Lugares de fallecimiento por gripe</i>	<i>Individuos</i>	<i>%</i>
Domicilio / Su Domicilio / Domicilio Propio	1.963	69,29
Domicilio de sus padres	543	19,16
Otros	219	7,73
NS/NC/SI	108	3,81
Total	2.833	

Fuente: INE. Elaboración propia.

Es lógico suponer que casi todas las personas fallecían en el "*Domicilio*", en "*Su domicilio*", en el "*Domicilio Propio*", en el "*Propio Domicilio*" (1.963 personas) rodeadas de sus familiares y en un ambiente de espera de la muerte sin poder hacer nada y al libre albedrío de la diosa naturaleza, de la madre Tierra o del dios espiritual personal; aunque sí rodeados del calor de los ascendientes y descendientes. Pero no es un valor a tener en cuenta de una manera rigurosa, ya que cuando aparece la expresión "*Su domicilio*" no se ajusta con exactitud al lugar donde se produjo el deceso y más si las personas en cuestión tienen una edad menor, aproximadamente, de veinte años, que tendrán que fallecer en el "*Domicilio de sus padres*", como es lógico. Se observa que esto se debe a dos cuestiones principales: la economía lingüística y de trabajo del encargado de turno de reflejar en las correspondientes actas los oportunos datos y, la segunda, que se podía sobreentender que hacía referencia al lugar donde moraban sus padres, ya que un tanto por ciento del número de menores fallecidos no podían hacerlo en "*su domicilio*" porque no lo tenían y sí vivían con los padres cuya referencia no aparece como tal. Después de las personas que fallecían en sus respectivos domicilios, les siguen las personas que fallecieron en el "*Domicilio de sus padres*".

CONCLUSIONES

Del análisis pormenorizado de las variables cuantitativas y cualitativas y del estudio realizado de la epidemia de gripe española (1918-1919) en 72 localidades de la provincia de Cáceres se extraen las siguientes conclusiones: se han detectado 2.833 (22,56%) personas fallecidas de gripe de un total de 12.556 fallecidos por todas las causas, no existiendo diferencias significativas entre ambos sexos para el total de fallecimientos, pero siendo superior en hombres que en mujeres en el caso de los fallecimientos por gripe. Del análisis del estado civil relacionado con la mortalidad general destaca que los solteros y casados presenta una tasa superior a los viudos mientras que, en el caso de los fallecimientos por gripe, disminuye significativamente el número de viudos y aumenta el de casados, permaneciendo estable el de los solteros. Por último, en el análisis de la edad es posible obtener tres picos en el caso de la "gripe", menores de 10 años, de 30 a 40 años y de 60 a 90 años sin diferencias entre ambos sexos. Podemos concluir que el paciente que fallece de gripe española en Cáceres es un varón de 1 a 9 años (soltero) o de 30 a 40 años (casado) y que lo hace en su domicilio.

La perspectiva de los estudios sobre la pandemia de gripe de 1918 y 1919 ha transitado desde la rama sanitaria (epidemiología), la cual ha permitido la aproximación a la naturaleza biológica de la enfermedad, hasta la histórica, sociológica y antropológica, porque se desarrolló en un contexto de tragedia humana en el cual provocó sangre, sudor y lágrimas. La presente investigación con 79 localidades investigadas, a fecha octubre 2020, ha tratado de cubrir el vacío existente sobre el tema en el entorno geográfico cacereño, extrapolando el análisis de la crisis al ámbito cronológico, espacial, social y demográfico.

Los efectos demográficos de las tres variables relacionadas directamente con el ciclo de la vida: natalidad, nupcialidad y mortalidad, llevó consigo, de forma global, pocos nacimientos porque los descendientes no se concibieron ya que no hubo matrimonios celebrados por la muerte de personas en tragedias individuales y colectivas. En los dos años, los enlaces después de recolección y de la venta de las cosechas descendieron porque la epidemia (pandemia) de gripe no fue selectiva en cuanto a sexo, al contrario que la Guerra Civil española que en un elevado porcentaje se llevó consigo al sexo masculino. La alta mortalidad y la baja natalidad provocaron una nupcialidad muy reducida y, en muchos casos, con muchos problemas genéticos y vulnerables a cualquier enfermedad vírica y estacional, ya que *"uno de los principales factores para saber si estamos en un ciclo demográfico antiguo, de transición o moderno reside en las causas de mortalidad. El predominio de la mortalidad exógena –epidemias infecciosas, crisis de subsistencias-, es característico de una demografía y una sociedad con bajos niveles sanitarios, educativos y de prevención. Este tipo de mortalidad irá cediendo a medida que se cuente con mejoras sanitarias e higiénicas"* (Campos Luque, 1999: 17).

En los casos de las poblaciones de la provincia de Cáceres estudiadas y evaluadas, fueron múltiples los factores que agravaron, atenuaron o disminuyeron el impacto de la epidemia; unos, como la concentración o densidad de la población, la cultura sanitaria existente en Extremadura y las defensas inmunológicas que se tenían contra la enfermedad, incidieron sobre la extensión del contagio; otros determinaron las probabilidades de muerte del individuo enfermo y, en una gran mayoría de las ocasiones, de la muerte de familias enteras. Entre estos últimos se encontraron el estado de salud, el grupo de edad y el nivel socioeconómico de los hombres y de las mujeres afectadas.

Las pocas -o muchas medidas- que la administración política y sanitaria puso en funcionamiento, causaron una alarma social que se tradujo en una alteración de la vida cotidiana de cacereños -en particular- y de extremeños -en general- en aspectos como el cierre de escuelas, la prohibición de fiestas, las ceremonias funerarias rápidas y reducidas a los familiares más directos, la prohibición de visita a enfermos, la vigilancia de los viajeros terrestres por las rutas de comunicación más frecuentadas; la duda sobre la persona que no era de la calle, del barrio de la ciudad; la desconfianza en el "otro"; etc. Estas acciones fueron, a grandes rasgos, tres los motivos de contagio que -si no prohibidos- sí se recomendó su reducción o disminución por el peligro que conllevaban: la costumbre humanitaria de visitar a los enfermos en sus domicilios; la acumulación de personas en las iglesias, bien en los rituales litúrgicos diarios o en los extraordinarios (rogativas) que se hicieron para tratar de manera divina de parar o atenuar la epidemia y, por último, la celebración de fiestas tradicionales, bien fueran de barrios o locales para que, dentro de la campaña sanitaria, evitar la propagación de la gripe y el contagio a otras personas. Muchas de ellas llevaron consigo una respuesta social no comprendida ni comprometida con el tipo de profilaxis a utilizar, en forma de protestas y disturbios más que nada cuando había que prohibir o reducir el programa en la celebración de actividades lúdico-festivas.

La natalidad no pudo compensar la gran mortalidad registrada por la pandemia de gripe y el crecimiento vegetativo fue negativo en la mayor parte de las poblaciones objeto

de la investigación durante los años de la pandemia. A esto hay que unir la constante inmigración que se estaba produciendo del campo a la ciudad y la continua emigración a otras provincias españolas con un futuro vivencial y laboral más esperanzador.

Para concluir, se transcribe un párrafo escrito por Echevarri Dávila (1993: 138):

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

AGRADECIMIENTOS

Es de justicia dar nuestras más sinceras gracias a Inés María Pedrera Vecino por el trabajo minucioso que ha realizado una vez terminada la redacción del presente documento. Su conocimiento de la gramática de la lengua castellana nos ha sido de una ayuda inestimable. Igualmente, el resumen y las palabras clave en inglés no hubieran sido traducidos ni redactados sin su políglota colaboración y autoría.

BIBLIOGRAFÍA

- AGIRRE LEIZEAGA, Iñaki (2002): "Otoño de 1918: Diario histórico-demográfico de la pandemia de gripe en Andoain", *Leyçaur*, 7, pp. 205-254.
- ÁLVAREZ PARDO, Elías et al (2008): "Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918", *Magister*, 22, pp. 93-106.
- AYORA-TALAVERA, Guadalupe (1999): "Influenza: Historia de una enfermedad", *Rev Biomed*, 10, 1, pp. 57-61.
- BARREDA MARCOS, Pedro Miguel (2009): "Palencia cuando la gripe de 1918", *PITTM. Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, 80, pp 309-339.
- BARRY John M. (2004): "The site of origin of the 1918 influenza pandemic and its public health implications", *J. Translational Med*, 2, 3.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto y ROBLES GONZÁLEZ, Elena (2003): "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, XXI, 1, pp. 167-193.

- BLANES LLORENS, Amand (2007): "La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial", Tesis doctoral. Departament de Geografia. Facultat de Filosofia i Lletres. Universitat Autònoma de Barcelona.
- BREL-CACHÓN, María Pilar (2020): "La incidencia de la gripe de 1918 a escala local: El Valle del Esla", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 38, 3, pp. 31-54.
- CAMPOS LUQUE, Concepción (1999): *La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social*, Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales. Papeles de trabajo, 25.
- CARBONETTI, Adrián (2010): "Historia de una epidemia olvidada. La pandemia de gripe española en la Argentina, 1918-1919", *Desacatos*, 32, pp. 159-174.
- CATANZARO, Michelle (2014): "¿Fiebre de guerra?", *Historia y Vida*, 4, 553, pp. 54-61.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Madrid, CIS/Siglo XXI.
- _____ (2018): "En el centenario de la gripe española. Un estado de la cuestión", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 36, 1, pp. 17-42.
- ELEXPURU CAMIRUAGA, Lucía (1987): "Consecuencias demográficas de la epidemia gripal de 1918 en la villa de Bilbao", *Zainak*, 4, pp. 267-277.
- ERKOREKA, Anton (2006): *La pandemia de gripe española en el País Vasco (1918-1919)*, Bilbao, Museo Vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia.
- _____ (2010): "The Spanish influenza pandemic in occidental Europe (1918-1920) and victim age", *Influenza Other Respir Viruses*, 2, pp. 81-89.
- FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, Carlos M. y VEIGA FERREIRA, Xosé. M. (1995): "La "gripe" de 1918-19 en Betanzos", *Anuario Brigantino*, 18, pp 143-158.
- FERREIRA, Antero y OLIVEIRA, Célia (2020): "O impacto da "gripe espanhola" na cidade de Guimarães (1918-1919)", *Revista de Demografía Histórica-Journal of Iberoamerican Population Studies*, 38, 3, pp. 55-80.
- GARCÍA-CONSUEGRA, Mariano José (2013): "Una tragedia olvidada: la pandemia de gripe de 1918 en Daimiel", *Vínculos de Historia*, 2, pp 331-350.
- GARCÍA SÁNCHEZ, José Elías y GARCÍA SÁNCHEZ, Enrique (2006): "La gripe en el cine. De la enfermedad aparentemente banal a la epidemia apocalíptica", *Revista Medicina y Cine*, 2, 1, pp. 1-2.
- GÓMEZ REDONDO, Rosa (1985): "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970", *REIS*, 32, pp. 101-139.
- GONDRA, Juan y ERKOREKA, Anton (2010): "El cuerpo médico municipal (1897-1937) y la pandemia de gripe española en Bilbao", *Bidebarrieta*, 21, pp 139-152.

- GONZÁLEZ GARCÍA, Alberto (2013): "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Vínculos de Historia*, 2, pp. 309-330.
- GUÉNEL, Jean (2004): "La grippe "espagnole" en France en 1918-1919", *Histoire des Sciences Médicales*. 38, 2, pp. 165-175.
- HERNÁNDEZ FERRER, Francisca Isabel (2003): "Análisis epidemiológico de la mortalidad en Cartagena (1871-1935) y semántico-documental de las expresiones diagnosticadas", Tesis doctoral, Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Murcia, Universidad de Murcia.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco (2009): "Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918", *Medicina Marítima*, 9, 2, pp. 1-5.
- ____ (1996): "Incidencia social de la gripe de 1918-1919 en la ciudad de Cádiz", *Llull*, 19, 37, pp. 455-470.
- ____ (1996): "La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María", *Revista de Historia de El Puerto*, 17, pp. 31-63.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco y ALMENARA BARRIOS, José (1994): "La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz)", *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*, 30, pp. 133-187.
- IRUZUBIETA BARRAGÁN, Francisco Javier (2008): "La pandemia gripal de 1918 en la ciudad de Logroño", *Berceo*, 154, pp. 345-363.
- MAMELUND, Svenn-Erik (2004): "Can the Spanish Influenza pandemic of 1918 explain the baby boom of 1920 in neutral Norway?", *Population*, 59, 2, pp. 229-260.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes y MOLINA DEL VILLAR, América (2010): "El otoño de 1918. Las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México", *Desacatos*, 32, pp. 121-144.
- MARÍN GUTIÉRREZ, Adelaida (2013): "El tratamiento informativo de la gran gripe en España y Francia (1918)", TFM en el Departamento de Historia Contemporánea, Oviedo, Universidad de Oviedo.
- MONTES-SANTIAGO, Julio (2010): "El beso mortal de la "Dama Española". La gripe de 1918: un asesino de artistas geniales", *Galicia Clínica*, 71, 1, pp. 37-39.
- NÁJERA MORRONDO, Rafael (2010): "Historia de la gripe", en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud, pp. 161-196.
- NEBEL, A. (2006): *La gripe española. Su naturaleza, su tratamiento curativo y preventivo. Medidas profilácticas*, Sevilla, Mínima.
- NEILA MUÑOZ, Carlos M. (2013): "Demografía histórica en Brozas (Cáceres). La muerte a través del Registro Civil (1981-2012)", *Coloquios Históricos de Extremadura*, pp. 425-453, <https://chdetrujillo.com/i2013/>

- ____ (2014): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en las ciudades de Cáceres y de Plasencia (Extremadura)", *Coloquios Históricos de Extremadura*, pp. 505-546. <https://chdetrujillo.com/i2014/>
- ____ (2020a): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (primera parte)", *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*, 220, pp. 16-18.
- ____ (2020b): "La epidemia de gripe de 1918 y 1919 en Brozas (segunda parte)", *Aldehuela. Revista de la Asociación Francisco Sánchez de las Brozas*, 221, pp. 15-17.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (2010): "Las epidemias en la Historia", en *Historia, medicina y ciencia en tiempos de... Epidemias*, Fundación de Ciencias de la Salud, pp. 9-30.
- PRADO MOURA, A. de (1987): "La epidemia de gripe de 1918 en Palencia", *PITTM. Publicaciones de la Institución Tello Téllez de Meneses*, 56, pp. 159-215.
- PORRAS GALLO, María Isabel (2020): *La gripe española 1918-1919*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- ____ (1996): "Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918-19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid", *Boletín de la ADEH*, 14, 1, pp. 75-116.
- ____ (1995): "La prensa madrileña de información general ante la epidemia de gripe de 1918-19", *Medicina & Historia*, 57, 3, pp. 5-28.
- ____ (1994): *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- ____ (1994): "La lucha contra las enfermedades «evitables» en España y la pandemia de gripe de 1918-19", *DYNAMIS*, 14, pp. 159-183.
- RAMOS MARTÍNEZ, Jesús (1992): "La pandemia de gripe de 1918 en Pamplona", *II Congreso de Historia de Navarra en los siglos XVIII, XIX y XX*, pp. 109-130.
- SANZ GIMENO, Alberto y RAMIRO FARIÑAS, Diego (2002): "La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte", *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 24 pp. 151-188.
- SPINNEY, Laura (2020): *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*, Barcelona, Planeta.
- URKÍA ETXABE, José M^a (1986): "La pandemia gripal de 1918 en Guipúzcoa", *Cuadernos de historia de la medicina vasca*, 4, pp. 37-86.
- VALDEZ AGUILAR, Rafael (2002): "Pandemia de gripe. Sinaloa, 1918-1919", *Elementos*, 47, pp. 37-43.
- VÁZQUEZ ARIAS, Juan Carlos (2010): "A gripe de 1918 en Pontedeume", *Cátedra*, 17, pp. 141-162.



