



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

2020 // XXXVIII, III

ADEH

ISSN: 1696-702X
eISSN: 2696-4325

SUMARIO

- 9 **Los concejos y la administración frente a las epidemias españolas de los siglos XVI y XVII. Una aproximación general**
Francisco José Alfaro-Pérez
- 31 **La incidencia de la gripe de 1918 a escala local: El Valle del Esla**
María Pilar Brel-Cachón
- 55 **O impacto da “gripe espanhola” na cidade de Guimarães (1918-1919)**
Antero Ferreira y Célia Oliveira
- 81 **Forward to the Past. La Universidad de Salamanca ante la epidemia de 1800**
Bernardo García-Bernalt Alonso
- 103 **Epidemias en la ciudad de Granada en el ciclo de 1647-1650**
Sylvia A. Jiménez-Brobeil, Rosa M. Maroto Benavides y Francisco Sánchez-Montes
- 125 **El cólera en Salamanca: Análisis comparado de las epidemias del siglo XIX**
José Antonio Ortega y Clara García-Moro
- 155 **La “peste atlántica” de 1600 en el Obispado de Cuenca: Estudio de caso, Palomares del Campo y San Clemente**
José Andrés Prieto-Prieto
- 177 **San Matías Ixtacalco y la epidemia de “fiebres” de 1813**
Iván B. Vázquez-Clavellina
-

RESEÑAS DE LIBROS

- 207 **Antero Ferreira (coord.), *A Gripe Espanhola de 1918***
por Alexandra Esteves
- 211 **María Isabel Porras Gallo, *La gripe española, 1918-1919. La pandemia que cambió nuestras vidas y retó a la medicina y los profesionales sanitarios españoles***
por Rosa Ballester

SUMMARY

- 9 **Councils and the Administration in the face of Spanish plagues of 16th and 17th centuries. A general approach**
Francisco José Alfaro-Pérez
- 31 **The incidence of 1918 influenza on a local scale: The Esla Valley**
María Pilar Brel-Cachón
- 55 **The impact of the “spanish flu” in the city of Guimarães (1918-1919)**
Antero Ferreira and Célia Oliveira
- 81 **Forward to the Past. The University of Salamanca and the 1800 epidemic**
Bernardo García-Bernalt Alonso
- 103 **Epidemics in the city of Granada in the 1647-1650 cycle**
Sylvia A. Jiménez-Brobeil, Rosa M. Maroto-Benavides and Francisco Sánchez-Montes
- 125 **Cholera in Salamanca: Comparative analysis of the 19th Century epidemics**
José Antonio Ortega and Clara García-Moro
- 155 **The “Atlantic plague” of 1600 in the Bishop of Cuenca: case study, Palomares and San Clemente**
José Andrés Prieto-Prieto
- 177 **San Matías Iztacalco and the “Fevers” of 1813**
Iván B. Vázquez-Clavellina
-

BOOK REVIEWS

- 207 **Antero Ferreira (coord.), *A Gripe Espanhola de 1918***
by Alexandra Esteves
- 211 **María Isabel Porras Gallo, *La gripe española, 1918-1919. La pandemia que cambió nuestras vidas y retó a la medicina y los profesionales sanitarios españoles***
by Rosa Ballester



Dossier especial - 1
Epidemias en la historia y su actualidad //
Special issue -1
Epidemics in history and their present

ADEH

ISSN: 1696-702X
eISSN: 2696-4325

Los concejos y la administración frente a las epidemias españolas de los siglos XVI y XVII. Una aproximación general*

Councils and the Administration in the face of Spanish plagues of 16th and 17th centuries. A general approach

FECHA DE RECEPCIÓN: ABRIL DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: JUNIO DE 2020

Francisco José Alfaro Pérez^a

Palabras clave

Epidemia
Peste
Profilaxis
Administración
Concejo

Resumen

En este estudio se analiza la actitud de los concejos de las coronas de Castilla y de Aragón ante las epidemias de peste padecidas a lo largo de los siglos XVI y XVII. Un comportamiento que estuvo mediatizado por las órdenes recibidas desde administraciones superiores, los propios protocolos de actuación dictados por sus normativas municipales, sus posibilidades materiales y la experiencia acumulada. De este modo, junto a elementos comunes se hallan otros excepcionales o accidentales surgidos como consecuencia de la necesaria adaptación a las coyunturas particulares.

Keywords

Epidemic
Plague
Prophylaxis
Administration
Council
Society

Abstract

This paper analyzes the decisions adopted by the councils of Castile and Aragon with regard to the plague epidemics experienced throughout the sixteenth and seventeenth centuries. The decisions adopted were taken since the orders received from higher administrations, the action protocols themselves dictated by their municipal regulations, from their material infrastructure and the accumulated experience. In this way, along with some common elements, there are other exceptional or accidental ones, that arose as a consequence of the necessary adaptation to particular circumstances.

* Esta investigación forma parte de los estudios realizados por el proyecto de investigación "Del concejo a la familia en el Aragón moderno" HAR 2016-75899-P y por el Grupo de Investigación de Referencia Blancas (de Historia Moderna) H01_17R.

^a Universidad de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Cuando un sistema médico se ve desbordado ante un evento contagioso grave para el que no hay un tratamiento, lo más razonable suele ser activar un protocolo bien conocido desde la Antigüedad: higiene, confinamiento, levantamiento de hospitales –o lazaretos– de emergencia, cuarentenas, cuidados adicionales en la manipulación de enfermos y de muertos, etc. Algo que hoy parece muy actual y muy moderno con motivo de la pandemia de Covid-19, pero que en realidad es tan viejo como la propia humanidad. Por ello, en estos momentos de relativa zozobra e incertidumbre quizá no esté de más recordar. Este ha sido el impulso que ha motivado la redacción del presente artículo: analizar cómo se protegía la gente de aquella época de las epidemias de peste bubónica con ánimo de entresacar, tal vez, alguna idea práctica.

A nadie escapa que la sociedad que mostraremos a continuación es muy diferente a la de nuestros días, pero no por ello sus vivencias dejan de ser lecciones de vida. De entre todas aquellas cicatrices del pasado, nos serviremos de las propiciadas por las pestes bubónicas padecidas por la Monarquía Hispánica en los siglos XVI y XVII; y lo haremos atendiendo exclusivamente a las medidas dictadas por determinadas administraciones en su lucha contra el contagio. Nada surge de la nada y todo está relacionado de modo que, sin ser el objetivo, en este estudio se hace referencia a otras cuestiones complementarias –de naturaleza médico-sanitaria, climática o biológica, económica y política, así como sus interacciones– que sin duda merecen mayor atención, pero que inexcusablemente hemos debido tener en cuenta al adentrarnos estratégicamente en la materia.

Tampoco se trata de una compilación de casos conexos o inconexos, publicados o inéditos, que por naturaleza son inabarcables y dispares. Nos centraremos “tan solo” en intentar conocer algunas interacciones entre las políticas superiores (o de Estado) y su aplicación efectiva por parte de los poderes subordinados (concejiles), con el fin de hallar pautas en los comportamientos. Todo ello inserto en su contexto, como no puede ser menos, marcado por aquella dinámica peninsular oscilante entre la irregular pujanza del siglo XVI y la manifiesta decadencia y colapso generalizado de la centuria siguiente.

1. HACIA UNA NORMATIVA GENERAL

El poder de los Estados modernos, por mucho que se incida en su teórica ambición absolutista, en realidad, distaba mucho de ser una fuerza aglutinante y suficiente como para imponer un criterio único a territorios diferentes. Si a ello se añaden los cambios de toda índole experimentados en las coronas de Castilla y de Aragón desde el reinado de los Reyes Católicos hasta la llegada de la dinastía de los Borbón, la existencia de poderes e instituciones intermedias (cortes, diputaciones, fueros, etc.), los señoría-

les y, por supuesto, los locales, es fácil imaginar el variopinto mosaico de situaciones posibles (Biraben, 1976; Betrán, 2006). Soslayando veredas jurisdiccionales, políticas o regnícolas, en este primer apartado atenderemos a las iniciativas emprendidas por los poderes del Estado –monarquía y Consejo de Castilla– en una doble dirección: las orientadas a implantar unos comportamientos comunes en el ámbito local (higiénico-sanitarias y de preservación); y las encaminadas a establecer cordones o guardas de sanidad intermunicipales en zonas estratégicas y vías de comunicación en un intento por frenar la propagación.