Notas de investigación //

Research notes

ADEH

ISSN: 1696-702X
eISSN: 2696-4325

La politización de la incertidumbre durante el Covid19: Cuarentena y crisis sociopolítica en la Argentina

The politicization of uncertainty during Covid19: Quarantine and socio-political crisis in Argentina

FECHA DE RECEPCIÓN: OCTUBRE DE 2020; FECHA DE ACEPTACIÓN: ABRIL DE 2021

María Laura Rodríguez Varela ^a

Adrián Carbonetti Parola ^b

Palabras clave

Covid19
Argentina
Incertidumbres
Cuarentena
Crisis sociopolítica

Resumen

Ensayamos algunas reflexiones para interpretar un contexto que excede con creces los graves compromisos sanitarios que trajo la irrupción y el desarrollo de la Covid19 en el mundo. Hemos procurado pensar en procesos y actores clave de esa experiencia aún abierta, buscando articular algunas explicaciones del caso argentino. Retomamos algunos aportes de analistas especializados que vienen abordando la actual pandemia y recuperamos una serie de documentos y artículos periodísticos difundidos digitalmente y de libre acceso. Recorremos los actuales avatares que atraviesa una ciencia cuya capacidad está siendo puesta a prueba, un sistema político y económico en crisis, con áreas prácticamente colapsadas en el marco de una sociedad atravesada por el desasosiego y la no adherencia a las indicaciones médicas.

Keywords

Covid19
Argentina
Uncertainties
Quarantine
Sociopolitical crisis

Abstract

These are some reflections to interpret a context that far exceeds the serious health commitments that the irruption and development of Covid19 brought to the world. We have tried to think about key processes and actors of that experience – which is still open-, seeking to articulate some explanations of the Argentine case. This is also a take-up of some contributions from specialized analysts who have been addressing the pandemic, and a recovering of a series of open-access documents and journalistic articles that were disseminated digitally. We go through the current vicissitudes of science, whose capacity is being put to the test, a political and economic system in crisis, with practically collapsed areas, social unrest and non-adherence to medical indications.

a CIECS-CONICET y UNC. C.c.: laura.rodriguez@unc.edu.ar

b CIECS-CONICET y UNC



INTRODUCCIÓN

Si bien el SARS COV2 era desconocido hasta diciembre de 2019 cuando en Wuhan, China Central, se reportó a un grupo de personas con neumonía aguda causada por un virus de la familia Corona, en gran medida la Covid19 constituye una pandemia anunciada. Desde hace algunos años se viene publicando una abundante literatura orientada a advertir sobre un futuro cercano donde una o varias pandemias podían llegar a desestabilizar el orden mundial. Inclusive, mucho se ha insistido en el peligro letal que implican las zoonosis causadas por microorganismos comunes entre algunos animales, y capaces de infectar a los humanos. Como especificó José Luis Puerta (2019: 145), cuando un nuevo patógeno zoonótico se transmite a las personas, no es extraño que se produzcan pandemias de alcance mundial -remitiendo a los ejemplos del VIH o el virus H1N1 porcino recombinante (pH1N1/2009)-y, cuando ello sucede, "(...) los centros sanitarios y su personal enseguida se ven sobrecargados y en no pocas ocasiones se colapsan".

Se han barajado algunos caminos posibles a transitar para limitar el ciclo de estas catástrofes. Marco Cueto (2020) fue muy claro al señalar en una nota al diario *El País* que esta pandemia no es más que la última de una triste secuela que empezó en los años ochenta del siglo pasado, cuando la mayor parte de los gobiernos del mundo abrazaron el neoliberalismo y sus desacertadas políticas de drástica reducción del gasto público y desmantelamiento de la intervención del Estado en los programas sociales. Patrice Bourdelais (2020) ofreció un diagnóstico parecido, al plantear para el *Le Monde* que, si bien la actual crisis podría ser olvidada en algunos años, cada vez era más imperioso repensar nuevos modos de concebir el crecimiento, puesto que, los patrones que venimos sosteniendo han originado la sucesión de epidemias nuevas desde los años 2000 (SARS, gripe aviar, H1N1, MERS, Ébola, Covid-19).

Más allá de las interpretaciones y conjeturas, cuando el nuevo coronavirus comenzó a avanzar, en poco tiempo se propagó a nivel planetario y para los primeros meses del 2020 se sumaban por miles los muertos en distintos países de Europa y en Estados Unidos. A medida que comenzó a desarrollarse la segunda mitad del año, la pandemia continúa provocando graves padecimientos y cantidades pavorosas de personas enfermas y muertas, lo que hoy es particularmente alarmante en muchos países de Latinoamérica, mientras en gran parte de Europa y en Estados Unidos se vive una "segunda y tercer ola" de COVID-19 con un aumento acelerado de casos.

Resulta difícil asociar el impacto de la pandemia sólo a sus valores de morbimortalidad, habiéndose infectado en el mundo al 13 de octubre de 2020 más 34 millones de personas y registrado más de 1 millón de defunciones (OPS/OMS, 17 de octubre de 2020). Sin soslayar la existencia de bolsones de mortalidad con picos críticos como el caso de Italia de comienzos de año con una letalidad del 13% o de Guayaquil en Ecuador durante el mes de abril pasado (BBC-MUNDO Ecuador, 1/04/2020), en términos generales la tasa de letalidad hasta la actualidad es similar a la que se sufriera durante la gripe española (en torno al 2,5% y 3%) (Taubenberger y Morens, 2006: 70). No obs-

tante, se observan fuertes diferencias en relación a la tasa de mortalidad de aproximadamente 0,13‰ para el COVID 19, relativamente baja en relación a lo que habría llegado a alcanzar la "Gripe Española" de 1918-19 de 27,7‰ habitantes. Se estima que esta enfermedad habría provocado una mortalidad cercana a los 50 millones (Taubenberger y Morens, 2006: 70) en una población de aproximadamente 1800 millones, aunque en España alcanzó una tasa de mortalidad de 13,03‰ habitantes (Sánchez Fernández et al., 2019). Aunque como apuntó en abril Lorraine Daston (2020) "no hay mucho consenso sobre cuán mortal es el virus", no parece una fantasía atender a las estimaciones del Director de situaciones de emergencia de la OMS, Michael Ryan, sobre la ocurrencia de 2 millones de muertos por Covid19, colocándose a la actual pandemia al nivel de una de las peores catástrofes de la Humanidad¹.

En varios sentidos la Covid-19 envía a las personas a un pasado que parecía haber terminado por completo. Así lo ilustra Bourdelais (2020) al preguntarse por cuántos italianos pensaron estar reviviendo cuarentenas medievales. Desde marzo de 2020, cuando escribió el historiador y demógrafo, a la actualidad, se dispusieron múltiples versiones más o menos *aggiornadas* de aquellos dispositivos creados tras la peste negra y vigentes en Europa Occidental desde el siglo XIV hasta el primer tercio del siglo XIX, cuando el cólera reveló su ineficacia. Este contexto de implementación de políticas restrictivas lleva a reflexionar sobre lo que pareciera ser una "ruptura histórica en el modo en que se venían manejando las epidemias desde el siglo XIX", quiebre precipitado según Bourdelais (2020) por la violencia de la mortalidad que se abatió sobre Italia, lo que habría generado que los responsables políticos se reencontraron con sus raíces históricas de control de las pestes

En líneas generales los gobiernos y los liderazgos globales no reaccionaron con la premura que hubiera sido conveniente. A propósito de ello, Mora Aliseda (2020: 7) recuerda que cuando comenzaron a escucharse los primeros rumores sobre un nuevo virus de circulación internacional, los políticos y personajes públicos de todo el mundo incluso bromeaban y hacían chistes con el contagio. Para ese entonces, los científicos no se ponían de acuerdo sobre el nuevo coronavirus y sus impactos y, no fue excepcional que estas interpretaciones "más light" de los escenarios por venir, influyeran en los políticos, los que se inclinaron por decisiones que no paralizaran la economía ni generaran pánico.

Este tipo de comportamientos elusivos y desorganizados por parte de los representantes políticos también podría asociarse a los cálculos excesivamente "tranquilizadores" que difundió la OMS (Mora Aliseda, 2020: 7). Pronto se hizo evidente que la deslegitimación y desfinanciación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) se traducía en una descoordinación de las respuestas ante la pandemia y, cada país, estado o municipio dispuso medidas de prevención y protección en materia de salud pública según su decisión, "citando cuando le conviene a la OMS" (Cueto, 2020). Si el panorama era complejo, mucho más lo fue cuando por la irresponsabilidad de "gobiernos de autori-

1 *Ámbito Financiero*, 22/10/2020.

tarios populistas de derecha" se comenzó a atacar sistemáticamente a la ciencia y la salud pública y se crearon "las condiciones para la desinformación, el estigma y el caos que ahora sufrimos" (Cueto, 2020). Dejó atónitos a millones escuchar al presidente de Brasil Jair Bolsonaro decir que quedarse en casa por el coronavirus "es para los débiles"², o cuando hace unos días la red social Twitter ocultó un mensaje de Trump por tener "información engañosa y potencialmente peligrosa", al insistir en comparar el Covid19 con la gripe, a pesar que EEUU ya cuenta más de 210 mil muertes por coronavirus en seis meses³.

En Argentina, se implementaron tempranamente medidas de aislamiento social, recomendaciones de higiene, cierre de fronteras terrestres y aéreas. A partir del 19 de marzo de este año, algunos términos como "aplanar la curva de contagios" o "pico de contagios" comenzaron a ser muy usuales en la comunicaciones del Gobierno con los habitantes, habiéndose inmortalizado aquella orden presidencial sobre que "Nadie puede moverse de su residencia, todos tienen que quedarse en sus casas", "Vamos a ser absolutamente inflexibles", " la Prefectura, la Gendarmería y la Policía Federal, junto con las policías provinciales estarán controlando quién circula en las calles"⁴.

Como en otros países, aquí también se han hecho oír fuertes cuestionamientos a la eficiencia del Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) y del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) como herramientas para controlar los efectos del Covid19. Esta historia, que trae consigo varios niveles de grietas en la sociedad y la política argentina, no ha sido uniforme durante los más de 200 días que nuestro país ensaya estrategias de control sanitario. Durante los primeros meses del Covid19, la opinión pública fue muy favorable a la "hoja de ruta" que marcó Alberto Fernández cuando en marzo sostuvo que, "De la economía se vuelve, de la muerte no se vuelve más" (Bacolla, et al., 2020). Como recuerdan en la Presentación del Dossier "Política y experticia en tiempos de coronavirus", el Presidente de la Argentina, implementó el aislamiento social preventivo y obligatorio sugerido por los expertos, con el objetivo de espaciar los contagios y así poder ganar tiempo para equipar y rearmar un sistema de salud que se halla muy presionado por la desinversión crónica y los recortes económicos que sufrió por las políticas de corte neoliberal implementadas por el Gobierno anterior, a cargo de Mauricio Macri.

Durante los primeros meses, las medidas restrictivas -que incluyeron suspensión de las clases, promoción del trabajo a distancia, asuetos administrativos- estuvieron apoyadas por todos los gobernadores de la Argentina. Hasta hoy, aun la prensa más crítica y algunos destacados funcionarios del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, referentes de la oposición al partido gobernante, reconocen que "La cuarentena precoz nos evitó una catástrofe sanitaria; no hubiéramos tenido oportunidad de atender de manera digna a todo el mundo"⁵.

2 *Clarín*, 18/09/2020.

3 *Infobae*, 6/10/2020.

4 *Infobae*, 19/3/2020.

5 *Clarín*, 15/10/2020.

También se enfatiza la preocupación por el avance de la pandemia en el interior de la Argentina. Allí, el Covid19, ha llevado a que varias provincias tengan sus terapias intensivas al 90% de sus capacidades, esperándose un pico para después del 18 de octubre, es decir post Día de la Madre⁶. A este contexto enrarecido, hay que sumarle los actuales valores que caracterizan la morbimortalidad por Covid19 en la Argentina. Estos guarismos sirven de caldo de cultivo a los más variados reproches hacia el gobierno argentino. Muchas de las críticas dirigidas a la actual administración pueden resultar oportunas y hasta agudas, como parecen serlo los señalamientos que indican la falta de campañas con suficientes testeos y sus deficiencias logísticas o por ejemplo que la información proporcionada por el Gobierno a la base de datos creada en la Universidad de Oxford, *Our World in data* "no tiene la calidad suficiente para reflejar correctamente la magnitud de los testeos"⁷.

Claro que, durante la segunda mitad del año, las críticas reflejan más virulencia y el foco se viene colocando en asociar los costos económicos a las políticas sanitarias dispuestas contra el Covid19 y las dificultades del gobierno para administrar la crisis. En periódicos de masiva circulación como Clarín⁸ se habla de un gobierno en el que primó "esa dificultad -casi genética- para revertir con sabiduría y previsión escenarios adversos (hoy, la pandemia)". A medida que avanza el año y el contexto epidemiológico no mejora en sus indicadores, la crisis sociopolítica se profundiza, expresándose, por ejemplo, en la difusión de conjeturas sobre la existencia de alguna especie de plan o ciclo de engaño y mala praxis, típico de la política populista del peronismo argentino, que explicaría que, cuando "las autoridades se autoimponían la urgencia de robustecer el sistema de salud para evitar más muertes (además de las del Covid), por alguna razón nosotros [los argentinos] confundimos la intención y elevamos la expectativa: creímos que además se frenarían, en serio, los contagios"⁹.

Tengamos en cuenta o no los errores de carga del Plan Detectar Federal¹⁰, la evolución de la morbimortalidad es alarmante: en 7 meses, pasamos de 128 contagiados al 19 de marzo a "Un millón de casos [aunque] se estima que hay seis veces más infectados"¹¹. Además, a mediados de octubre la Argentina supera los 26 mil muertos, con 215 días de cuarentena¹². Como corolario catastrófico, el jueves de 22 de octubre varias localidades de Río Negro y Neuquén anuncian que tienen sus sistemas de salud colapsados, con terapias intensivas que funcionan a "cama caliente" y pacientes atendidos en sillas, mientras resuena la fatalidad europea de la primera mitad del año, cuando a

6 Clarín, 20/10/2020a.

7 Clarín, 20/10/2020b.

8 Clarín, 19/10/2020a.

9 Clarín, 19/10/2020a.

10 Se trata de un operativo de detección de casos mediante test rápidos con una inversión de más de \$10 mil millones, el objetivo será establecer una estrategia de seguimiento de contactos estrechos y así poder llevar adelante una búsqueda activa de casos sospechosos para "facilitar el diagnóstico oportuno, garantizar el aislamiento, la atención y disminuir la transmisión". (*Bae Negocios*, 10/10/2020).

11 Clarín, 19/10/2020b.

12 Clarín, 20/10/2020c.

los médicos les tocaba decidir quién recibía atención y quién no¹³. Evidentemente, en este marco es clave repasar algunas variables que nos ayuden a entender cómo llegamos hasta acá y cómo seguiremos adelante en una Argentina atravesada por las incertidumbres y las presiones sociopolíticas como partes centrales de una historia abierta.

1. LA POLITIZACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE

Aún no existe una cura efectiva para las infecciones causadas por el "nuevo coronavirus" y, aunque sí se pueden tratar los síntomas que provoca, claramente, la ecuación se define conjugando la idea más atemorizadora de que la ciencia va detrás del SARS COV2 sin poder anticiparlo y ponerle coto definitivo. Además, como es usual durante las epidemias, las explicaciones biomédicas distan de ser suficientes (Armus, 2020). A tal complejidad se agregan dificultades específicas para prevenir la propagación de un coronavirus que tiene una proporción aún no determinada de transformación de casos no evidentes en casos evidentes, y una tasa desconocida de propagación asintomática (Morens et al., 2020).

Hace más de una década, Bertolli Filho (2010: 8) refiriéndose a las proporciones que alcanzaron las epidemias de 1918 y de 2009, presentó estas coyunturas como *inadmi- nistrables*, dado que las epidemias solo se convierten en pandemias porque la medicina tiene recursos algo precarios para afrontar el reto de la salud. Con el Covid19 sucedió algo muy parecido y dado que la mayoría de la población del mundo no tenía registro de una experiencia epidemiológica y sanitaria de semejante calado, se registró un quiebre de aquel "ilusorio" entusiasmo cimentado en la creencia de una progresiva e inevitable erradicación de las enfermedades infectocontagiosas (Bourdelaís, 2020). Para el caso argentino, fue Adriana Álvarez (2020: 216) quien ha repasado el presente y el pasado epidémico desde comienzos de siglo XX, recalcando el impacto que genera la pérdida de aquella sensación de seguridad de la que gozaban unas sociedades que percibían las epidemias y pandemias como acontecimientos superados, "anclados al pasado".

Si bien a mediados de octubre de 2020 proliferan las expectativas en materia del desarrollo de vacunas contra el Covid19, la historia de las enfermedades registra muy pocos casos de balas "realmente" mágicas: la viruela es una de ellas, aunque fueron necesarias muchas décadas hasta que esa vacuna hizo posible erradicar completamente la enfermedad (Armus, 2020). La historiografía de la salud y la enfermedad ha mostrado que las epidemias que se desarrollaron en la Argentina desde la segunda mitad del siglo XIX, en muchos casos emergieron e incluso llegaron a desaparecer inmersas en un contexto de profundos vacíos en cuanto a conocer al microorganismo responsable de la enfermedad, los mecanismos de contagio o prevención y por supuesto la falta de tratamientos que las curaban efectivamente. No obstante, en nuestro presente la carre-

13 Clarín, 22/10/2020.

ra por la vacuna contra el coronavirus constituye la gesta más esperada y referir a ella parece calmar ansiedades. No es extraño encontrar que el Ministro de Salud de la Nación, Dr. Ginés González Gracia, recuerde que Pfizer, Janssen, Sinophar, AstraZeneca y la vacuna producida por Rusia, conocida como "Sputnik V", están haciendo ensayos de fase 3 en nuestro país, aseverando que alguna podría estar disponible masivamente en marzo de 2021¹⁴. Claro que, esa construcción de un horizonte de sentido alineado con una próxima llegada de la vacuna constituye una cuestión harto compleja de agendar con precisión, cuando aún resta por resolver temas de eficacia y los no menos importantes asuntos de producción y distribución.

En nuestra cotidianidad evidenciamos hasta el cansancio como las incertidumbres biomédicas exceden con creces la búsqueda de la bala mágica (Armus, 2020). Inclusive los dispositivos de cuarentena y distintas medidas restrictivas han sido objeto de debates, algunas veces encarnizados y siempre politizados. Han circulado en los medios nacionales y del interior de Argentina desde hace unas semanas atrás, dos declaraciones contrapuestas firmadas por miles de miembros de la comunidad científica de todo el mundo donde se explica y se invitan a apoyar estrategias contrapuestas contra la Covid19. "La declaración de Great Barrington" –firmada inicialmente por destacados académicos de las universidades de Harvard, Oxford y Stanford- invita a que los países adopten una estrategia de *inmunidad de rebaño* y focalicen sus esfuerzos sanitarios sólo en aislar a la población vulnerable, es de decir "de riesgo". Frente a esta postura, surgió el "Memorando de John Snow" que se inició como un artículo publicado el 14 de octubre en la revista científica *The Lancet* para convertirse en una iniciativa global con más de 2.700 científicos firmantes de todo el mundo (médicos, epidemiólogos, especialistas en salud pública, enfermedades infecciosas, sociología, psiquiatría, pediatría) orientada a sostener que la inmunidad de rebaño no sólo es letal para muchos, sino que tampoco es eficaz". Como ha explicado Luisa Solomón (2020), si bien la inmunidad de rebaño es una de las formas más comunes para atender y terminar una epidemia, históricamente se ha logrado de forma planificada, mediante vacunas cuando es posible tenerlas. No es menor considerar que la cantidad de personas requerida para lograr la inmunidad puede cambiar de acuerdo a la enfermedad. En el caso de la covid-19, se estima que se requeriría al menos 60% de la población tuviese inmunidad.

Ambas posturas expresan la intención de buscar el bien social. En otras palabras, abordar esta pandemia de la manera más humana posible. Según la propuesta defendida por los defensores de la inmunidad de rebaño, mantener las medidas restrictivas "hasta que haya una vacuna disponible causará un daño irreparable en los menos privilegiados, quienes terminarán siendo afectados de manera desproporcionada" (Declaración de Great Barrington, 2020). Del otro lado, se asegura que esas tácticas ponen en riesgo a la población, además se han registrado varios casos de personas que se contagiaron por segunda vez con cuadros más graves que los de la primera infección¹⁵.

14 *Clarín*, 19/10/2020.

15 *The Lancet*, 2020.

Con ese mismo sentido de expectativas, la OMS expresó que la inmunidad de rebaño es una táctica poco ética y hasta sin sentido (Solomón, 2020).

En abril de este año se advertía que, así como las medidas restrictivas incluso el aislamiento de pacientes y contactos no podrían haber evitado la pandemia de influenza de 1918, con el SARS-CoV-2 estábamos por cruzar un umbral donde la prevención de pandemias se volvía imposible (Morens, et al., 2020). No puede olvidarse cuando se filtraron las discusiones entre David Nabarro, asesor de la OMS en Europa, quien criticó los métodos de bloqueo y, el propio director del organismo Tedros Adhanom Ghebreyesus, quien salió a contradecirlo asegurando que "Llegado cierto punto, no hay otra cosa que hacer que dar órdenes de quedarse en casa para ganar tiempo"¹⁶. Sin embargo, a pesar de sus altísimos costos y las dificultades de implementación, hasta la actualidad el distanciamiento social, el aislamiento o la cuarentena aparecen como las únicas herramientas posibles y útiles a nivel de salud pública, con las que se está jugando el presente y el futuro global.

La mantención y el tipo de estrategias de aislamiento y distanciamiento como manera de combatir el flagelo pandémico resultan más o menos específicas según tiempo y el país que se considere. La situación epidemiológica es muy variable, así como la posición de la política ante la gravedad de la crisis socioeconómica que afecta globalmente. No obstante, cada vez con más claridad los gobiernos están orientando sus políticas antiepidémicas hacia nociones algo distintas a las implementadas en los meses iniciales de la pandemia. Una mirada rápida por los criterios que aparecen implementados en la "Europa de la segunda ola" y también en Argentina, parece indicar la presencia de nociones cercanas a lo que Yaneer Bar-Yan, investigador del Instituto de Sistemas Complejos de Nueva Inglaterra, denominó como "cuarentena estricta por un corto plazo". Esta estrategia está orientada a frenar la transmisión comunitaria haciendo bloqueos fuertes por algunas semanas, establecer zonas, limitar los viajes entre ellas y relajar gradualmente las restricciones en las áreas sin transmisión comunitaria, lo cual maximizaría las ventajas y minimizaría el daño a la economía¹⁷.

A más de 9 meses de iniciada la pandemia en el "viejo continente", varios países (España, Italia, el Reino Unido, Alemania y Francia) superan los 20.000 casos de contagios diarios, volviendo a ensayar en sus territorios distintas restricciones para frenar la rápida propagación del coronavirus¹⁸. En España el presidente convocó una reunión de gabinete para preparar el nuevo estado de emergencia, que otorga poderes extraordinarios al gobierno nacional, incluyendo la capacidad de restringir de forma temporal los derechos fundamentales garantizados en la Constitución, como la libertad de movimiento¹⁹. En nuestras latitudes, entrada la segunda quincena de octubre, el presidente Fernández explicó que el país se encontraba estabilizado en una meseta "alta" de

16 *Página 12*, 13/10/2020.

17 *La Voz del Interior*, 18/10/2020.

18 *El Canciller*, 15/10/2020.

19 *La Voz del Interior*, 25/10/2020.

15.000 casos diarios, pero que en el interior del país se ha diseminado el virus fuera de las grandes ciudades. En efecto, luego de definir la situación como alarmante y pedir la comprensión de la sociedad, el primer mandatario argentino anunció una nueva fase de 14 días a partir del lunes 26 de octubre, marcando la continuación de restricciones en la movilidad y el contacto social en distintos departamentos "de las ocho provincias que concentran el 55 por ciento de los contagios"²⁰. Paralelamente, siguiendo una idea de "zonas" se anunciaron una serie de aperturas, por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires se habilitarán museos y el interior de los restaurantes y bares y, los gimnasios al 25% de su capacidad, mientras que en la Provincia de Buenos Aires se abrirán los shoppings²¹.

El tipo medidas de salud pública a seguir continúa siendo un tema de crucial importancia que puede visualizarse considerando los tres tiempos interrelacionados de la pandemia. Por un lado, la omnipresente preocupación por *el presente*, esa urgencia propia del "ahora" que los especialistas escudriñan, tal como expresa Armus (2020) "para identificar y utilizar en la neblina un arsenal de recursos escasos que aún deben probar su eficacia". Pero, no debemos perder de vista que también se ocupan del presente para poner el foco en *el futuro* comportamiento de la pandemia. La epidemia no es "todo presente", también es un porvenir idealizado y también temido. En primer lugar, porque la idea de que nos espera algo mejor resulta crucial. Yaneer Bar-Yan fue categórico en que la clave para que las personas atiendan a las medidas de aislamiento y distanciamiento es dar esperanza de que, en unas pocas semanas, utilizando las restricciones por zonas se puede volver a una normalidad, aunque sea de una manera intermitente. Por otra parte, el futuro no es sólo una preocupación de los políticos y funcionarios que deben administrar la crisis pandémica, los expertos argentinos miran con atención las medidas que deberán articularse para la contención, prevención y control ante la probable expansión del Covid-19 en los meses venideros. Los infectólogos que asesoran al Gobierno argentino advirtieron sobre la posible ocurrencia "de una segunda ola con picos en marzo [en coincidencia con el comienzo de las clases por el inicio del ciclo lectivo 2021] como consecuencia de las actividades sociales del verano"²².