Entre las primeras son numerosas las cartas o reales órdenes dirigidas a un concejo y se incardinan en una relación directa y privada entre el rey y su municipio. Por su naturaleza fueron dispares y, normalmente, quedaban supeditadas a las coyunturas locales. Para no perdernos en la maraña casuística y particular, nos interesaremos solo por aquellas iniciativas relacionadas a un dominio amplio que, orientadas a conformar una normativa general, se vieron implementadas o alteradas por los “poderes menores” en el ejercicio práctico de su gestión. Se dictaron en diferentes momentos históricos (Contreras, 1977), pero en esta ocasión utilizaremos como modelo las emanadas de la Real Provisión de 18 de mayo de 1649 por haber sido de aplicación inmediata sobre una epidemia ya existente. Meses después de declararse el brote de peste bubónica en la ciudad de Valencia, en la segunda mitad del 47, el Consejo de Castilla decidiría imprimir un texto explicando cómo debía operarse en las zonas afectadas por la enfermedad. Esta *Instruccion que se ha de guardar en la purificacion de las Ciudades, Villas y Lugares que han padecido el Contagio conforme el parecer de los Medicos de Camara de su Magestad*¹, era en realidad un pequeño compendio de recetas formado a partir de la experiencia y de algunas teorías médicas y epidemiológicas –deducidas de nociones clásicas sobre *humores*, *ambientalistas* e incluso otras relativamente más modernas asimilables a la concepción de las “*semillas del mal*”– (Boas, 1994; Beretta, 2003; López, 2008). Indicaciones con las que se pretendía homogeneizar un método mediante la creación de un reglamento único y efectivo; sin dejar de ser por ello, posiblemente, maniobra político-administrativa dirigida al bien común, pero también a afianzar un Estado moderno en su pugna contra las libertades tardomedievales.

Como hijos de su tiempo, la primera recomendación de los médicos de Cámara fue rezar, acudir a los prelados eclesiásticos e incluso a las justicias locales para que se encargaran de la reformación de las costumbres. Algo o alguien lo había hecho mal, por lo que era preciso asegurar el escrupuloso cumplimiento de las directrices marcadas por la reforma católica: primero extirpar el pecado, pedir perdón por la ofensa y levantar el castigo divino.

Purificadas las almas, el segundo paso era hacer lo propio con el entorno público, disponiendo para ello que las calles, las plazas y los espacios abiertos fueran liberados de “(...) *horrura y de todo lo que pueda ser sospechoso y nocivo*”². Libres de inmundicias se pasaba a purificar los aires mediante el encendido moderado de “*hogueras de leñas*

1 Para este estudio hemos utilizado el ejemplar que fue manejado por don Esteban Fermín de Marichalar y Eslava, alcalde de la Real Audiencia de Sevilla, durante la peste de Andalucía de mediados del siglo XVII. Archivo Casa de Marichalar, legajo 3, documento nº 29. En este sentido quiero mostrar mi agradecimiento a Francisco Javier Marichalar Vigier por su disponibilidad.

2 *Ibidem*.

olorosas: Cipres, Sabina, Enebro, ramas de Pino verde, Lentisco que es singular por su incorruptibilidad y quieren algunos tengan vegetables la virtud que en los minerables del oro y con Laurel, Romero, Tomillo y los semejantes"³.

Desinfectados los elementos comunes se regulaba cómo hacerlo en los espacios privados. A los supervivientes se les emplazaba a despojarse de todas sus ropas sucias y a ponerse mudas nuevas, cociendo las utilizadas durante la convalecencia –sólo la imprescindible, se sobreentiende– con hierbas aromáticas y vinagre aguado. Los operarios encargados de la limpieza de las casas debían protegerse con mascarillas antes de entrar *"un lienço o esponja mojado en vinagre aguado o alguna agua olorosa que aplicara al olfato"* caracterizadas por su pintoresco contenedor en forma de pico⁴. Una vez dentro de los hogares era menester impregnarlo todo con disoluciones desinfectantes compuestas con vinagres y plantas aromáticas (Blanco, 2017). Después quedaba todo abierto de par en par, al sol y al aire, antes de ahumarlas con pólvora por ser esto lo más efectivo contra la peste, o eso se creía.

Asegurada la vivienda, antes de ser habitada de nuevo, se ordenaba que sus paredes, suelos y techos de fueran picados al menos dos dedos (cuatro o cinco centímetros), y que el escombros generado en esta operación fuera enterrado extramuros de la localidad en un emplazamiento profundo donde nadie pudiera removerlo. Después de volverse a enlucir las paredes con yeso o con barro, las habitaciones eran encaladas y sus puertas y ventanas repintadas. La instrucción era clara en cuanto al tratamiento que debía darse a la ropa: salvo casos excepcionales, toda aquella ropa de cama que hubiese sido utilizada por enfermos o por fallecidos de peste debía ser quemada indistintamente de su función y de su calidad. El resto del ajuar que no hubiera sido empleado durante la dolencia tenía que ponerse al horno a *"fuego poco mas que lento repetidamente, sacandola de noche al Sereno y Ayre y bolviendo al Horno si fuere de lana, lino, cañamo o algodón mas tiempo, y de seda bastara menos"*⁵.

Consideraban que los materiales preciosos como el oro, la plata, las joyas o las mejores monedas no podían transmitir la enfermedad. Con todo, *"para quitar el escrupulo"*, se recomendaba que aquellos que no se estropearan fueran pasados por vinagre y por el purificador calor del fuego, quemándose –eso sí– los talegos, bolsas o recipientes en los que se hubieran encontrado⁶.

Las últimas observancias se referían al tratamiento que debía guardarse con los cadáveres. Los inhumados en sepulturas propias, dada la naturaleza del contagio, impedían la reutilización de aquellos sepulcros durante mucho tiempo, aunque el documento no especifica cuanto. Para los demás enterramientos, la mayoría, realizados directamente en tierra (de forma individual o en fosas comunes) –y, especialmente, para aquellos realizados dentro de las iglesias–, se ordenaba que los cuerpos fueran cubiertos por media vara de cal para evitar *"el peligro de los vapores"* y su contagio (Bau y Canavese, 2010).

3 Ibidem.

4 Ibidem.

5 Ibidem.

6 Ibidem.

En hospitales y lazaretos el procedimiento recomendado era el mismo, aunque dada su mayor exposición se solicitaba que el picado de las paredes fuera más profundo y los "*sahumeros de polvora*" más frecuentes. Todos estos empleos debían ser ejecutados siempre bajo la supervisión de la justicia local, tanto si se trataba o se producían en lugares públicos como en privados. En los pueblos las personas de regimiento podían ser suficientes para llevar a cabo esta labor, pero en poblaciones de mayor tamaño era imprescindible organizarse, nombrar y delegar en subalternos subdividiéndolas por parroquias, *collaciones*, estancias o distritos. En cualquier caso, el proceso siempre quedaba supeditado a la autoridad competente o en quien ella delegara; y ésta, a su vez, sujeta al acta de un escribano público.

Fuera del ámbito local, la acción del Estado se dirigía principalmente al control de las vías de comunicación para contener el avance de la enfermedad, sin desatender por ello otras necesidades como la falta de comercio, la provisión de medicinas y víveres o la propia paz social. De este modo, si las personas y las casas eran puestas en cuarentena, los territorios eran confinados cerrándose lo más herméticamente posible. Las comunicaciones pasaban a depender casi en exclusivo del servicio de postas. Correos que se constituían en enlaces indispensables, pero también en una posible fuente de contagio. Por ello, en los momentos de mayor gravedad, era habitual que se les impidiera entrar en los municipios retirando las estafetas fuera de los cascos urbanos como sucediera, por ejemplo, en Requena el año 1647 (Latorre, 2018: 160-162). Los jinetes eran sometidos a una vigilancia muy estricta y se les prohibía vestir con atavíos de lana; ni siquiera en sus caballerías (sillas, arreos, jaeces, etc.). Finalmente, las cartas que transportaban eran desinfectadas antes de llegar a su destinatario, labor que podía hacerse con vinagres y con horneados suaves de hasta 6 u 8 horas de duración (Arquiola, La Parra, Peset y Peset, 1976).

Salvo dichos correos y el personal autorizado provisto de su correspondiente guía de sanidad o certificado notarial, nadie podía salir de los emplazamientos afectados por peste. Para evitar el desabastecimiento total, en momentos puntuales y cuando la coyuntura lo aconsejaba, se consentía que ciertas personas de algunos gremios (molineros, campesinos y ganaderos, pocos más) acudieran a sus explotaciones, pero solo ellos y asumiendo el riesgo de quedarse bloqueados fuera si las circunstancias obligaban a cerrar con urgencia las puertas de la localidad. Nadie más podía adentrarse en los caminos, y mucho menos por sendas y veredas secundarias. Quienes tuvieran el infortunio de hallarse en tránsito y de proceder de zonas contagiadas tenían obligación de deshacer su camino y retornar al infierno, bajo pena de muerte en caso de desacato:

*"(...) Sepades quanto servicio conviene que todas las personas y cargas de mercadurias que vinieren de las Ciudades (...) donde se padeze enfermedad de contagio y de otras partes donde se tiene sospecha se padeze (...) les agais notificar que pena de muerte y de confiscacion de bienes que se executara sin remision se vuelban luego via recta a la parte donde vienen sin entrar en poblado"*⁷.