La mirada del presente y la visión del futuro pone en juego una lectura del *pasado*. Tal vez con ella no se tenga la profundidad *histórica* que a muchos científicos sociales nos gustaría, pero, no puede negarse que las preguntas que están definiendo la agenda de muchos políticos y expertos pone en debate errores y aciertos con una perspectiva crítica como vía para pensar las posibilidades de mejorar la performance frente al Covid19. Al menos en Argentina, las declaraciones y las acciones de los especialistas se hallan profundamente politizadas, en el sentido de ingresar en un terreno de debates y de pugnas que se producen entre los diversos actores que ejercen o pretenden ejercer la conducción del país. Si bien estas opiniones especializadas son parte irremediablemente de la arena de *la política*, difícilmente podamos hallar fracturas significativas

20 *Página 12*, 23/10/2020.

21 *Página 12*, 25/10/2020.

22 *Cadena 3*, 17/10/2020.

en ese campo. En líneas generales, las notas que dieron los especialistas biomédicos en los periódicos locales expresan una cabal conciencia de entender que lo que está en juego en nuestro presente/futuro es la vida misma y, lo más interesante, parecen reconocer como el mapeo del poder viene impactado en los resultados de las políticas de salud pública y su resultado más doloroso, los crecientes valores de morbimortalidad.

Esa parte de la historia se puede reconstruir desandando un camino que comenzó luego que el país fuera tomado como un ejemplo mundial por haber implementado una cuarentena temprana que, aunada al acatamiento ciudadano configuraba una escena inmejorable²³ (Como para muchos expertos argentinos para Rodrigo Quiroga, docente de la Universidad Nacional de Córdoba e Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET), "El aislamiento temprano [que se practicó en el país] fue muy efectivo, de hecho, funcionó mucho mejor de lo que todos esperaban. Salvo en el AMBA -zona urbana común que conforman la ciudad autónoma de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires- y en la provincia de Chaco "redujo a cero los casos". Sin embargo -continuó- las personas volvieron a circular y se fue incrementando el número de casos y, a partir de julio la situación "se trasladó al resto de las provincias"²⁴.

Las explicaciones de "*porque todo se desmoronó*" resultan ilustrativas. De hecho, muchos de los factores que se identifican superan el caso argentino reproduciéndose en otras latitudes con particularidades. Según el Dr. Quiroga la región del "AMBA" fue flexibilizada muy pronto y las personas volvieron a circular muchísimo²⁵. También la mirada del estadounidense Yaneer Bar-Yan fue en la misma dirección, señalando que "los desafíos de Buenos Aires llevaron a un deseo de abrir la cuarentena antes de que se detuviera el brote"²⁶. El avance del virus por el territorio nacional se topó con un problema de muy difícil resolución, ya que, según Quiroga "los sitios a los que llegó estaban con muy pocos cuidados. De un momento a otro, los gobernadores descubrieron que tenían un desastre entre manos y no sabían bien cómo actuar al respecto"²⁷. Sin dudas, las capacidades sanitarias en el interior, que, obviamente no son las mismas que las del Área Metropolitana, marcan un riesgo de colapso, que parece muy cercano en algunas regiones.

Hilando más fino, distintos miembros de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) identifican otras variables, tan o más determinantes del tipo de respuestas dada contra la Covid19, como cualquier herramienta sanitaria objetiva u material. En términos del Dr. Farina, debe considerarse al acatamiento social de las medidas tomadas y la renuencia que mostraron algunos representantes a adoptar medidas restrictivas "por

23 *Página 12*, 21/10/2020.

24 *Ibidem*.

25 *Ibidem*.

26 *La Voz del Interior*, 18/10/2020.

27 *Página 12*, 21/10/2020.

el costo político" que ello implicaba²⁸. Para Mario Lozano, virologista del CONICET los medios de comunicación hegemónicos han jugado un papel decisivo y nocivo, convencido a buena parte de la población de "una mentira flagrante" como que "nuestro país tiene la cuarentena más larga del mundo"²⁹.

Los factores de presión atraviesan las faltas de certezas desde marzo de 2020. La lista es extensa, pero sirve a manera de muestra mencionar ciertas experiencias que visibilizan diferentes actores, intereses y alcances. A propósito se puede referir a cuando la jueza de garantías Alejandra Mauricio declaró la inconstitucionalidad de los decretos dictados por el Presidente en cuanto a la detención a las personas que violen la cuarentena³⁰, o en otro orden de asuntos cuando el arzobispo Carlos Nájuez comunicó a la feligresía, que la Iglesia Católica de Córdoba no acompañaría las nuevas restricciones para frenar los contagios porque "las medidas le parecen exageradas y entiende que dañan la armonía entre 'mente, cuerpo y espíritu"³¹.

Otra serie de ejemplos pueden encontrarse en la repetición de manifestaciones de protestas en diferentes puntos del país que aparecen asociadas al descontento por las sucesivas extensiones de las medidas de aislamiento adoptadas para contener la propagación del Covid19 y, también a otras consignas de oposición al gobierno nacional, algunas de manifiesta orientación partidaria. Llama nuestra atención que Wikipedia sostenga que, en la generalidad de los casos, los participantes de estas protestas lo hicieron desde sus vehículos a fin de mantenerse a distancia de otras personas, cuando, hasta los medios de comunicación más afines a estas marchas, denominadas por algunos "Banderazos", han mostrado como se violaban todos los consejos médicos en materia de distanciamientos. De hecho, en uno de estos episodios, en la ciudad de Córdoba, cientos de jóvenes montaron una fiesta con música al aire libre donde estuvieron amuchadas miles de personas y, luego, fueron en manada a hisoparse sin costo a un lugar público ubicado a tales fines en la terminal de esa capital provincial³².

Huelga decir que es preciso y urgente pensar y expresar críticas de cara a una agenda de cuestiones a mejorar ante los tamaños desafíos que atravesamos. No obstante, ello no debería ocultar que el gobierno argentino ha venido ensayando una serie de medidas orientadas a gobernar la situación de crisis actual, batería que vale ser repasada al menos en sus generalidades más importantes. En esas estrategias sanitarias no sólo es visible una profunda sensibilidad respecto de la muerte, sino también frente a la vulnerabilidad de la vida y la salud, ya que se han dispuesto recursos e intervenciones para fortalecer los descuidados servicios médicos y también para responder al grave impacto económico proyectado sobre los sectores más desfavorecidos de la sociedad. En ese sentido, hace varios meses que el Estado está interviniendo en medio de las

28 *Cadena 3*, 17/10/2020.

29 *Página 12*, 25/10/2020.

30 *Infobae*, 14/10/2020.

31 *La Voz del Interior*, 15/10/2020.

32 *Cba24*, 13/10/2020.

restricciones económicas y de movilidad forzadas por la pandemia a través de una serie de transferencias de dinero por Programas de "protección social" como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) -que ya alcanzó a más de 9 millones de personas-, el ATP (Asistencia de Emergencia al Trabajo) que consiste en pagar con fondos públicos parte de los sueldos del sector privado, y el financiamiento a tasa cero para las empresas y que sectores más afectados por los desplazamientos económicos acaecidos en los últimos meses³³.

Claro que, estas políticas espolearon la matriz de emisión monetaria y, con ello se agudizaron los costos negativos de la pandemia y el aislamiento. A raíz de esta situación se ha incrementado el descontento social y sobre todo se han aguijoneado los clásicos condicionamientos ejercidos por ciertos sectores económicos y políticos partidarios. La sociedad argentina parece por momentos preocuparse mucho más por estos renglones de una crisis que ya lleva varios años, que por la tragedia aun mayor que habría significado no haber contendido a las familias de los sectores más vulnerables que se ven particularmente afectadas por la emergencia sanitaria. Una vez más, las reflexiones que presentó Cueto (2020) son sumamente oportunas para pensar que si bien la higiene personal y el autoaislamiento pueden ser muy importante, claramente, "estas medidas no reflejan la realidad de una gran mayoría de familias pobres que conviven en el hacinamiento con acceso limitado al agua, y con personas mayores "ya víctimas de los principales determinantes sociales de las enfermedades respiratorias: la pobreza, la falta de abrigo y descanso adecuados y la mala alimentación".

A pesar de la crisis sanitaria en curso y, en realidad muchas veces usándola como excusa, la oposición política y social va directamente en contra las políticas antiepidémicas del gobierno. Con el este año se fue enrareciendo del clima político local, que por momento ha llegado a radicalizarse. Esta situación es altamente compleja y aunque intervienen en ella razones de derechos y libertad, en términos de Botana y Terán impera en el país una especie de pluralismo negativo, "donde todos los actores hacen oír sus voces en simultaneo; se oyen, pero no se escuchan y se anulan entre sí" (Tcach, 2020).

Un caso testigo de las consecuencias que trae esta situación que es coyuntural, pero condensa desequilibrios estructurales de la política y la sociedad argentina, puede verse en lo sucedido el sábado 24 de octubre pasado, cuando mientras se esperan definiciones oficiales sobre el Decreto de Necesidad y Urgencia nacional que fijaría la extensión de la cuarentena, funcionarios provinciales e intendentes de todos los bloques se reunieron en un Zoom para plantear su preocupación tras el anuncio presidencial de no hacer cambios en los departamentos con restricciones. En este contexto, el intendente de la Capital, solicitó que el gobernador pidiera una excepción a la Nación para habilitar actividades y, las autoridades de la Provincia ya manifestaron su voluntad de flexibilizar³⁴.

33 *Página 12*, 29/10/2020.

34 *La Voz del Interior*, 24/10/2020.

Sin soslayar que las preocupaciones de estos jefes comunales pueden ser muy lícitas, así como estar a tono con las necesidades de reactivar el mercado, el panorama epidemiológico resulta profundamente dramático. Este miércoles 28 de octubre las autoridades locales han confirmado que Córdoba superó a la provincia de Buenos Aires como la jurisdicción que acumula más pacientes con Covid-19 en unidades de terapia intensiva³⁵. Aunque esta crisis está abierta y las decisiones pueden revertirse, ya que las derivaciones pueden ser imprevistas en múltiples sentidos, lo cierto es que, casi al mismo tiempo se anuncia en Córdoba una nueva grieta, en ella, un sector esencial como los profesionales de la salud queda marginado y vulnerable, resolviendo un cronograma de protestas que concluirá con un paro de actividades proyectado para el 10 de noviembre³⁶. Lo sugerente de esta movilización es que las agrupaciones de la salud en Córdoba no reclaman por sus bajos ingresos, sino por su preocupación por la eliminación de las restricciones, advierten sobre su agotamiento, sobre el aumento de los contagios en sus filas –algunos de los cuales terminaron en muertes– y sobre la preocupación por las nuevas aperturas decididas por el Gobierno provincial. Pareciera que, solo en nuestra memoria colectiva, fragmentaria y politizada, quedaría registro de aquellos días en que toda la sociedad argentina y por supuesto la cordobesa –como casi toda la población del mundo– salía a sus balcones a agradecer la entrega que mostraba nuestro personal médico y de enfermería.

REFERENCIAS

- ARMUS, Diego (2020): "¿Cómo se narra el coronavirus? Incertidumbres e historias globales", *Clarín*, 22/04/2020. Nota de Opinión.
- BACOLLA, Natacha; CARAVACA, Jimena; DANIEL, Claudia; MELLADO, Virginia y RAMACIOTTI, Karina (2020): "Política experticia en tiempos de coronavirus", 6, 11, pp. 1-6. Presentación de Dossier.
- BERTOLLI FILHO, Claudio (2010): en ALVAREZ, Adriana et al., "A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online]. Entrevista.
- BOURDELAIS, Patrice (2020): "Coronavirus: "Une éradication des maladies infectieuses est tout simplement irréaliste", *Le Monde*, 14/03/2020.
- CUETO, Marcos (2020): "La Covid-19 y las epidemias del neoliberalismo", *El País*, Columna La crisis del Coronavirus, 27/03/2020.
- DASTON, Lorraine (2020): "Ground-Zero Empiricism", *Critical Inquiry*, 1/03/2020.

35 *La Voz del Interior*, 28/10/2020a.

36 *La Voz del Interior*, 28/10/2020b.

MORA ALISEDA, Julián (2020): "El coronavirus obliga a una respuesta sin fronteras", *Monfragüe*, Número Monográfico Especial COVID19, pp. 6-8. <http://www.unex.es/eweb/monfragueresilente>

MORENS David; DASZAK Peter y TAUBENBERGER, Jeffery (2020): "Escapar de la caja de Pandora: otro novedoso coronavirus", *N Engl J Med.*, 382, pp.1293-1295.

PUERTA, José Luis (2019): "Microorganismos y epidemias en la era de la globalización", en Ministerio de Defensa de España (ed.), *Emergencias Pandémicas en un mundo globalizado: amenazas a la seguridad*, Madrid. Recuperado de: http://www.ieee.es/Galerias/fichero/cuadernos/CE_203_2p.pdf

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, Luis Vicente; ARCOS GONZÁLEZ, Pedro; NERI VELA Rolando y HERNÁNDEZ MARTÍN, Elisa (2019): "La pandemia de gripe de 1918-1919 en territorio asturiano: de padecimiento histórico a enfermedad emergente cien años después", *Eria*, XXXIX, 1, pp. 79-97.

SOLOMÓN Luisa (2020): ¿Qué dice el John Snow Memorandum, el documento de médicos y especialistas contra la inmunidad de rebaño natural?, *Temas PD, Prodavinci* explica <https://prodavinci.com/que-dice-el-john-snow-memorandum-el-documento-de-medicos-y-especialistas-contra-la-inmunidad-de-rebaño-natural-1/>

TCACH, César (2020): "La grieta mirada desde las ciencias sociales", *La Voz de Interior*, 6/09/2020. Nota de Opinión.

TAUBENBERGER, Jeffery y MORENS David (2006): "1918 Influenza: The mother of all pandemics", *Rev Biomed*, 17, pp. 69-79.

FUENTES ONLINE

OPS/OMS <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas>. Consultado el 17 de octubre de 2020 a las 12:00 hs Argentina.

https://es.wikipedia.org/wiki/Protestas_en_Argentina_de_2020

<https://gbdeclaration.org/la-declaracion-de-great-barrington-sp/>

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30783-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30783-0/fulltext)

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930783-0>

ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS Y PORTALES DE NOTICIAS

Clarín

18/09/2020: "Pandemia y polémica. Jair Bolsonaro: quedarse en casa por el coronavirus "es para los débiles". https://www.clarin.com/mundo/jair-bolsonaro-quedarse-casa-coronavirus-debiles-_0_nrYA-mB-x.html

15/10/2020: EDITOR. "Terminó la fantasía del éxito contra la pandemia". https://www.clarin.com/opinion/termino-fantasia-exito-pandemia_0_a3r-GRrOo.html

19/10/2020a: HARTMANN, Irene. "Futuro de la pandemia. Vacuna contra el coronavirus: los cinco laboratorios con los que negocia el Gobierno y una sorpresa" https://www.clarin.com/sociedad/vacuna-coronavirus-laboratorios-negocia-gobierno-sorpresa_0_2Y5iJHujl.html

19/10/2020b: HARTMANN, Irene. "Radiografía de la pandemia. Un millón de casos de coronavirus en Argentina: estiman que hay seis veces más infectados". https://www.clarin.com/sociedad/millon-contagios-coronavirus-argentina-estiman-vecesinfectados_0_CWncTLBRB.html?utm_source=web&utm_medium=Push&utm_campaign=clarin_browser

20/10/2020a: HARTMANN, Irene. "El avance de la pandemia. Coronavirus en Argentina: hay provincias con terapias intensivas al 90% y esperan un pico post el Día de la Madre. https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-provincias-terapias-intensivas-90-esperan-pico-post-dia-madre_0_ntN29_V_v.html

20/10/2020b: Del editor. "El avance de la pandemia. Coronavirus: por una revelación de Clarín, un sitio internacional deja de informar datos sobre testeos en Argentina", https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-revelacion-clarin-sitio-universidad-oxford-informara-testeos-argentina_0_wafbWJBn4.html

20/10/2020c: Del editor. "Los números de la pandemia. Argentina superó el millón de contagiados y los 26 mil muertos, con 215 días de cuarentena". https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-argentina-confirman-12-982-nuevos-casos-pais-llega-millon-contagios_0_BhBW0vxPm.html

22/10/2020: ANDRADE, Claudio. "Sistemas colapsados. Coronavirus en Neuquén y Río Negro: terapias intensivas con "cama caliente" y pacientes atendidos en sillas". https://www.clarin.com/sociedad/coronavirus-neuquen-rio-negro-terapias-intensivas-cama-caliente-pacientes-atendidos-sillas_0_wl2v8Ql2c.html

Ámbito Financiero

17/10/2020: Del editor. "Infectólogos advierten sobre una segunda ola de coronavirus en el país "con picos de contagios en marzo"

<https://www.ambito.com/informacion-general/coronavirus/infectologos-advier-ten-una-segunda-ola-el-pais-con-picos-contagios-marzo-n5141051>

20/10/2020: Del editor. "Coronavirus: con 12.982 nuevos casos, la Argentina pasó el millón de contagios"

<https://www.ambito.com/informacion-general/coronavirus/12982-nuevos-ca-sos-la-argentina-paso-el-millon-contagios-n5141552>

22/10/2020: Del editor. "La Organización Mundial de la Salud OMS estimó 2 millones de muertes por Covid-19, una de las peores catástrofes de la Humanidad".

<https://www.ambito.com/informacion-general/virus/oms-estimo-2-millo-nes-muertes-covid-19-una-las-peores-catastrofes-la-humanidad-n5135818>

Página 12

13/10/2020: Del Editor. "Contrapunto en la OMS por la utilidad de las cuarentenas para hacerle frente al coronavirus". <https://www.pagina12.com.ar/298677-contrapun-to-en-la-oms-por-la-utilidad-de-las-cuarentenas-par>

21/10/2020: Esteban, Pablo. "Coronavirus: ¿por qué Argentina superó el millón de contagios?". <https://www.pagina12.com.ar/300546-coronavirus-por-que-argenti-na-supero-el-millon-de-contagios>

23/10/2020: Del Editor. "El mensaje del presidente desde Misiones. Alberto Fernández sobre la nueva fase de la cuarentena". <https://www.pagina12.com.ar/301182-al-ber-to-fernandez-sobre-la-nueva-fase-de-la-cuarentena-vamos>

25/10/2020: Esteban, Pablo. "Coronavirus: De Europa a la Argentina "tendremos rebrotes, cierres y aperturas hasta que haya vacuna". <https://www.pagina12.com.ar/301439-coronavirus-de-europa-a-la-argentina-tendremos-rebrotes-cier>

29/10/2020: Del Editor. "Vamos a mantener el ATP y el IFE". <https://www.pagina12.com.ar/282154-vamos-a-mantener-el-atp-y-el-ife>

La Voz del Interior

15/10/2020: Brondo, Héctor. "En Córdoba, la Iglesia católica no acompañará las nuevas restricciones para frenar los contagios". <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/en-cordoba-iglesia-catolica-no-acompanara-nuevas-restricciones-para-frenar-con-tagios>

24/10/2020: Del editor. "Reapertura y excepción, el pedido de los intendentes a Schiaretti para que lleve a la Nación". <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/reapertu-ra-y-excepcion-pedido-de-intendentes-a-schiaretti-para-que-lleve-a-nacion>

25/10/2020: Del editor. "España declaró nuevo estado de emergencia en un intento por frenar el avance del coronavirus". <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/esp-a>

na-declaro-nuevo-estado-de-emergencia-en-un-intento-por-frenar-avance-del-coronavirus

28/10/2020a: Del Editor. "Coronavirus: Córdoba tiene más internados en terapia intensiva que Buenos Aires". <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/coronavirus-cordoba-tiene-mas-internados-en-terapia-intensiva-que-buenos-aires>

28/10/2020b: Lazzarini, Natalia. "Crece el malestar entre el personal de la salud". <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/crece-malestar-entre-personal-de-salud>

Portal Infobae

19/03/2020: "Comenzó la cuarentena anunciada por Alberto Fernández y se extenderá hasta el 31 de marzo inclusive". <https://www.infobae.com/politica/2020/03/20/alberto-fernandez-anuncio-que-la-cuarentena-obligatoria-comienza-esta-medianoche-y-se-extendera-hasta-el-31-de-marzo/>

6/10/2020: Donald Trump: "Llega la temporada de gripe, ¿vamos a cerrar el país? No, aprendimos a vivir con el virus"

<https://www.infobae.com/america/eeuu/2020/10/06/donald-trump-llega-la-temporada-de-gripe-vamos-a-cerrar-el-pais-no-aprendimos-a-vivir-con-el-virus/>

14/10/2020: "Una jueza de Mendoza dispuso que no se puede detener a las personas que violen la cuarentena dictada por Alberto Fernández". <https://www.infobae.com/politica/2020/10/14/una-jueza-de-mendoza-dispuso-que-no-se-puede-detener-a-las-personas-que-violen-la-cuarentena-dispuesta-por-alberto-fernandez/>

Portal Cadena 3

17/10/2020" "Infectólogos advierten de una segunda ola con picos en marzo". https://www.cadena3.com/noticia/sociedad/infectologos-advierten-de-una-segunda-ola-con-picos-en-marzo_273174

Portal CBA24

13/10/2020: OLIVA, Andrés. "Jóvenes fueron al Banderazo y ahora quieren hisoparse sin costo en la Terminal". https://www.cba24n.com.ar/sociedad/jovenes-fueron-al-banderazo-y-ahora-quieren-hisoparse-sin-costo-en-la-terminal_5f85a4f98e64090a455079eb

BAE Negocios

10/10/2020: "En qué consiste el plan Detectar federal, la apuesta del Gobierno para controlar el Covid-19". <https://www.baenegocios.com/sociedad/En-que-consiste-el-plan-Detectar-federal-20201010-0011.html>

BBC-Mundo Ecuador

1/04/2020: Zibell, Matías. "Coronavirus en Ecuador: el drama de Guayaquil, que tiene más muertos por covid-19 que países enteros y lucha a contrarreloj para darles un entierro digno". <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100>

El Canciller

15/10/2020: "Toques de queda en Europa por la nueva ola de coronavirus: qué países son los más afectados". <https://elcanciller.com/toques-de-queda-en-europa-por-la-nueva-ola-de-coronavirus-que-paises-son-los-mas-afectados/>

Uma epidemia na Amazônia e o esforço de contagem dos mortos, Grão-Pará (1748-1750)*

An epidemic in the Amazon and the effort to count the dead, Grão-Pará (1748-1750)

RECEPCIÓN: SEPTIEMBRE DE 2020; ACEPTACIÓN: JUNIO DE 2021

Antonio Otaviano Vieira Junior^a

Palavras Chave

Epidemia
Amazônia colonial
Contagem
Índios

Resumo

A seguinte nota de pesquisa se insere no esforço de compreensão da construção de diferentes sentidos para uma epidemia que ocorreu no que chamamos hoje de Amazônia brasileira, mais especificamente na capitania do Grão-Pará entre os anos de 1748-1750. Resumidamente avançaremos na reflexão acerca da tentativa de uso político da ideia de gravidade do contágio centrada na contagem dos mortos. Esse uso foi feito fundamentalmente sob a égide do então governador do Estado do Maranhão, Francisco Pedro Gurjão e envolveu interesses tanto da colônia quanto da metrópole.

Keywords

Epidemics
Colonial Amazon
Counting
Indians

Abstract

The research note is part of the effort to understand the construction of different meanings for an epidemic that occurred in what we now call the Brazilian Amazon, more specifically in the capitania of Grão-Pará between the years 1748-1750. We will move on to a reflection on the attempt to use the idea of the severity of contagion centered on counting the deaths. This use was made primarily under the aegis of the then governor of the State of Maranhão, Francisco Pedro Gurjão and involved interests of both the colony and the Portuguese Crown.

* A nota de pesquisa está atrelada ao projeto "História da População na Amazônia colonial", desenvolvido junto a Universidade Federal do Pará e com financiamento do CNPq e da CAPES.

^a Universidade Federal do Pará. C.c.: otaviano@ufpa.br



APRESENTAÇÃO

Nossa nota de pesquisa é centrada na análise de duas cartas, a primeira redigida em abril de 1749 e a segunda em agosto de 1750. Essas missivas traziam alguns pontos comuns: escritas na cidade de Belém da capitania do Grão-Pará, se queixavam ao rei de Portugal da epidemia que assolava a capitania desde 1748, evidenciavam tentativas de quantificação de mortos e, por último, ambas foram assinadas pelo mesmo administrador o então governador do Estado do Maranhão, Francisco Pedro Gurjão¹.

O governador signatário de ambas as missivas era homem com longa experiência militar e administrativa, habilitado pelo rei como membro da Ordem de Cristo [signo de distinção social] e ao longo dos anos foi detentor de diferentes patentes – incluindo a nomeação como capitão-mor da Paraíba (1729-1734)². Veio a ser governador da Ilha da Madeira (1737-1747) e do Estado do Maranhão nos anos de 1747-1751. Os resumos dados biográficos nos ajudam a pensar Francisco Gurjão como um homem atrelado ao esforço de governabilidade do Império, um elo entre regiões, situações e tempos de diferentes possessões lusitanas.

Quando redigiu a primeira carta estava empenhado em denunciar o estado vulnerável da capitania do Grão-Pará, que desde de setembro de 1748 sofria com um “perniciosíssimo contágio”. Entre as linhas de seu texto orbitava o desejo de convencer o monarca português acerca da gravidade da situação e buscar seu real amparo. Nesse sentido, o autor apostava na construção de uma narrativa que sublinhava os desdobramentos da doença no corpo dos contaminados e na organização econômica da região. No primeiro caso a intensidade do contágio era associada à caracterização de seus sintomas: febre, surgimento de manchas vermelhas e roxas que levantavam bolhas à “imitação do sarampão”, uma aparente melhora (remissão) que dias depois era seguida por diarreia de sangue, vômitos e por fim, pela morte³.

No que concerne aos desdobramentos da epidemia na dinâmica econômica, Francisco Gurjão se valeu de outra estratégia: declarar a quantidade de índios mortos pela doença, pois eram estes a principal força de trabalho local⁴. Empenhou-se em construir um sentido discursivo para o contágio apoiado em números. Mesmo sendo uma trilha ainda pouco enveredada por administradores portugueses até aquela primeira metade do século XVIII, o governador tentou transformar o número em aliado político.

1 O Estado do Maranhão era composto pelas capitanias reais do Maranhão, Grão-Pará, Gurupá e Piauí, além das capitanias privadas de Tapuitapera, Caeté, Camutá e Cabo Norte. A partir de 1751 passa a ser chamado de Estado do Grão-Pará e Maranhão, composto pelas capitanias do Rio Negro, Grão-Pará, Maranhão e Piauí, cuja capital era Belém. Destaca-se que embora integrasse a América Portuguesa, o Estado do Maranhão não pertencia ao Estado do Brasil, tendo inclusive administração própria.

2 A capitania da Paraíba situava-se no nordeste do Estado do Brasil, fora alvo de incursões francesas e holandesas, além da revolta da nação indígena potiguar. Em 1753 tornou-se capitania anexa a Pernambuco.

3 Arquivo Histórico Ultramarino -Projeto Resgate (AHUPR), Capitania do Grão-Pará, 26 de abril de 1749, cx. 31, doc. 2910.