7 ACM, Leg. 3, doc. 31. Carta al Corregidor de Guadalajara.

Para asegurar el cumplimiento de todo esto, el Consejo de Castilla –normalmente, pero también otras instituciones forales– establecieron controles en las principales vías de comunicación. El apoyo de los naturales y de los gobiernos locales era imprescindible para la viabilidad y la eficiencia de estas empresas, pues los exiguos recursos de los que disponía la monarquía o las diputaciones no alcanzaban para financiar estas grandes *guardas de sanidad*. Las más sencillas eran las de tipo de *cadena*. Esto es, aquellas que levantaban puestos de vigilancia a la entrada de determinadas localidades alternas comprendidas en una misma vía de comunicación. Sería el caso, por ejemplo, de la creada entre Requena, Moya y Arganda con motivo de la peste de Valencia de 1647 y con la clara intención de preservar del contagio a la Corte madrileña (Arquiola, La Parra, Peset y Peset, 1976). Pero también las hubo *envolventes* o *perpendiculares* asegurando no sólo una ruta, sino el confinamiento de todo un territorio. Una de las más espectaculares fue la levantada para cubrir toda Andalucía, en julio de 1650, desde los cuarteles de Llerena, Belalcázar, Almodóvar del Campo y Torre de Juan Abad (Alfaro y Marichalar, 2020).

En síntesis, las medidas adoptadas o sugeridas por la Corona podrían resumirse en preventivas (higiénico-sanitarias), paliativas (confinamientos y cuarentenas) y coercitivas (restringiendo movimientos). Éstas a su vez se dividían en las destinadas a una localidad en concreto y aquellas otras que formaban parte de una estrategia más amplia. La pregunta es ¿eran eficaces? La respuesta es poco concluyente: unas veces sí, otras no tanto y, excepcionalmente, llegaron a afectar negativamente contribuyendo a la propagación de la epidemia. Hubo mecanismos que funcionaron, como cuando se contuvo la peste del Levante y del sur peninsular lejos del interior, a mediados del siglo XVII merced a unas complejas guardas bien ejecutadas. En otras ocasiones, en cambio, es imposible valorar el grado de efectividad y aún de cumplimiento de las órdenes (confinamientos, limpieza, manipulación de los enfermos, etc.), pero la tuvo. Y cabe recordar, también, que algunos agentes del Estado fueron la causa del contagio como ocurriera, por ejemplo, con la soldadesca en los confines de Aragón durante la guerra de Cataluña (Maiso, 1982; Sanz y Solano, 2019).

2. TEORÍA Y PRÁCTICA DEL PODER LOCAL

No es preciso explicar que la teoría es por naturaleza más sencilla que su aplicación (Arrizabalaga, 1999). Por consiguiente, a continuación, analizaremos una serie de pautas que hemos considerado típicas, si bien solo pueden representar una fracción de la realidad. El contexto de cada localidad era único e irrepetible si quiera en ella misma, y así lo reflejan las curvas de defunción (Pérez Moreda, 1980). Cuando el peligro se cernía sobre sus cascos urbanos de manera precipitada e inesperada los concejos actuaban con urgencia y autonomía, sin esperar a nadie; situación que ocurría sólo cuando eran origen o se hallaban cerca del epicentro del brote. Lo habitual era contar con distancia, ver venir a la muerte negra poco a poco, con velocidades arrítmicas y siguiendo unas

rutas determinadas. Esto es, disponer de un tiempo precioso empleado en parapetar a los vecinos enrocándolos dentro de su propio caserío mediante la combinación de costumbres concejiles y órdenes superiores. Aún así el resultado era incierto. Cualquier pequeño error, algo meramente anecdótico podía dar al traste con todo y desencadenar la tragedia. En 1601, por ejemplo, un joven de Corella se escapó de casa y se marchó a Calahorra. Tras ser hallado fue devuelto a sus padres, pero en su regreso no iba sólo pasando a ser el "paciente 0" del drama (Alfaro, 2006: 181). Es más, el confinamiento estricto sólo podía mantenerse en tanto las despensas aguantaran mínimamente provistas, pues cuando quedaban vacías, se hacía indispensable abrir las puertas de las localidades y dejar entrar mercancías y abastos –si los había–; resquicios de los que la *Yersinia Pestis* también se podía valer para su propagación. La ecuación se repetía una y otra vez. Comenzaba con las noticias, el miedo y el aprovisionamiento febril, después seguían las restricciones de movimientos y, finalmente, el hambre sólo o acompañado de enfermedad y muerte. El episodio podía durar meses, hasta medio año o más, e incluso rebrotar en segundas o terceras oleadas (Eisen et al., 2008). En consecuencia, los poderes locales eran prácticos y oportunistas, cumplían con lo que se les indicaba cuando podían, cómo podían y en la forma que lo interpretaban, en estas centurias y en otros tiempos. (Roca, 2018).

El radio de acción de la gestión municipal, asimétrico y fluctuante, dibujaba ángulos muertos al verse mermado por diversas limitaciones. La primera de ellas era la derivada de las propias capacidades del lugar, las cuales variaban en función del volumen poblacional, de la riqueza del municipio e incluso del devenir histórico y del momento concreto. Muchos contaban con un hospital o al menos con cuadras o habitáculos así llamados destinados a sanatorio, pero los tamaños, los recursos económicos y las dotaciones los hacían sumamente heterogéneos (Perdiguero y Vidal, 2010). Un techo y una manta en el suelo podía ser toda la comodidad dispensada por unos. En otros en cambio –grandes hospitales u otros menores financiados por obras pías, fundaciones o con propiedades y rentas (siempre insuficientes)–, se ofrecía alimentación, medicina e incluso servicios médicos *De Gratia* (Fernández, 2000). Con todo, quien podía permitírselo moría, ordinariamente, en casa. Junto a los bienes materiales –muebles o inmuebles–, un segundo obstáculo era la falta de información y las falsas creencias o los remedios acientíficos y contraproducentes.

El tercer gran condicionante era, una vez más, el miedo (Delumeau, 1978; García et al., 1996; Fabre, 1998). Puede ser más fácil censurar o anular una acción que obligar a las personas aterrorizadas a hacer algo contra su voluntad. Son frecuentes las noticias que describen la fuga de las elites urbanas buscando cobijo en el mundo rural, pero también del personal sanitario huyendo con ellas antes de las fases más agudas de la epidemia. Así ocurrió durante el siglo XVI en Barbastro en 1531 (Salas, 1981) o en Zaragoza en 1564 (Alfaro, 2019), pero también en Barcelona y en otros muchos lugares durante el siglo XVII (Betrán, 1990). El desamparo en el que quedaban aquellas gentes podía ser casi total, pues a los huidos se añadía el problema de las defunciones de quienes se habían mantenido en primera línea del frente y la imposibilidad de reemplazarlos ni "(...) *por dinero o por caridad juntamente con dinero*" (Porcell, 1565: lib. I, cap.I).

En ocasiones el resultado describe escenas escatológicas: -cuerpos abandonados o mal enterrados, comidos por los perros y las alimañas, etc.-, y las localidades hacían frente como buenamente podía, tal y como muestran las siguientes partidas de gastos del ayuntamiento de Barbastro:

"El mismo día -30 de enero de 1531- por razón que feísmos enterrar una pobre que se la comían los perros, diles dos sueldos".

"Di 10 dineros -el 6 de abril- por razón que habyan uno en San Francisco y mal enterrado y se lo comían los perros. Hícele tornar a enterrar". (Salas, 1981: 49)

La última gran cortapisa era la económica –causa y consecuencia de otras- para las maltrechas haciendas municipales, pues la epidemia conllevaba graves trastornos y serios sobrecostos derivados del cierre de la actividad comercial, de la pugna por el abasto de unos bienes básicos limitados y de la especulación que los encarecía. Otros gastos añadidos provenían de la reparación de infraestructuras necesarias como murallas, puertas, ermitas y lazaretos, hospitales, etc.; o de la contratación de facultativos y la compra de medicinas y material sanitario. Cada población era un mundo con sus circunstancias (Jarque, 2016), pero para muchas llovía sobre mojado y la carestía bordeaba cuando no se inmiscuía en la calamidad facilitando el camino a la enfermedad y a la muerte (Brumont, 1989).