4 Diferentemente do Estado do Brasil, o Estado do Maranhão, na viragem da primeira para a segunda metade do século XVIII, se apoiava prioritariamente na escravidão indígena, que legalmente foi abolida em 1757.

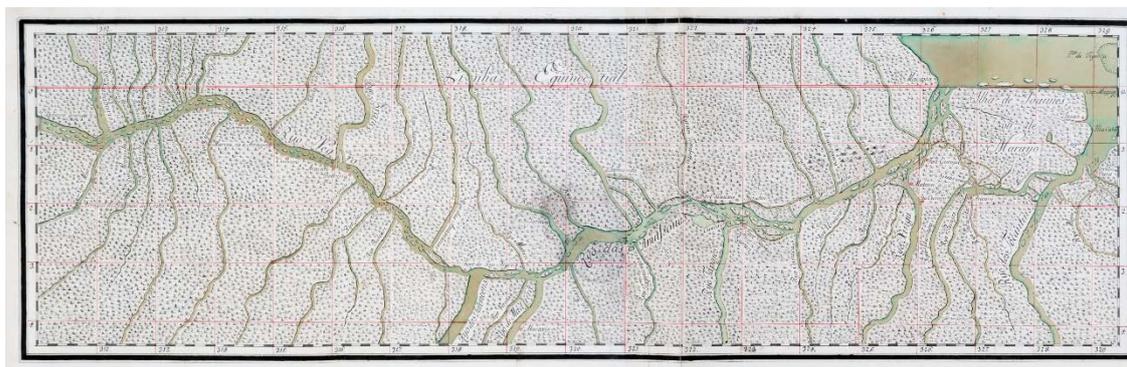
1. CONTAR É PRECISO, VIVER NÃO É PRECISO

Em referência à carta de abril de 1749, a marca da quantificação inicialmente flertava com que chamamos hoje de imprecisão. O governador se valeu de expressões generalizantes e ideias abrangentes, materializadas em trechos narrativos como: "nunca aqui visto estrago de mortandade de índios e mestiços, a que chamam mamelucos e cafuzos, sem exceção de idade ou sexo", "que havia devorado grande partes dos Índios das Aldeias", "algumas fazendas populosas (...) ficaram quase despovoadas e o mesmo sucedeu nas Casas dessa Cidade", "aonde as mais bem Livradas [casas] apenas ficaram só com os Senhores delas, tratando dos poucos enfermos que lhes restavam depois de enterrarem de dez, vinte e mais escravos de que se serviam"⁵. O autor se aventurava em descrições baseadas em tênues referências de quantificação, mas que assinalavam uma maior perda de vidas entre os indígenas escravizados.

Na mesma missiva de abril de 1749 o governador reconhecia as imprecisões que rondavam seus argumentos e a necessidade de remediá-las: "no Número dos mortos ainda não se pode haver certeza total". Entretanto, assinalava a utilização de contagens para atribuir um sentido à intensidade do contágio, e ao mesmo tempo destacava as dificuldades associadas ao processo de levantamento dessas informações: "não se pode saber com certeza a perda, por que além das distancias em que vivem [colonos e escravizados] ainda não se sossegou de todo a mortandade...". Seguindo suas reflexões e argumentos, destacou mais um problema associado ao cômputo dos óbitos: "corre em algumas Relações que se tem feito deste funesto contágio, que ao meu parecer estão encarecidas no que toca ao orçamento dos mortos, por que não acho haver tanto número de moradores na capitania, quanto nas mesmas Relações se insinuam..."⁶.

Figura 1

Mapa do rio Amazonas produzido no ano de 1758



Fonte: Capitão Engenheiro João André Schwebel, Mapa Geográfico do Rio Amazonas, 1758. Chama atenção para além da vasta dimensão do território e da floresta, a capilaridade fluvial que torna os rios a principal via de deslocamento.

5 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 26 de abril de 1749, cx. 31, doc. 2910.

6 Ibidem.

Diante da dispersão populacional, amplitude territorial e da falta de contagens gerais acerca da população da capitania⁷, Francisco Gurjão explicitou na carta sua tentativa de atenuar os limites do levantamento de óbitos; circunscrevendo-o à capital da capitania do Grão-Pará, Belém. Nessa empreitada também enfrentara problemas, pois, os colonos residiam a maior parte do tempo em fazendas e roças espalhadas nas áreas no entorno da cidade. Uma das raras ocasiões de retorno desses colonos aos seus domicílios belemenses era na Semana Santa – ocasião que aproveitara para fazer a contagem. Entretanto, em função da própria epidemia que criava temor e dificuldades de deslocamento, das quase 900 casas da cidade apenas 450 receberam seus proprietários e habitantes.

Nos trechos finais da carta de abril de 1749 foi descrita toda a dificuldade e fragilidade do processo do cômputo de mortos pela epidemia. Para a cidade de Belém, entretanto, o governador apresentou números menos imprecisos: “me constou exceder o número de quatro mil e novecentas pessoas falecidas nesta cidade e Roças dos mesmos moradores”⁸. Ao assumir perante o rei os limites da sua contagem e concomitantemente apresentar números mais concretos, Francisco Gurjão apostava na construção de uma imagem de imparcialidade, pois expor limites seria uma garantia de que esses números não sucumbiram as informações “encarecidas no que toca ao orçamento dos mortos”⁹. A primeira carta não causou o impacto desejado no monarca lusitano, porém foi um ensaio de quantificação.

O governador enviaria uma segunda missiva em agosto de 1750, mantendo sua estratégia de apostar nos números como elemento de convencimento acerca da gravidade da epidemia e da necessidade da ajuda real à capitania do Grão-Pará. Novamente se queixava dos desdobramentos do contágio, enfatizando nas linhas da correspondência que o “mal” continuava afligindo “todos os moradores desta capitania [Grão-Pará]”. Pois, a morte dos escravizados indígenas os impedia de “apanhar os frutos das fazendas, que são todos os seus haveres [dos colonos] ...”¹⁰. Francisco Gurjão enfatizou a diminuição na oferta de trabalhadores que prejudicava a colheita e plantio dos dois principais gêneros de exportação da capitania à época: cacau e café.

Na carta anterior, de abril de 1749, o governador havia pontuado que a queda na pauta de exportação significaria uma diminuição nos dízimos pagos a Coroa, e resvalava na manutenção das tropas e na capacidade de custeio de defesa das fronteiras ameaçadas constantemente por franceses, espanhóis e holandeses¹¹. Na segunda correspondência fazia referência a possibilidade de despovoamento, impetrada pela carência de produtos que ameaçava a subsistência dos colonos: “e por esta causa [a epidemia] se tem experimentado uma fome de farinhas [...] e nesta proporção todos os mais viveres se reduziram maior carestia...”¹².

7 A primeira contagem geral de população da capitania do Grão-Pará foi feita em 1773. Cf: AHUPR, Capitania do Pará, 14 de fevereiro de 1774, cx. 72, doc. 6100.

8 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 26 de abril de 1749, cx. 31, doc. 2910.

9 Ibidem.

10 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2982.

11 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 26 de abril de 1749, cx. 31, doc. 2910.

12 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx.31, doc. 2982.

Tropas e povoadores eram instrumentos fundamentais de defesa territorial. Ter o potencial de povoamento da região reduzido em pleno ano de 1750 tornava ainda mais grave os desdobramentos da doença – o Tratado de Madri (1750) assinado com a Espanha versava sobre a relação entre posse da terra e colonização (*uti possidetis*). Era preciso garantir as fronteiras não apenas com incursões militares ou fortalezas, mas criar vilas, povoar. A posse de um território tendia a ser confirmada por ocupação, apoiada na presença de colonos e na exploração econômica da região. Era preciso ter gente fixada nas fronteiras. O indicativo de uma grande quantidade de mortos pelo contágio se impunha como premissa para a associação entre a doença e a possibilidade de Portugal perder o controle dos limites da América setentrional.

O governador avançava em suas denúncias, reclamando que “ouve quem com sinistras informações movido só das conveniências particulares, quis capacitar a V. Majestade de que o Contágio não tinha sido com aquela veemência que eu [governador] representava...”¹³. Denunciava a existência de uma disputa sobre a “representação” da doença, ou seja, da construção discursiva da epidemia. Tal cenário de disputas discursivas estava na esfera das “conveniências particulares”.

Mais uma vez é possível vislumbrar o antigo conflito que se arrastava no Grão-Pará desde o período da fundação da cidade de Belém, em 1616, entre colonos, missionários, autoridades locais, indígenas e a Coroa portuguesa. Esse conflito tinha como ponto central o controle da mão de obra nativa. Ainda no ano de 1750, em carta destinada ao amigo e conselheiro real “Reverendíssimo” Gaspar da Encarnação¹⁴, Francisco Gurjão explicitaria quem seriam os interessados em construir uma ideia mais branda acerca do impacto da epidemia. Nela não poupou críticas aos “religiosos”, pois estes “presentemente são senhores de tudo”. E o eram por ter acesso aos braços indígenas circunscritos as aldeias¹⁵ sob a administração das ordens religiosas: “por que com a epidemia [...] ficarão estes moradores tão destituídos de servos, que nem os tem para lhe plantarem o anual sustento”¹⁶. Esta carência de plantações fazia com que os colonos tivessem que comprar nos Conventos “a Farinha, Legumes, Azeites, Manteigas, Peixes, e Tartarugas por avultados preços, por que quando os moradores tinham os seus escravos, por estes se acostumarão prover, e por esta forma vem a ficar todo o dinheiro, que circula neste Estado em poder dos Religiosos”¹⁷. E ainda afirmou que os responsáveis pelas aldeias de índios não forneciam trabalhadores¹⁸ suficientes para que os colonos equipassem suas canoas e partissem para a colheita das drogas no

13 Ibidem.

14 Arquivo Nacional da Torre do Tombo (ANTT), Ministério do Reino (MR), mç. 597, doc. 02.

15 Os índios que “desciam” da floresta e passavam a viver sob a tutela dos missionários eram organizados em aldeias, e deveriam ser disponibilizados pelos religiosos como mão-de-obra para os colonos. Essa distribuição de trabalhadores indígenas era regulada pelo Regimento das Missões.

16 ANTT, MR, mç. 597, doc. 02.

17 Ibidem.

18 No parágrafo 15 do Regimento das Missões de 1686 os religiosos responsáveis pelas aldeias indígenas deveriam fornecer trabalhadores para o uso dos moradores, mas, também deveria os religiosos terem até 25 índios a sua disposição, eram os índios de serviços.

sertão. Por isto se “tem os Religiosos feito absolutamente senhores das drogas [...] como bem poderá provar examinando a todos os sujeitos, que agora carregam, cacau, café, cravo e salsa e óleos, que confessando a verdade afirmam que tudo compraram ou por outra forma houveram dos Conventos”¹⁹. Denunciava os padres da Companhia de Jesus, que não obedeciam a real ordem de destinar índios para a condução de gado e vendiam a carne no Colégio Jesuítico de Santo Alexandre (sede jesuítica em Belém) com preços superiores aos praticados no açougue²⁰.

Falando ao conselheiro real e ao rei português, Francisco Gurjão estava empenhado em criar a imagem de uma epidemia com fortes repercussões na dinâmica econômica e cotidiana da região. Diante das incertezas e diversidades de sentidos do contágio que atravessavam o oceano Atlântico e alcançavam os olhos da Coroa, se fazia fundamental um esforço de convencimento sobre a gravidade e desdobramentos associados à moléstia. Um esforço que aparentemente se apresentasse como livre de “interesses particulares”. O governador apostou numa ferramenta de convencimento: a contagem precisa dos mortos. Ainda na carta de agosto de 1750, explicitaria essa estratégia diretamente ao rei: “porém Senhor como minha obrigação é muy separada do defeito de encarecido [exagerar a gravidade da epidemia] entrei na diligência de saber **formalmente o número de pessoas que morriam** [grifo nosso] [...] estou bem certo que todos os Sujeitos que nesta matéria /como Eu/ falarem sem mais paixão que a verdade não são de diferir dessa conta em que procurei com toda a exação ser bem informado[...]”²¹.

Apoiar-se no cômputo dos mortos como meio de convencimento era uma tarefa ousada, e as ferramentas disponíveis para o intento ainda eram precárias. Contar a população, mesmo com o objetivo pontual de registrar os mortos, não era uma prática corriqueira no Império Português. Ressalva-se que desde meados do século XVII já se esboçava uma “aritmética política”, com a preocupação de criar, a partir dos números, métodos e regras para facilitar a administração dos Estados Absolutistas. Mas essa preocupação somente se efetivaria no governo lusitano na segunda metade do século XVIII (Santos, 2010/2011). Podemos encontrar no século XVII tentativas de contagem da população sem um formato padronizado e periodicidade indefinida. Foi somente no século seguinte, mais precisamente no reinado de D. José I (1750-1777), que houve uma tentativa sistemática para a melhor quantificação da população do Império (Alden, 1963). Essas tentativas resultaram numa produção de dados demográficos para a América portuguesa a partir de 1773, período que coincidiu também com a sistematização de dados populacionais das colônias hispânicas (Matos & Sousa, 2015).

Nesse sentido, ao considerarmos a contagem de mortos vinculada pelo governador Francisco Gurjão, devemos ter cuidado para não incorremos no anacronismo de solicitar metodologias dentro de padrões construídos em fins do século XVIII e difundidos ao longo do século XIX. Como Maria Luiza Marcílio destacou, até o terceiro quartel do

19 ANTT, MR, mç. 597, doc. 02.

20 Ibidem.

21 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx.31, doc. 2982.

século XVIII não houve no Brasil contagens mais sistemáticas de população, gestando apenas estimativas mais gerais no que a autora chamou de “período pré-estatístico” (Marcílio, 1974). E se estabelecer um modelo de contagem executado com periodicidade regular foi o desafio até então, as ferramentas de análise dos dados levantados eram bastante rudimentares; somente no final do século XVIII foram efetivados os pressupostos básicos para a criação de sistemas nacionais de estatísticas na Europa (Bandeira, 2004: 39).

2. CONTAGEM “FORMAL”

Francisco Gurjão entrara “na diligencia de saber formalmente o número de pessoas que morreram...”²². No dicionário do padre Rafael Bluteau, impresso pela primeira vez em 1728, a palavra “forma” é definida como: “que respeita a forma. As palavras formais, as mesmas que alguém disse, ou que estão escritas sem a menor alteração” (Bluteau, 1789: 627). Subtende-se que o termo “formalmente” utilizado pelo governador seria equivalente a confiável, ou seja, traduzia uma contagem baseada em dados concretos.

Nessa nova contagem emergiram números menos imprecisos, a morte ganhava contornos definidos na quantidade e a capitania do Grão-Pará era configurada enquanto vítima do contágio: nas aldeias e nas fazendas dos religiosos da cidade de Belém 10.777 óbitos, ao qual acrescentou 7.600 índios mortos nas propriedades dos moradores da cidade; “importam dezoito mil trezentos e setenta e sete como consta do Resumo junto”²³.

Na carta de agosto de 1750 o governador destacou que não foram contabilizadas as mortes “nas inumeráveis fazendas desta Capitania, nem nas vilas da Vigia, Caeté e Camutá, e as mais pessoas que andam dispersas pelo Sertão, que fazendo uma proporcionada conta, ou orçamento a todos hão de chegar a quarenta mil...”²⁴. Apesar da preocupação com dados “formalmente” levantados, os esforços do governador outra vez sucumbiram ao tamanho do território da capitania do Grão-Pará²⁵ e aportaram em uma estimativa. Existia uma diferença considerável entre os números baseados em levantamento de informações aparentemente mais sistemáticas (18.377 mortos) e a estimativa de 40.000 mortos.

Outros tentaram também estimar e traduzir os efeitos desse contágio em números de óbitos, e todas eles não deixaram claro que caminho seguiram para uma aproximação numérica. Foi o caso do jesuíta João Daniel, na década de 1750, ao rememorar durante

22 AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2917.

23 Ibidem.

24 Ibidem.

25 Atualmente o Estado do Pará e Amazonas somam aproximadamente 2.800.000 km², a capitania do Grão-Pará em 1750 compreendia uma área próxima a essa dimensão. Destacamos ainda que o transporte nessa região era primordialmente fluvial, e ficava à mercê das cheias, secas e chuvas nas cabeceiras dos rios.

sua prisão nos cárceres do Limoeiro²⁶ o efeito devastador da epidemia, fizera referência a uma estimativa de 30.000 índios mortos nas missões: como "testemunhou um governador [Francisco Gurjão?]" (Daniel, 1975: 283). Anos depois, mais um religioso sugeriria uma nova contagem, o frei João de São José Queiroz, bispo do Grão-Pará entre os anos de 1760-1763, que ao falar da diminuição do plantel de escravos de um proprietário, lembraria: o "sarampo matou mais de 600.000 almas" (Castello-Branco, 1868: 198). Aqui, certamente, há um exagero, pois mesmo em 1773 a população de toda a capitania não alcançava a casa dos 60.000 habitantes²⁷.

Hipérboles à parte, outros números emergiam como estimativa e assumiam explicitamente suas próprias imprecisões. Foi o caso da contagem vinculada pela *Noticia Verdadeyra do terrivel contagio*: "Desejosos todos de saberem o número dos mortos, principiarão a extrair memorias dos Reverendos Párocos das duas Freguesias, a Sé, e o Rosario da Campina [em Belém]..."²⁸. Ainda segundo a *Noticia Verdadeyra*, a contagem não considerava "todos os escravos dos Conventos, da Vigia, Cameta, como também das fazendas dos Rios Guamá, Guacará, Moju, Majuai, Capim, e outros muitos"²⁹. O número estimado foi de 15 mil mortos, entre os anos de 1748-1749, "com a maior certeza". No entanto, chamava atenção para a impossibilidade de considerar os mortos nos sertões, que não poderiam ser contados pela "impenetrabilidade dos matos", o que tornava "impossível fazer especifica memória"³⁰. Ficava claro o esforço de contagem com menor imprecisão, "com a maior certeza", e ao mesmo tempo se pontuava os limites dessa tentativa. Outra vez o limite foi justificado pela amplitude do território e densidade das florestas do Grão-Pará. Mas ninguém se dedicou tanto em construir um sentido para o contágio, tendo os números enquanto aliados, como Francisco Gurjão.

3. AS LISTAS ANEXAS À CARTA DE 1750

Voltando a ousada tentativa de registrar números mais preciso de mortos, a carta assinada pelo governador Francisco Gurjão, em agosto de 1750, era dividida entre um corpo descritivo principal e um conjunto de listas produzidas por missionários. A re-ensão foi provavelmente instigada pelo governador e atribuída enquanto tarefa às or-

26 Em 1759 os jesuítas foram expulsos por ordem real do Estado do Grão-Pará e Maranhão. Muitos deles ficaram sob cárcere na prisão do Limoeiro, principal estabelecimento prisional em Lisboa que recebia inclusive condenados pelo Tribunal do Santo Ofício.

27 AHUPR, Capitania do Pará, 14 de fevereiro de 1774, cx. 72, doc. 6100.

28 Biblioteca Nacional de Portugal (BNP), *Noticia verdadeyra do terrivel contagio*, que desde Outubro de 1748 até o mês de Maio de 1749 tem reduzido a notável consternação todos os Sertões, terras, e Cidade de Bellém, e Grão Pará, extraída das mais fidedignas memorias / [Manuel Ferreira Leonardo].

29 Ibidem.

30 BNP, *Noticia verdadeyra do terrivel contagio*, que desde Outubro de 1748 até o mês de Maio de 1749 tem reduzido a notável consternação todos os Sertões, terras, e Cidade de Bellém, e Grão Pará, extraída das mais fidedignas memorias / [Manuel Ferreira Leonardo].

dens religiosas³¹. No total de anexos são 27 listas com diferentes estruturas, mas todas com a preocupação em quantificar os óbitos. Curiosamente o governador se valera do levantamento quantitativo feito por aqueles que (segundo ele próprio) tinham interesse em subestimar o impacto da mortalidade causada pelo contágio.

Algumas listas tinham um formato mais sintético, como por exemplo a que se refere a aldeia de Urubucoara (Outeiro): "na dita Aldeia faleceram desta Epidemia 173 pessoas pouco mais, ou menos". Nessa declaração assinada pelo frei José de São Francisco não há uma discriminação mais específica de quem eram os mortos e um tom transpassado pela imprecisão da contagem, "pouco mais, ou menos".

Figura 2
Lista dos mortos da aldeia de Urubucoara

Attestado eu Frei José de S. Francisco
de S. Francisco, e Frei J. q. fui da Aldeia de S. P. de
Aldeia de Urubucoara, q. na dita Aldeia faleceram
desta Epidemia 173 pessoas pouco mais, ou menos
em este 173 pessoas a partir do dia 28 de Agosto
de 1750

Frei José de São Francisco

Fonte: AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2917.

Outro formato poderia apresentar o cômputo de vários lugares em uma lista só. Foi o caso das quatro aldeias da ordem da Conceição no arquipélago do Marajó: Mangabeiras (Lugar de Ponta de Pedra), Guoainases (Lugar de Villar), São Francisco do Caia (Vila de Monsarás) e Nossa Senhora da Conceição do Igarapé Grande (Vila de Salvaterra). Cada aldeia teve discriminada a população morta, a que sobreviveu, os "índios de serviços" [índios trabalhadores à disposição dos religiosos] sobreviventes e os que estavam sob a tutela de particulares. A aldeia de São Francisco de Caia, por exemplo, teve 398 pessoas mortas pela doença e 208 sobreviventes, com 43 índios de "serviço" e 63 índios sob a responsabilidade do morador João dos Santos.

31 Essa documentação encontra-se arquivada no Arquivo Histórico Ultramarino, em Lisboa. Por um problema de catalogação as listas foram retiradas de seu conjunto original (a carta do governador) e inseridas numa documentação produzida pelos vereadores de Belém. Mas, esse engano já foi corrigido no próprio site do Arquivo Ultramarino. "Os anexos do documento 3001 da caixa 32: certidões e listas demonstrativas dos efeitos da epidemia, foram por lapso de catalogação juntos a este documento e assim microfilmados, quando deviam estar anexados a este documento nº 2982." In: <https://digitarq.ahu.arquivos.pt/detail-s?id=1212995>.

Figura 3
Lista dos mortos em quatro aldeias no Arquipélago do Marajó

*Lista das pessoas, que morrerão e das que se aca-
btao vivas nas cothas d'Alm. que administra a d'Alm.
da d'Alm. na costa do Marajó*

*Na Alm. de N. S. da d'Alm. cam. Mangaberaes, mor-
rerão Noventa e tres pessoas; e estão vivas Cen-
to, e trinta e seis: Tem Indios de serv.º Ter-
nove; mais tres vellos, mais tres fugidos, e de deza-
nove que existem, e se acclam. cinco na serv.º do Exm.
e d'Alm. S.º Bispo, mais um que foi f.º d. e f.º do
nome Quezib, e ainda fugido na d'Alm. São d'Alm. - 93*

*Na Alm. do N. S. S.º d'Alm. dos Guayanazes, morrerão
Cento, e trinta e sete pessoas: Tem vivos noventa e oito
Tem Indios de serv.º vinte e tres, destes andão cinco
na serv.º do Exm. e d'Alm. S.º Bispo, e são de fazer
sua muda, como também o de lima, f.º d. e serv.º da
d'Alm. e de mais vinte e tres que digão e se acclam. cotho
ausentes, que hãõ sido acclam. com o f.º d. e serv.º
e dos f.º d. com o novo l.º d'Alm. São d'Alm. - 137*

*Na Alm. do N. S. S.º d'Alm. do Cayá, morrerão
trezentas, e noventa e oito pessoas, e estão vivas, do-
zentas, e oito pessoas, Tem Indios de serv.º Coventa
e tres, não obstante a acaecimento de São do
Santos, que fez refusa a d'Alm. dizendo hãõ sa-
lento, e tres continuão no serv.º; São d'Alm. - 398*

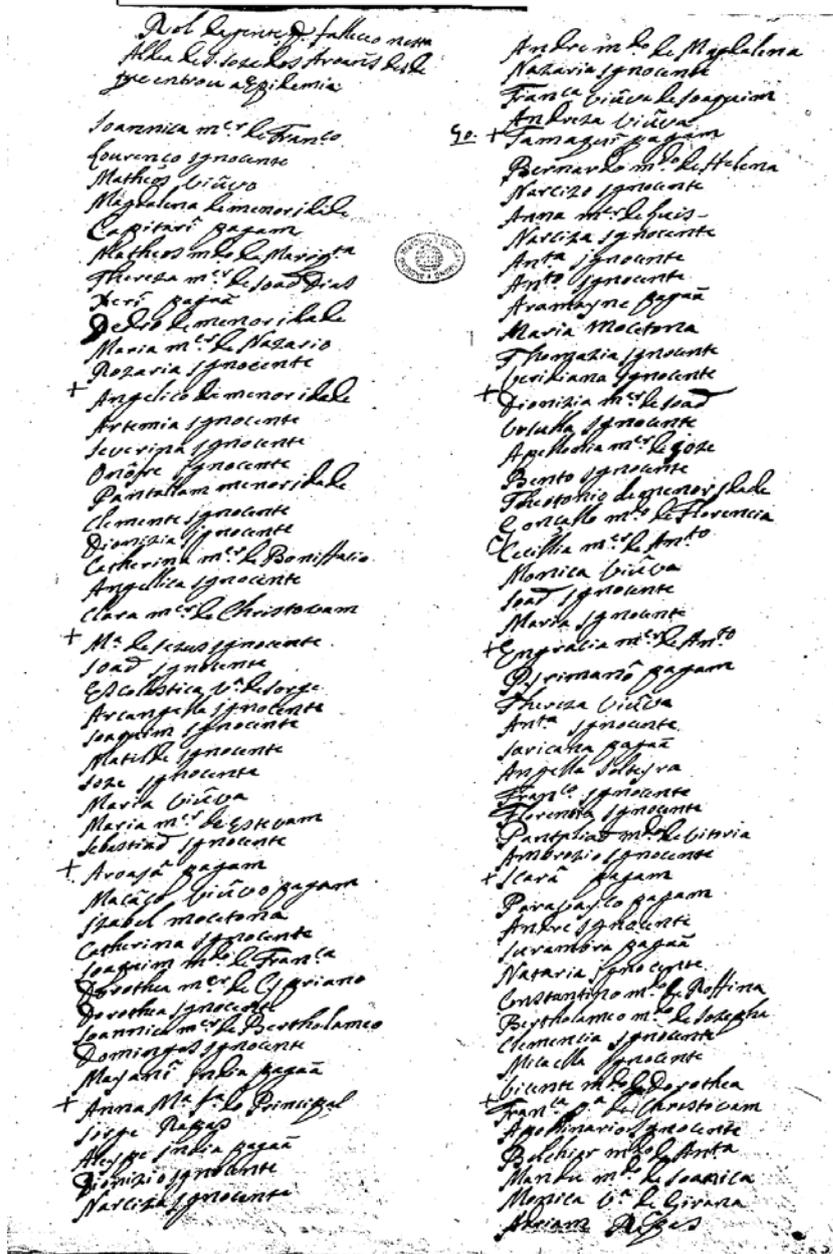
*Na Alm. de N. S. da d'Alm. cam. do Marajó gr.º, mor-
rerão trezentas, e setenta, e três pessoas; Tem vivos
dozentas, e coventa, e duas pessoas; Tem Indios de serv.º
cincoenta, e nove, mais tres, que não clegão aq. cinco-
enta annos, mais inca gizes de serv.º, destes se acclam.
de pres.º. Com o f.º d. e agora se tem em vinte e seis
ho no serv.º da d'Alm. cam. do Marajó d'Alm.*

Fonte: AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2917.