Doscientos años son muchos, suficientes para observar evoluciones en los modelos de prevención en unas sociedades occidentales en transición entre el atomismo bajo-medieval y un pretendido Estado cartesiano. En cualquier caso, en todos los accidentes la clave del éxito –incluso por encima de los tan necesarios medios materiales- radicaba en la aplicación de un método y en la capacidad de gestión de quienes tenían asignado el cometido (Lorite, 2002). Para ello había que saber, pero también mostrar valor y voluntad como el exhibido por el jurado (regidor) Joan Baptista Sala en la Zaragoza de 1564:

"(...) y assi entendimos con todas las fuerças humanas emplearnos en los remedios y salud de dicha ciudad proveyendo de triacas y medicinas de Balencia y otras parte, haziendo llevar de las calles los heridos al hospital, proveyendo de amas con gran lastima a los niños que quedaban a los pechos de sus madres muertas aquellas y esto con dificultad por estar ellos empestados y proveyendo assi mesmo a los otros niños ya grandes que quedaban sin padres de ponerlos en cobro y que no se juntassen con los otros que estaban sanos"⁸.

La metodología en el siglo XVI era muy elemental -heredada- y se apoyaba casi exclusivamente en el orden, la celeridad y la limpieza (Carreras, 1976). Separaban a las personas enfermas de las sanas y sometían a control a aquellas que hubieran estado expuestas a contagio; y lo mismo con los objetos. Si fallecían en casa, ésta quedaba cerrada, se sacaba el cadáver y el resto de cohabitantes asintomáticos o no cursaban

8 Copia del greuge dado en Cortes Generales por Joan Baptista Sala contra la Ciudad sobre su censal, 1585. Archivo Municipal de Zaragoza, serie facticia, 01.02, signat. 138-3/2 (bis).

allí mismo la cuarentena. Si el municipio estaba preparado los enfermos eran llevados al hospital o a un lazareto.. En los que no disponían de sanatorios (o de morideros) las ermitas de extramuros hacían las veces, pero cuando el mal estaba desbocado o los medios desbordados en unos y otros lugares la lucha se libraba dentro del casco urbano, en cada casa. Si los apestados eran numerosos, que era lo habitual, los médicos de los hospitales los solían dividir por sexos y, además, entre quienes tenían los bubones abiertos y cerrados; esto es, en cuatro grupos sin separarlos normalmente por edades. Los heridos solían ser curados una o dos veces al día si las fuerzas les permitía moverse, en caso contrario las curas y las posibilidades de supervivencia eran aun menores:

"En la puerta de la cuadra –habitación- havia dos vaxillos grandes llenos de vinagre, y salian de 10 en 10, y a lo que salian hechavan sus pegajos y appositos en dichos vasos grandes (...) y se mundificavan las ulceras lo mejor que podian (...) y mundificadas se assentavan en unos bancos grandes que havia a cada parte del corredor y los cirujanos acabavan de limpiar y mundificarles las ulceras y los curavan poniendoles el ungüento y apposito necesario (...). Mientras se curaban estos diez salian otros diez y hazian lo mesmo (...)" (Porcell, 1565: Lib. I, cap. I).

El poder local tenía una amplia potestad para gestionar la crisis, si bien para la toma de medidas extremas debía contar con la aprobación de instituciones superiores. Muchas ciudades tenían previsto en sus ordenanzas incluso la huida de las elites de la localidad durante las epidemias, y estipulaban el número mínimo de regidores (o de jurados) que podían salir y cuantos tenían que permanecer obligatoriamente para poder garantizar la gestión del municipio. Las tribulaciones generadas por la peste conllevaban más que las aparejadas a las inherentes a las medidas médicas o sanitarias. En los momentos inmediatos solía haber un tránsito de personas en direcciones opuestas –huyendo al campo o buscando amparo en los servicios de la ciudad-, y en el caos debía asegurarse el abasto y la protección de bienes y de unas personas expuestas a la enfermedad, al hambre y a la delincuencia (hurtos, violencias, abusos, etc.).

Los procedimientos del siglo XVII no fueron muy diferentes a los practicados en la centuria anterior, no podían serlo. La praxis médica o asistencial no había variado demasiado en tanto en cuanto la peste seguía siendo una enfermedad sin cura y no mediaba tampoco ninguna revolución tecnológica, pero hubo algunos cambios. El creciente número de hospitales y su desarrollo dotacional implementaron a lo largo de aquel periodo algunas capacidades logísticas y organizativas (Pérez Álvarez, 2011; Villagrasa, 2016). A ello debe sumarse el progresivo desarrollo del poder del Estado en algunos territorios ya en este periodo Habsburgo. El establecimiento de normas comunes de comportamiento, como las expuestas en tiempos de Felipe IV, facilitan al estudio su tarea al comparar su seguimiento, algo que no siempre es posible de realizar en momentos previos.

Un buen ejemplo del comportamiento generalizado lo ofrece la villa de Cabra en el preámbulo de la epidemia de 1651 (Luque, 1989). El temor a la peste declarada en Valencia en 1647 tardaría en cernerse sobre esta población cordobesa. La primera información relevante llegaría a través de una misiva del corregidor de Córdoba, don Gre-

gorio de Chaves y Mendoza, en agosto de 1648, tres meses después de la citada Real Provisión de 18 de mayo. En ella se comunicaba que Valencia y Murcia seguían contagiadas y se pedía que Cabra tomara medidas preventivas como realizar plegarias o extremar las precauciones en sus puertas de acceso⁹. Su caso es de manual. El peligro se consideraba aún lejano y las órdenes debieron cumplirse de forma bastante laxa. Se hallaban aún en la primera fase del protocolo recomendado por los Médicos de Cámara. Sin embargo, conforme pasaron los meses el riesgo fue creciendo y con él el temor y los controles. En enero de 1649 había caído Cádiz, en marzo Málaga, Cazorla, Quesada y Jaén, en abril Utrera y en junio Palma del Río, y Espejo; así como La Puente de Don Gonzalo (Puente Genil) al oeste de Cabra y Priego al este, al otro lado de la serranía. La villa estaba rodeada y era el momento de aplicar a rajatabla el protocolo contenidos en las instrucciones.

Ese mismo mes de junio, junto a los rezos y el mayor celo puesto en los accesos, se estableció la prohibición de movimiento para impedir que nadie entrara, pero también que no salieran salvo aquellos que debían realizar actividades productivas esenciales (campesinos, ganaderos, etc.) portando la correspondiente fe pública que les autorizara. Los días iban pasando y la sombra de la muerte negra no se disipaba. Así que las medidas tomadas sobre sus fronteras físicas de la localidad fueron implementadas por otras destinadas a intramuros. Limpios los espíritus, el siguiente paso era asegurar la salubridad del entorno público, por lo que se limpiaron las calles y se desautorizó el vertido de aguas sucias a las mismas o tener animales sueltos. Como particularidad, se vetó la cría de gusanos de seda dentro del casco urbano, pues la actividad sedera debía tener allí cierta relevancia, adaptando la norma general a la lógica y a la coyuntura del lugar. Ante la persistencia del riesgo, el regimiento intervino prohibiendo también las mudanzas entre viviendas y la introducción en la localidad de ropa alguna. La presión subió de grado cuando, por auto de 9 de julio de 1649, se ordenó el confinamiento total de la población estableciéndose unas rutinas rotas sólo en caso de extrema necesidad:

"(...) No dejar salir a ningún muchacho de doce años abajo ni a ningún mayor en los días de entre semana si no fuere mujer principal conocida de dichos comisarios (...) y en los días de fiesta dejen salir a todos para que tengan algun desahogo; y para que tengan donde puedan lavar sin salir de esta villa los días entre semana se le notifique al Alcalde del Agua eche todo el Caz -acequia- por el de esta villa todas las noches -so- pena para gastos de su morada (...) -y- que todos los vecinos de esta villa que junto a las puertas de las casas de su morada tuviesen algún animal muerto que cause olor lo quiten y entierren -so- pena de un ducado para gastos de la peste (...) -y- que ningún criado ni otra persona eche inmundicias ni vacíen los servicios en las calles -so- pena de cien azotes (...) y su amo que lo mandare pena de dos ducados para gastos de la peste (...)" (Luque, 1989: 99).