Alguns inventários eram mais precisos. Como a contagem feita pelo frei Antonio do Desterro, responsável pela missão de São José dos Avoans. Nessa lista constava 207 mortos pela epidemia, que foram discriminados pelo nome. Outro marcador indicado em relação aos mortos era a faixa etária, como "Domingos rapaz", "Joanna rapariga", "Pedro de menor idade", "Henrique inocente". Também se fazia referência nessa

mesma listagem, à condição do falecido diante da Igreja Católica, "Acuã índia pagã", "Tamaqui pagam", "Cayri índio pagam"; sua condição conjugal "Hylaria mulher de Antonio", "Maria viúva", "Vicente marido de Dorothea"; ou sua condição social dentro da missão "Ana Maria filha do Principal". Foram esquadrinhados não apenas o número ou os nomes dos mortos, mas, há um esforço de precisar quem fora atingido e criar uma aura de confiabilidade da informação. Aliás como esta listagem ocupou três fólios, o frei para não se perder no cômputo total usou do artifício de colocar a cada dez nomes uma cruz na margem esquerda da lista, e a cada cinco cruzeiros colocava o número múltiplo de 50 (50, 100, 150 e 200).

Figura 4
Lista dos mortos na aldeia de São José dos Avoãs



Fonte: AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2917.

Outro rol anexado a carta de agosto de 1750 se destacou pelo cuidado em precisar o impacto da epidemia. Na missão de Motigura (Vila do Conde), o frei responsável Francisco Wolf detalhou os mortos dividindo cada fólio em três colunas: Homens, Mulheres e Inocentes. E ao lado de cada nome distribuído por coluna o frei Francisco colocava a data do óbito (dia e mês), um fólio foi dedicado ao ano de 1749 e outro ao de 1750. No final, além da soma total, "Em tudo 149" mortos, vinha uma observação sobre a dispersão de parte da população da missão: "Muitos e muitas se acham espalhados pelas Casas dos Moradores, outros já casados, outros solteiros, e dos mais não se sabe com certeza em q casas estão". Fica evidente mais uma vez o esforço de precisar os óbitos, e ao mesmo tempo se destaca uma dificuldade de controle da população indígena aldeada, seja dispersa nas casas dos "moradores", seja se reagrupando com a formação de novas famílias; "outros já casados, outros solteiros".

Entre todas as contagens agregadas a carta produzida em agosto de 1750 pelo governador, a listagem dos mortos da freguesia da cidade de Belém, Santana da Campina, era a mais bem detalhada. Logo no seu enunciado, havia uma delimitação espacial; que era a freguesia – Belém era composta por duas freguesias, a outra era a Sé. Depois existia uma delimitação cronológica dos óbitos, "desde o primeiro de março de 1748 até 1749". Avançava o enunciado da lista deixando claro quem eram os mortos contabilizados, "Branco e escravos" – os escravizados eram na sua maioria indígenas. Para além do cabeçalho, vem o corpo da listagem em si, que ocupava 11 fólhos divididos em cinco "Colunas" e dois "Resumos". O tópico de subdivisão dos mortos era o domicílio, como a época as casas não eram numeradas o domicílio era especificado pelo nome do seu respectivo proprietário. Por exemplo: "José Alves Roxo pequenos e grandes... 79". Indicativo que no domicílio de José Alves Roxo situado na cidade de Belém, na freguesia de Santana da Campina, morreram pela epidemia, entre os anos de 1748-1749, 79 índios adultos e menores. Quando no domicílio havia falecido um branco a lista identificava o grau de parentesco deste morto com o proprietário da casa, "Vitorino de Sages sua mulher... 1"; na casa de Vitorino faleceu sua esposa e nenhum escravizado. Na maioria das vezes vinha o nome do proprietário do domicílio e um número, "Maria da Graça...1", no fogo de Maria morreu um escravizado índio. Num mesmo domicílio poderia ter morrido um branco e escravos, "Raimundo dos Santos sua sogra 8 escravos... 9", ou seja, na casa de Raimundo além de sua sogra morreram mais oito índios, perfazendo o total de nove mortos nesse domicílio. Outro exemplo, "Sargento Rafael Vaz dois filhos sua sogra seu cunhado 1 escravo ... 5", nesse caso também aparece um agregador de distinção social do dono do domicílio "Sargento", em outros casos apareceram a distinção em termos como "Padre", "Cura", "Soldado", "Ajudante", "Dona"...

domicílio de Manoel de Jesus, homem preto e proprietário de pelo menos um escravo (que morreu). Outro ponto destacável por essa documentação era a possibilidade de domicílios chefiados por mulheres "Dona Thereza de Aragão seu Irmão e 1 Índia... 2", "Dona Bernarda Maria...7", "Dona Catherina Caetana ...23". Os domicílios tinham diferentes atores sociais como referência, embora a maior parte fosse chefiada por homens brancos que tinham a base de seu sustento fincada na posse de escravizados indígenas e na exploração da agricultura e do extrativismo.

No final de cada fólio da Santa da Campina havia uma soma parcial dos mortos listados. Os dois últimos fólios da listagem foram dedicados a tabulação dos dados. Foi pontuado que a contagem aconteceu em 257 domicílios, com o total de 3.061 índios mortos e "Entram no número acima trinta e cinco Brancos 35". No item "Resumo" foi arrolado o número bruto de mortos sem distinção do domicílio. Esses números eram agrupados em cinco colunas, com valores por coluna: "1ª 451, 2ª 756...". No final existia um pequeno texto com caráter conclusivo da listagem: " Abatidos de 3061 tapuias mortos 35 Brancos ficam 3026 que Repartidos e o fez por 257 fogos toca a cada um [domicílio] 11 e ficam por Repartir 199". Essa conclusão evidencia um esforço de situar os dados dentro do espaço da freguesia, dividindo os mortos por domicílio e apresentando um impacto mais geral do surto. As ferramentas matemáticas utilizadas no texto oscilavam entre a individualização das informações por domicílio para uma generalização de somas por fólio e por "Colunas", com a produção de uma média geral e uma sobra (199 mortos). Matematicamente a contagem se valia de ferramentas de precisão ainda pouco utilizadas administrativamente no Grão-Pará da primeira metade do século XVIII.

Anteriormente citamos que na mesma carta de agosto de 1750, o governador Francisco Gurjão havia apresentado uma contagem de 18.377 mortos pelo contágio e que indicara que esse número seria melhor detalhado a partir de documentos em anexo (as listas). Engendrara uma construção narrativa sedimentada em números e detalhes nominativos feitos por religiosos. Mesmo revelando uma estimativa de 40.000 mortos, o número final mais preciso foi construído a partir da coleta de diferentes informações das ordens religiosas e dos moradores. Os indígenas escravizados eram explorados por leigos e religiosos, muitas vezes evidenciando uma divisão desse contingente – a despeito das tensões entre colonos e missionários. No final do resumo, além do levantamento dos óbitos nas ordens religiosas, também se citava os índios falecidos entre os que trabalhavam para os moradores – 7.600. O total final que aparecia nessa lista era de 18.377, o mesmo número apresentado pelo governador. Entretanto aqui tem um problema na soma, pois entre aqueles enumerados pela ordem dos carmelitas existia uma contabilização dos índios que fugiram com medo do contágio, 342. E esses foram incorporados a somatória final dos mortos.

Figura 7

Número de mortos indígenas sob administração dos religiosos somados aos trabalhadores à serviço dos colonos da cidade de Belém

*Resumo da Gente Fallecida do Serv. dos Religiosos,
E das aldeas que administrão, E dos Moradores desta
Cidade.*

<i>Do serv. dos P^{es} da Comp^a de N. S. J. Fallecerão</i>	200
<i>das aldeas que os ditos P^{es} administrão Fallecerão</i>	3363
<i>Do serv. dos Religiosos da Prov. de S. Ant^o. Fallecerão</i>	27
<i>das aldeas que os ditos Religiosos administrão Fallecerão</i>	1138
<i>Do serv. dos Religiosos da Prov. de S. Pied^o. Fallecerão</i>	218
<i>das aldeas que os ditos Religiosos administrão Fallecerão</i>	1217
<i>Do serv. dos Religiosos de N. S. do Carmo Fallecerão</i>	312
<i>das aldeas que os ditos Religiosos administrão Fallecerão</i>	2308
<i>dispersos das mesmas aldeas por Cauza do Contagio</i>	342
<i>Do serv. dos Religiosos de N. S. das Merc^{es} Fallecerão</i>	253
<i>Das aldeas que administrão os Religiosos da Conc^{ia} Fallecerão</i>	999
<i>Do serv. dos Moradores de N. Cidade</i>	7600
	18377

Fonte: AHUPR, Capitania do Grão-Pará, 13 de agosto de 1750, cx. 31, doc. 2917.

Entre os anos de 1749 e 1750 em duas correspondências enviadas ao rei de Portugal, com avanço no grau de detalhamento da quantidade de mortos, o governador Francisco Gurjão investiu na contagem como meio de convencimento da gravidade da epidemia que se abatera sobre o Grão-Pará. O governador desfilando contagens apresentava o problema principal causado pela doença: a alta mortalidade indígena. Não pela morte do índio em si, mas, por ameaçar a subsistência dos colonos, a exploração econômica da região e a defesa de suas fronteiras.

O potencial de convencimento dos números deveria entrar em sintonia com os anseios políticos da metrópole, que desde o século XVII tentava impor o fim da escravidão indígena e garantir o controle dos braços nativos. Francisco Gurjão tentava convencer

quem queria ser convencido. Ainda em 1750, no reinado de D. João V, o rei assinara o alvará para envio de 1.000 açorianos ao Grão-Pará, com o objetivo de atenuar o impacto da falta de mão de obra causada pelo contágio.

Entretanto seria D. José I quem tentaria aproveitar "a Epidemia que matou tantos Índios, os anos passados; dá ocasião a mudarem de método, e facilitar-se a pratica do que vos acima aponto [convencer os moradores a utilizarem escravizados africanos], com o qual os Índios possam gozar da sua liberdade nos poucos que Restam daquele grande contagio [...]"³². Esse rei convencido de que a epidemia havia matado muitos "Índios" aproveitou o momento para tentar pôr fim a escravidão indígena e instigar a utilização do trabalho de africanos escravizados pelos colonos. Criando em 1756 a Companhia de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, forjou uma ferramenta de abastecimento regular de escravizados africanos para a região, e ao mesmo tempo tentou instigar o comércio negreiro na área de Cabo Verde e Cacheu. Os números utilizados por Francisco Gurjão contribuíram para apresentar a Coroa uma oportunidade de inflexão na política de uso do labor indígena, com a proibição da sua escravidão e a inserção de um novo contingente de trabalhadores vindo compulsoriamente da África.

4. DE 2020 A 1750

Diante do cenário pandêmico atual, há uma tensão entre os órgãos de imprensa e o governo federal brasileiro quanto a gravidade da covid-19. Essa tensão foi materializada no debate acerca da mortandade causada pelo contágio, chamada pelo atual presidente do Brasil de "gripezinha". A representação discursiva da doença e seu respectivo uso político ganhou um contorno mais definido a partir do cômputo de contaminados e mortos. Os cidadãos brasileiros ficaram atordoados diante da disputa de confiabilidade das contagens: de um lado os números oficiais produzidos pelo governo federal brasileiro, e no outro um consorcio de órgãos da imprensa que sistematiza as informações vindas diretamente dos 26 estados brasileiros e do distrito federal. Essa associação entre numeramento de casos, disputas políticas e sentidos para epidemia evidencia que a covid-19 ganha uma existência discursiva a partir dos números, e que estes não são uma simples representação matemática do alcance e intensidade da doença: mas, também direcionam um sentido político.

A manipulação da quantificação da pestilência não é novidade do século XXI. E a podemos encontrar no ano de 1750 na então Amazônia lusitana, palco de um surto que também foi construído discursivamente a partir de tentativas de contagens, num contexto marcado pelo desconhecimento de procedimentos estatísticos mais rigorosos e com dificuldades de computar o total da população. Construímos nossa nota de pesquisa considerando os números como componentes da retórica da epidemia que

32 BNP, Coleção Pombalina, F.348, 30 de maio de 1751.

aportou na capitania do Grão-Pará. Mais uma vez, o presente reivindica o passado como interlocutor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SANTOS, Antonio Cesar de Almeida (2010/2011): "Aritmética política e a administração do estado português na segunda metade do século XVIII, *Temas Setecentistas*", In: <http://www.humanas.ufpr.br/portal/cedope/files/2011/12/Aritm%C3%83%C2%A9tica-pol%C3%83%C2%ADtica-Antonio-Cesar-de-Almeida-Santos.pdf>.

ALDEN, Dauril (1963): "The Population of Brazil in the late Eighteenth Century", *The Hispanic American Historical Review*, 43, 2, pp. 173-205.

MATOS, Paulo Teodoro & SOUSA, Paulo Silveira (2015): "A Estatística da População na América Portuguesa, 1750-1820", *Memórias*, 11, 25, pp. 73-103.

MARCÍLIO, Maria Luiza (1974): "Crescimento da População Brasileira até 1872", *CADERNOS DO CEBRAP*, 16.

BANDEIRA, Mário Leston (2004): *Demografia: objeto, teorias e métodos*, Lisboa, Escolar.

BLUTEAU, Rafael (1789): *Diccionario da Lingua Portuguesa*, Lisboa, Officina Simão Thaddeo Ferreira, Tomo I.

DANIEL, João (1975): "Tesouro descoberto no Rio Amazonas", *Anais da Biblioteca Nacional*, 95, Tomo I.

CASTELLO-BRANCO, Camilo (org.) (1868): *Memorias de Frei João de São Joseph Queiroz Bispo do Grão-Pará*, Porto, Typographia da Livraria Nacional.