El ayuntamiento tenía poder y obligación para controlar y asegurar la salud del pueblo incluyendo la selección de las mercancías que podían entrar a su caserío y las que no; eligiéndolas tanto por su lugar de origen -sano o contagiado- como por sus cualidades. Así, por ejemplo, se paralizó la venta de leche, queso fresco, habas, cardillos, al-

9 Archivo Municipal de Cabra, Sanidad epidemias, leg. 168, 1 (Luque, 1989: 96).

cauciles (alcachofas) y otros productos que pudieran desencadenar cualquier problema alimentario. El año transcurrió y las medidas profilácticas en esta ocasión surtieron efecto preservando indemnes a los vecinos. ¿El mérito se debió sólo al protocolo? No, como dice el proverbio *el hombre propone y Dios dispone*. La autoridad concejil actuó conforme al reglamento y a la costumbre, pero también tuvo la suerte de cara. Hubo motivos sobrados para que el desenlace hubiera sido perfectamente otro. Si en el caso de Corella en 1601 el detonante fue una travesura juvenil, en Cabra se “jugó con fuego” si hemos de creer la advertencia que el 7 de junio de 1649 hacía su señor jurisdiccional el duque de Sessa. Según indicaba, algunos egabrenses creyeron encontrar un buen negocio en el contrabando de las ropas abandonadas por los enfermos o los muertos de peste en otras localidades próximas. Al parecer pretendieron hacerse con ellas e introducirlas clandestinamente en Cabra para reutilizarlas o venderlas:

“Habiendo persona celosa del bien de estas repúblicas, que ignoro quien sea porque acudió a un confesor para que de bajo del secreto de la dicha confesión no puede decir quien era, pero que daba beneplácito para que me diese cuenta de la mayor maldad que puede pensarse de cristianos contra su misma patria que siempre debe mirarse como nadie, y es que se concertaron dieciocho para ir a Sevilla, como con efecto dicen lo han hecho, según el tiempo que salieron parece volverán dentro de dos o tres días poco más o menos, que irían a aprovecharse de la ropa que pudiesen de todos los que hubieren muerto de peste y mercancías que hallasen y que los otros ocho que habían quedado en el lugar lo ayudarían a meterla; y procurando cumplir con el oficio en que Dios me puso de padre de mis súbditos, deseando averiguar y castigar maldad tan atroz y librar tantos inocentes, ordené se empadronasen todos los hombres de diez años arriba para que así se averiguase los que faltasen, y no habiendo podido averiguar como convenía he parecido (sic) hacerlo público en el lugar para que cada uno de conforme a sus obligaciones o bien en el amparo de sus mujeres, hijos y patria, dando cuenta de tan grande maldad, que a cualquiera que lo descubriese se darán cien ducados y se le perdonará aunque sea de los mismos cómplices, dentro de dos días, advirtiéndole que si se le averiguase que lo ha sabido y no ha dado la dicha cuenta, pena de doscientos azotes y galeras perpetuas y perdimiento (sic) de bienes, y si fuere noble pena de perdimiento de bienes y al peñón de por vida; todo lo cual mando se pregone públicamente en las plazas y partes públicas de esta villa; y que si fuera cómplice y no lo declarase incurre en pena de la vida y perdimiento de bienes (...)”¹⁰.

El celo del regimiento se vio reforzado (o forzado) por una institución intermedia, su señor jurisdiccional. Sin embargo, los supuestos delincuentes no fueron descubiertos. Esto puede ser indicio de otro tipo de problemática y de tensiones y, sin duda, revela fisuras entre las personas responsables de la gestión poniendo en cuestión la viabilidad de la misma. Cabra no fue una excepción. En 1598, pongamos otro ejemplo, el concejo de Almansa se enfrentó a su corregidor, don Alonso Ramírez de Arellano, cuando éste abrió proceso contra dos de sus regidores -Miguel Galiano Puche y Juan Gonsálbez- a quienes acusaba de desobedecer las órdenes de seguridad e introducir lana en Valencia en tiempos de peste (Arráez, 2018). En Cabra las Parcas estuvieron del lado de la vida y ésta quedó libre de contagio, pero las tres hermanas griegas son caprichosas y quien juega con fuego suele terminar quemándose. Dos años más tarde la peste entró sin misericordia en la villa cordobesa.

10 Orden del señor de Cabra, de 7 de junio de 1649 (Luque, 1989: 101-102).

Como hemos visto, hacía tiempo que el señor de Cabra daba palos de ciego, pero insistía una y otra vez en que no se mercadeara con ropa. Desconocemos como operaban, quienes o cómo eran encubiertos, pero en el negocio pudieron participar personas de muy distintos estamentos y condiciones:

"(...) para mayor seguridad de que ninguna persona pueda entrar ropa ni otra cosa de las prohibidas, daréis orden en las puertas para que no dejen salir a ningún clérigo, así sacerdote como capellán que goza de fuero eclesiástico, y si salieren no se les dejará volver a entrar –bajo pena de cincuenta ducados al comisario que faltase a esta orden (...)"¹¹.

Finalmente, en junio de 1651 –quizá procedente de Priego- la peste bubónica hizo acto de presencia en la localidad. No podemos saber si el motivo se debió a una mala gestión, a la corrupción o a la casualidad. En cambio, sí conocemos que Lucena, situada junto a Priego y Cabra, logró mantenerse a salvo durante aquel mismo episodio (Paoletti, 2019). Confirmado el contagio saltaron todas las alarmas. Se habilitaron sus ermitas como hospitales de emergencia, se endurecieron las medidas y las condenas para los desobedientes y se ordenó el exterminio sistemático de todos los animales de compañía *"(...) porque algunas personas –contagiadas-y se han llevado al hospital a curarse y se han cerrado –sus casas- y en ellas hay algunos gatos y perros que echan la falta de los dueños –y- pueden pasar a otras casas sanas, lo cual puede ser causa de extenderse el dicho contagio (...) –por lo que se ordena- que todos los vecinos de esta villa maten todos los perros y gatos así de las casas cerradas como de otras cualesquiera casas (...) so pena de seiscientos maravedís para gastos del hospital (...)"* (Luque, 1989: 104). Era la forma de prevenir los contagios y escenas inenarrables, pero ya era tarde. A finales de agosto de 1651 muchos ropajes de la villa –y aquellos otros con los que supuestamente se especuló pese a estar impregnados de ese olor a muerte- fueron quemados no sin antes haber dejado un reguero de dolor y de destrucción. Los hogares afectados, además, tuvieron que ser picados y enlucidos, ahumados y repintados, un gasto extra sufragado por los más afortunados. Muchos vecinos dieron con sus huesos en cal en una de las dos fosas comunes abiertas extramuros, tapiadas eso sí, para impedir que nadie pudiera respirar aquellos vapores contagiosos de los que les habían advertido los médicos de la Cámara Real.

Es indudable que el cotidiano malvivir al que gran parte de la sociedad del Antiguo Régimen estaba condenada se volvía asfixiante en periodos epidémicos (Carmona, 2018). Entre las pautas que parecen repetirse se hallan las relativas al conflicto en todas las variables posibles, sobre todo de vecinos contra vecinos, revueltas por carestía e incluso tensiones entre localidades cercanas por la disputa de unos recursos exigüos (Nadal y Giralt, 1960; Brumont, 1989; Betrán, 1990; Crespo, 2019; etc.). Este *Duelo a garrotazos*, como diría Goya, no siempre puede ser entendido como una riña pueblerina, analfabeta y miserable, si bien también podemos encontrarlos por ambiciones individuales o especulativas. Normalmente, lo que estaba en juego era mucho

11 Orden del señor de Cabra de 8 de febrero de 1650 (Luque, 1989: 101).

más importante, era la propia supervivencia. Si regar antes y mejor que otro agricultor podía asegurar una mejor cosecha y no morir de hambre; en estos periodos de pestilencias y de escasez, extrapolando el símil, la clave de la vida misma podía estribar en comprar o hacerse con recursos antes y mejor que la población contigua y, por supuesto, en impedir que los atesorados salieran fuera del término municipal, en especial si se trataba de alimentos. Esta lucha no tiene una fecha específica ni un nombre particular. La inmensa mayoría de las localidades las libraron por unos u otros motivos generando idiosincrasias particulares entendibles tan sólo desde la microhistoria. Para ejemplificar nos serviremos de Cartagena a mediados del siglo XVII, por confluir allí un conflicto de –al menos- doble naturaleza. Declarada la peste el año 1647, el corregidor de Murcia quiso refugiarse en el casco urbano cartagenero, pero su regimiento le negó la entrada alegando riesgo de contagio. Las malas nuevas terminaron de electrificar un ambiente ya de por sí cargado y el conflicto velado afloró de forma descarnada. Muchas poblaciones de la región actuaron de manera unilateral iniciando una carrera por acaparar la mayor cantidad de productos posibles antes de cerrar sus puertas. El mercado se interrumpió y los lugares productores prohibieron exportar nada. Lorca no acudió a la llamada de auxilio de una Cartagena amenazada tanto o más por el hambre que por la peste. La coyuntura mejoraría para la ciudad costera tras la llegada de un flete de *"mil quince quintales de bacalao, lo que dio lugar a que el Alcalde mandara pregonar la orden de prohibir la salida de esta salazón para ninguna parte, sobre todo para Lorca"* (Casal, 1981: 82). ¿Podemos tachar estos comportamientos de egoístas e insolidarios? En principio en absoluto, era la lucha por la vida. La propia Lorca en junio de ese año 1648 suspendió todos sus pagos, y en agosto debió ser auxiliada por la Corona con el envío de bastimentos y de medicinas esenciales, declarándose arruinada entre otros factores por el cierre de los mercados que tanto había castigado también a Cartagena (Crespo, 2019: 157).

CONCLUSIONES

El ser humano siempre ha convivido con epidemias, incluso ahora que los medios tecnológicos y los avances médicos parecen tener grandes capacidades. Las sociedades del siglo XVI y XVII estaban acostumbradas y eran conscientes de que estos episodios podían darse en cualquier momento y circunstancia, como de hecho ocurría cíclicamente. Para ellas era algo muy habitual, como lo había sido en el siglo XV o lo continuaría siendo en el XVIII. De modo que, si en aquel largo periodo los avances de la medicina no fueron sustancialmente relevantes como para distanciarlas en el tiempo o aminorar su peligrosidad, y si las medidas profilácticas seguían siendo las mismas o muy parecidas desde hacía siglos, parece evidente que, por encima de la casuística coyuntural, los cambios más representativos deben buscarse en los sistemas organizativos. Procedimientos sometidos, a su vez, a un contexto histórico muy concreto dentro de ese lento desarrollo del Estado moderno. Cada lugar, cada territorio, cada demarcación jurisdiccional siempre se verá afectado por su propia realidad jurídica, política,

cultural y de toda índole, ocurría en el siglo XVI y en el XX, y lo hace en la actualidad. Sin embargo, la constatación de esta rica realidad no impide comprobar la existencia de otra fuerza dirigida al establecimiento de criterios y normas aglutinantes, quizás con más de una intención –legítima o no tanto–, pero que en la lucha contra este tipo de enfermedades contagiosas pudo suponer un avance relativo. Dicho de otro modo, el reagrupamiento de poderes y de estados en los primeros siglos de la Edad Moderna tuvo su reflejo en los modos de combatir las epidemias.

El asimétrico poder que la Monarquía Hispánica mantuvo en sus territorios peninsulares durante todo el periodo aquí estudiado, posiblemente, contribuyó a generar múltiples respuestas ante un mismo problema. Aún así, la lógica y el paulatino proceso de adecuación entre los poderes estatales y los consuetudinarios de sus reinos y regiones fueron encajando modelos de intervención transversal cuya única finalidad era preservar la salud de las personas. Ya no bastaba con cerrar las viejas fronteras medievales, aunque se continuara haciendo. En el siglo XVII esta coordinación se hace patente no sólo con la publicación de Provisiones Reales dando órdenes o asesorando sobre cuáles debían ser los protocolos de intervención dentro de los pueblos, sino incluso al establecer guardas de control encadenadas en vías de comunicación que unían territorios jurídicamente diferentes como ocurriera, por ejemplo, durante la peste de Valencia de 1647.

Otra cuestión muy distinta, y complementaria, es la visión que de esas medidas podrían tener los poderes locales. La teoría no siempre encaja de igual modo en todas sus aplicaciones prácticas. La documentación nos ofrece una casuística casi inabarcable –como es bien sabido–, pero en su desbordante diversidad parecen vislumbrarse algunas pautas generales o extendidas. Una de ellas apunta al grado de aceptación que las órdenes e indicaciones dadas por las instituciones superiores tuvieron por parte de las subordinadas. Durante los brotes de peste bubónica, salvo excepciones, no se aprecian grandes rechazos ni tensiones añadidas a las inherentes de la compleja situación, si bien el asunto debe analizarse con mayor profundidad –hecho que posibilitará quizá proponer otras interpretaciones–. En apariencia, existió por parte de los poderes concejiles una predisposición a colaborar, al menos formalmente, incluso en el reparto de los gastos derivados de la toma de medidas excepcionales dentro de sus posibles y por imperativo legal.

El paulatino establecimiento de un sistema similar para todos los municipios, con una política de Estado (incompleta) y un aparato logístico coordinado no garantizaba en absoluto el éxito. En ciertas ocasiones las acciones tomadas surtieron efecto, como en 1647-1654 cuando logró preservarse del brote periférico al interior castellano, pero en otros muchos momentos fracasaron. La heterogeneidad en los medios y las capacidades de quienes debían ponerlos en práctica fueron factores determinantes. Los primeros, pese a ser siempre insuficientes, eran fluctuantes en cada localidad y en cada momento, lo que dio pie al surgimiento de disputas y tensiones entre vecinos, de éstos con las autoridades e incluso entre poblaciones próximas abocadas a competir entre ellas por unos recursos básicos muy limitados. Si a esta base teórica se suman otros componentes como pueden ser las ambiciones personales en sus variantes lícitas e

inconfesables, el crecimiento o el descenso de los volúmenes poblacionales y de los flujos migratorios, las guerras y las carestías e incluso el propio azar, entenderemos porqué las medidas tomadas por las administraciones tuvieron una eficacia tan desigual pese a su progresivo desarrollo y homogeneización.

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO DE LOS REYES, Jesús (1989): "La peste de 1649: las *collaciones* de Santa Cruz y San Roque", *Archivo Hispalense*, 72, 219, pp. 45-56.

ALBEROLA ROMÁ, Armando (2014): *Los cambios climáticos. La pequeña Edad de Hielo en España*, Madrid, Cátedra.

ALFANI, Guido (2010): "The effects of plague on the distribution of property: Ivrea, Northern Italy 1630", *Population Studies*, 64, 1, pp. 61-75.

____ (2013): "Plague in seventeenth-century Europe and the decline of Italy: an epidemiological hypothesis", *European Review of Economic History*, 0, pp. 1-23.

ALFARO PÉREZ, Francisco José (2006): *La Merindad de Tudela en la Edad Moderna: Demografía y Sociedad*. Tudela, Asociación de Demografía Histórica (ADEH)- Institución Fernando el Católico.

____ (2019): *Zaragoza 1564. El año de la peste*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

ALFARO PÉREZ, Francisco José y MARICHALAR VIGIER, Francisco Javier (2020): "La peste en España a mediados del siglo XVII (1647-1654). Medidas profilácticas y repercusiones comerciales", *Investigaciones de Historia Económica-Economic History Research*, 16, 4. Special issue. Pandemias in History, pp. 23-34.

ÁLVAREZ SANATALÁ, León Carlos (1983): "La población de Sevilla en las series parroquiales: siglos XVI-XIX", en *Actas II Coloquio de Historia de Andalucía. Andalucía Moderna*, t. I, Córdoba, pp. 1-19.

ANES, Gonzalo (1970): *Las crisis agrarias en la España moderna*, Madrid.

ARDIT LUCAS, Manuel (1995): "La mortalidad en el País Valenciano Preindustrial. El Marquesado de Llombai (Ribera Alta, País Valenciano), 1620-1820", en *Actas del III Congreso da ADEH*, vol. 1, pp. 167-186.

____ (2017): "La crisi del segle XVII al País Valencià i Catalunya", *Recerques: Història, Economia i Cultura*, 72-73, pp. 105-118.

ARQUIOLA, Elvira; LA PARRA, Santiago; PESET, José Luis y PESET, Mariano (1976): "Madrid, villa y corte ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Estudis. Revista de Historia Moderna*, 5, pp. 29-46.

ARRÁEZ TOLOSA, Alfonso (2018): "El paso de la epidemia de peste atlántica de 1596-1602 por Almansa", *Al-Basit*, 63, 175-214.

ARRIZABALAGA, Jon (1999): "Discurso y práctica médica frente a la peste en la Europa Bajomedieval y Moderna", *Revista de Historia Moderna*, 17, pp. 11-20.

BALLESTEROS RODRÍGUEZ, Juan (1982): *La peste en Córdoba*, Córdoba, Diputación de Córdoba.

BAU, Andrea María y CANAVESE, Gabriela Fernanda (2010): "Sepultureros y enterradores. La manipulación de cuerpos y objetos en época de peste durante la baja Edad Media y la temprana modernidad", *Cuadernos de Historia de España*, 84, pp. 91-114.

BEÇON, J. B. (1655): *Breve tratado de la peste y fiebre pestilente*, Zaragoza.

BENNASSAR, Bartolomé (1969): *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne à la fin du XVI^e siècle*, Paris, SEVPEN.

BERETTA, Marco (2003): "The Revival of Lucretian Atomism and Contagious Diseases During the Renaissance", *Medicina Nei Secoli*, 15, 2, pp. 129-154.

BETRÁN MOYA, José Luis (1990): "Sociedad y peste en la Barcelona de 1651", *Manus-crits*, 8, pp. 255-282.

_____ (1994): "La peste como problema historiográfico", *Manus-crits*, 12, 283-319.

_____ (2006): *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, Madrid, La Esfera de los libros.

BIRABEN, Jean-Noel (1975-1976): *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*, Paris, Mouton, 2 vols.

_____ (1987): "La epidemia de peste en Europa y en los países de la Cuenca del Mediterráneo", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, V, 3, pp. 64-83.

BLANCO CARRASCO, José Pablo (2016): "Laurel y ramos de naranjo. La lucha contra la epidemia de 1682 en una pequeña comunidad rural", en JARQUE MARTÍNEZ, Encarna (ed.), *Cuando las cosas van mal. El concejo y la gestión de sus dificultades (siglos XVI-XVIII)*, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza, pp. 109-134.

BLANQUER RESELLÓ, Vicente (2016): *El comercio naval de importación de Valencia en el tercer cuarto del siglo XVII (1651-1675)*, Tesis doctoral, Valencia, Universitat de València.

BOAS, Marie (1994): *The Scientific Renaissance, 1450-1630*, New York, Dover Publications.

BRUMONT, Francis (1989): "Le pain et la peste: épidémie et subsistances en Vielle Castille à la fin du XVI^e siècle", *Annales de Démographie Historique*, 1, pp. 207-220.

CABAL, Melquíades (1987): "Epidemia de peste en Oviedo en 1598: estudio y consideraciones", *Boletín del Instituto de Estudios Asturianos*, 121, pp. 103-144.

CABALLERO PONCE, José Fernando (2016): "Las dificultades para cumplir la cuarentena en Murcia durante la peste de 1648", *Revista Autónoma*, 9, pp. 51-69.

____ (2018): *El año de la plaga: mecanismos de defensa ante la peste de 1648 en la ciudad de Murcia*, Murcia, Universidad de Murcia.

CAPMANY y MONTPALAU, Antonio (1792): *Memorias históricas sobre la Marina, comercio y artes de la Antigua ciudad de Barcelona*, Madrid, Imprenta de don Antonio de Sancha. T. IV.

CAMPS CLEMENT, Manuel; ALER IBARZA, Cristina y CAMPS SURROCA, Manuel (1991): "Notas sobre la peste de 1651-1652 en Huesca", en *Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Zaragoza, vol. 2, pp. 459-474.

CARMONA GARCÍA, José Ignacio (2004): *La peste en Sevilla*, Sevilla.

____ (2018): *Crónica urbana del malvivir (siglos XVI-XVII): insalubridad, desamparo y hambre en Sevilla*, Sevilla, Universidad de Sevilla.

CARRASCAL MUÑOZ, José María (2006): *La guerra de Dios: peste y milagro en la Bahía de Cádiz*, Sevilla, Universidad de Sevilla-Ateneo de Sevilla.

CARRERAS PANCHÓN, José Manuel (1976): *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*, Salamanca.

____ (1992): "Sociedad y enfermedades: la peste", *Cuadernos de sección. Ciencias médicas*, 2, pp. 99-111.

CASAL MARTÍNEZ, Federico (1981): "Dos epidemias de peste bubónica en Cartagena (1648 y 1676) y una terrible de paludismo en 1785", en VV. AA., *De historia medica murciana: las epidemias*, v. II, Murcia, Academia Alfonso X el Sabio, pp. 67-165.

CIRES ORDÓÑEZ, Juan Manuel y GARCÍA BALLESTEROS, Pedro Enrique (1996): "Las epidemias de 1649 y 1709 en la parroquia del Sagrario de Sevilla", en *Actas del II Congreso de Historia de Andalucía, Historia Moderna*, v. 7, Sevilla, pp. 89-101.

CONTRERAS GAY, José (2000): "Penurias, desorden y orden social en la Andalucía del siglo XVII", en MARTÍNEZ DE SAN PEDRO, María de los Desamparados (coord.), *Los marginados en el mundo medieval y moderno*, Almería, pp. 211-226.

CONTRERAS MAS, Antonio (1977): "Legislación frente a la peste en Mallorca Bajomedieval", en *Medicina & Historia: revista de Estudios Históricos de las Ciencias Médicas*, 74, pp. 7-25.

CRESPO ALEDO Javier Alberto (2019): "Prevenciones y remedios contra la peste en la Lorca moderna (siglos XVI y XVII)", *Alberca: Revista de la Asociación de Amigos del Museo Arqueológico de Lorca*, 17, pp. 141-163.

CUADRAT, José María; ALFARO PÉREZ, Francisco José; TEJEDOR, Ernesto; SERRANO-NOTIVOLI, R.; BARRIENDOS, Mariano y SAZ, Miguel Ángel (2016): "La sequía de mediados del siglo XVII en el valle del Ebro. Características climáticas e impacto so-

cial del evento", en HERNÁNDEZ, María; OLCINA, Jorge y VERA, Fernando (coords.), *Paisaje, cultura territorial y vivencia de la Geografía*, Alicante, Universidad de Alicante, pp. 883-893.

DELUMEAU, Jean (1978): *La peur en occident*, Paris.

DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio (1983): *Política y hacienda de Felipe IV*, Madrid, Pegaso.

EISEN, Rebeca J.; PETERSEN, Jeannine M.; HIGGINS, Charles L.; WONG, David; LEVY, Craig E.; MEAD, Paul S.; SCHRIEFER, Martin E.; GRIFFITH, Kevin S.; GAGE, Kenneth L. and BEARD, C. Ben (2008): "Persistence of Yersinia Pestis in soil under natural conditions", *Emerging Infectious Diseases*, 4, 6, pp. 941-943.

ENRICH POLA, Gracia (1993): *La peste en Cataluña durante el siglo XVII*. Su incidencia en la ciudad de Terrassa (1652), Tesis doctoral, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.

ESCRICHE, J. (1655): *Tratado de la peste de Zaragoza en el año 1652*, Pamplona.

FABRE, Gerard (1998): *Epidemies et contagions: La imaginaire du mal en occident*, Paris, Presses Universitaires de France.

FERNÁNDEZ DOCTOR, Asunción (2000): *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

FERNÁNDEZ MARTÍN, Javier (2013): "Análisis sociodemográfico de la parroquia de San Andrés de Sevilla (1632-1662)", *Archivo Hispalense*, 96, pp. 215-233.

FRANCH BENAVENT, Ricardo (2008): "El comercio en el Mediterráneo español durante la Edad Moderna: el estudio del tráfico a su vinculación con la realidad productiva y el contexto social", *Obradoiro de Historia Moderna*, 17, pp. 77-112.

FUSCO, Idamaria (2007): *Peste, demografia e fiscalità nel Regno di Napoli del XVII secolo*, Milano.

GARCÍA-BAQUERO LÓPEZ, Gregorio (1982): *Estudio demográfico de la parroquia de San Martín de Sevilla (1551-1749)*, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla.

GARCÍA CÁRCCEL, Ricardo; PEÑAFIEL RAMÓN, Antonio; BETRÁN MOYA, José Luís y ARRIZABALAGA VALBUENA, Jon (1996): "Miedo a la peste", *Historia* 16, 247, pp. 49-75.

GAVALDA, Francisco (1651): *Memoria de los sucesos particulares de Valencia y su Reino en los años mil seiscientos quarenta y siete y quarenta y ocho, tiempo de peste*, Valencia.

HERNÁNDEZ FRANCO, Juan (1982): "Morfología de la peste de 1677-78 en Murcia", *Estudis. Revista de Historia Moderna*, 9, pp. 101-130.

HERVÁS CRESPO, Gonzalo (2015): "Huye luego, leños y largo tiempo. La pintura de niños de Murillo y la peste de Sevilla de 1649", *De Arte: Revista de Historia del Arte*, 14, pp. 78-89.

JARQUE MARTÍNEZ, Encarna (coord.) (2016): *El concejo en la Edad Moderna. Poder y gestión de un mundo en pequeño*, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza.

JIMÉNEZ ALCAZAR, Juan Francisco (1991): "La peste de 1507-1508 en Murcia y Lorca: contagio y muerte", *Miscelánea medieval murciana*, 16, pp. 123-148.

LATORRE ZACARÉS, Ignacio (2018): "La peste en Requena durante los siglos XVI y XVII, sistemas fronterizos de profilaxis y vigilancia", *Cuadernos de Geografía*, 100, pp. 149-171.

LEÓN VEGAS, Milagros (2003): "Incidencia de una crisis epidémica en Antequera: la peste de 1581-1583 a través de las actas del concejo", *Baetica, Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de la Universidad de Málaga*, 25, pp. 547-574.

_____ (2007): *Dos siglos de calamidades públicas en Antequera: crisis, epidemias y desastres naturales (1599-1804)*, Antequera, Fundación Municipal de Cultura.

_____ (2012): "La plaga con que castiga Dios los pecados de los hombres: langosta y campo andaluz en la Edad Moderna", *Estudios de Historia y Sociedades*, 33, 19, pp. 87-123.

LLOPIS AGELÁN, Enrique (2010): "La crisis económica en la España del siglo XVII: la decadencia de Castilla", en FURIÓ, Antoni (coord.), *Las crisis a lo largo de la Historia*, Valladolid, Universidad de Valladolid, pp. 47-96.

LÓPEZ PIÑERO, José María (2008): *Breve historia de la medicina*, Madrid, Alianza.

LORITE MARTÍNEZ, Isabel (2002): "Las autoridades valencianas ante las amenazas de la peste en el siglo XVI", *Saitabi: revista de la Facultat de Geografia i Història*, 51-52, pp. 246-258.

LUQUE MURIEL, Francisco de Borja (1989): "La villa de Cabra en el Antiguo Régimen: la peste de 1648 a 1651", *Espacio, Tiempo y Forma, Serie IV, Historia Moderna*, 2, pp. 81-110.

MAISO GONZÁLEZ, Jesús (1982): *La peste aragonesa de 1648 a 1654*, Zaragoza.

MARCOS MARTÍN, Alberto (2006): "¿Fue la fiscalidad regia un factor de crisis en la castilla del siglo XVII?", en PARKER, Geoffrey (coord.), *La crisis de la monarquía de Felipe IV*, Barcelona, Crítica, pp. 173-254.

MARIMÓN i LLUCIÀ, M. Rita (2016): "La incidència de la pesta sobre la revolea catalana de 1640-1652", *Gimbernat*, 66, pp. 67-78.

MARTÍNEZ GOMIS, Mario (1982): "La larga espera de la muerte en una ciudad valenciana del siglo XVII: Orihuela ante la peste de 1676-1678", *Revista de Historia Moderna: Anales de la Universidad de Alicante*, 2, pp. 135-166.

MORALES PADRÓN, Francisco (reed.) (1981): *Memorias de Sevilla (1600-1678)*, Córdoba, Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba.

MURUGARREN ZAMORA, Luis (1984): "La peste en Guipúzcoa (1597-99)", *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, 40, 1-2, pp. 247-269.

NADAL, Jordi y GIRALT, Émili (1960): *La population catalane de 1553 à 1717. L'émigration française et autres facteurs de son développement*, Paris.

NADAL, Jordi (1974): *La población española (siglos XVI a XX)*, Barcelona, Ariel.

- ORTIZ DE ZÚÑIGA (1677): *Anales eclesiásticos y seculares de la Muy Noble y Muy Leal ciudad de Sevilla, que contiene sus más principales memorias desde el año 1246 hasta el de 1671*, Madrid, Imprenta Real.
- PARKER, Geoffrey (coord.) (2006): *La crisis de la monarquía de Felipe IV*, Barcelona, Crítica.
- PAOLETTI ÁVILA, Elena (2019): "La respuesta institucional del cabildo de Lucena frente a la peste de 1679", *Chronica Nova*, 45, 321-336.
- PERDIGUERO GIL, Enrique y VIDAL HERNÁNDEZ, Joseph Miquel (coords.) (2010): *La ciudadela de los fantasmas: lazaretos y protección sanitaria en el mundo moderno*, Menorca, Institut Menorquí d'Estudis.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1980): *La crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX*, Madrid, Editorial Siglo XXI.
- PÉREZ MOREDA, Vicente, REHER, David y SANZ GIMENO, Alberto (2015): *La conquista de la salud*, Madrid, Marcial Pons.
- PETRACCONI, Claudia (1977): "La difusa contro la peste: prevenzione e controllo dell'epidemia nelle pestilente di Terra di Bari (1690-1692) e Noja (1815-1816)", *Archivio Storico per le Province Napolitane*, XVI, pp. 253-280.
- PINO JIMÉNEZ, Alfonso (1994): *Demografía rural sevillana en el Antiguo Régimen: Utrera, Los Palacios-Villafranca y Dos Hermanas: 1600-1850*, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla.
- PLÁ ALBEROLA, Primitivo José (1985): "Hambre, peste y guerra. Los embates de la muerte en el condado de Cocentaina (1609-1709)", *Revista de Historia Moderna*, 5, pp. 67-126.
- PORCELL, Joan Thomás (1565): *Información y curación de la peste de Çaragoça y prae-servación contra la peste en general*, Zaragoza, Viuda de Bartolomé de Nágera.
- PORQUICHO MOYA, Isidoro (1994): *Cádiz, población y sociedad: 1597-1650*, Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz.
- PUERTO, Francisco Javier (2013): *Los remedios contra la peste negra*, Madrid, Real Academia Nacional de Farmacia.
- REGLÁ, Joan (1963): "Entorno a la hacienda de Felipe IV: notas sobre la contribución de Cataluña", *Saitabi: Revista de la Facultat de Geografia i Història*, 13, pp. 77-81.
- ROCA CABAU, Guillem (2018): "Medidas municipales contra la peste de Lleida del siglo XIV e inicios del XV", *Dynamis*, 38, 1, pp. 15-39.
- RODRÍGUEZ ALEMÁN, Isabel (2002): *Sanidad y contagios epidémicos en Málaga (siglo XVII)*, Málaga, Biblioteca Popular Malagueña, 91.
- SALAS AUSÉNS, José Antonio (1981): "La incidencia social y costo económico de la peste de 1531 en Barbastro", *Estudios. Revista del Departamento de Historia Moderna de la Universidad de Zaragoza*, 1980-81, pp. 35-53.

SANABRE, José (1956): *La acción de Francia en Cataluña en la pugna por la hegemonía de Europa (1640-1659)*, Barcelona.

SANZ CAMAÑES, Porfirio y SOLANO CAMÓN, Enrique (2019): "El impacto de la Guerra de Cataluña en Aragón: la difícil convivencia entre las tropas y la población civil", *Revista de Historia Jerónimo Zurita*, 94, pp. 67-93.

TORRES SÁNCHEZ, Rafael (1990): *Aproximación a las crisis demográficas en la periferia peninsular. La crisis de Cartagena durante la Edad Moderna*, Cartagena, Ayuntamiento de Cartagena.

VILAR DEVIS, Mercedes (1992): "La peste del siglo XVII en Valencia. Su incidencia y repercusión en el Hospital General (1600-1700)", *Estudis. Revista de Historia Moderna*, 18, pp. 119-146.

VILLAGRASA ELÍAS, Roberto (2016.): *La red de hospitales en el Aragón medieval (siglos XII-XV)*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.

ZUBIRI VIDAL, Fernando (1960): "La peste del año 1652 en Zaragoza", *Archivo de Estudios Médicos Aragoneses*, 8-9, pp. 243-263.

La incidencia de la gripe de 1918 a escala local: El Valle del Esla*

The incidence of 1918 influenza on a local scale: The Esla Valley

FECHA DE RECEPCIÓN: JUNIO DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: OCTUBRE DE 2020

María Pilar Brel Cachón ^a

Palabras clave

Gripe
Epidemia
Pandemia
Mortalidad
Virus
Causas de muerte

Resumen

La grave pandemia actual debida al coronavirus trae a la memoria la terrible mortalidad que supuso la gripe de 1918. Este trabajo analiza cómo afectó aquella epidemia a una comarca rural de las provincias de León y de Zamora, a pueblos pequeños que se vieron inmersos en la enfermedad, sin contar con ningún remedio para combatirla, lo que permite ver cómo, a pesar de los años, de los avances médicos y del desarrollo económico, la situación actual tiene varios aspectos semejantes al desastre sanitario de hace un siglo.

Keywords

Influenza
Epidemic
Pandemic
Mortality
Virus
Causes of death

Abstract

The current severe coronavirus pandemic brings to mind the terrible mortality caused by the 1918 influenza. This article explores how that epidemic affected a rural region in León and Zamora provinces of northwest Spain. Small towns were immersed in the disease with extremely limited remedies to combat it. Despite the years, medical advances and economic development, the situation today presents several parallels with the health crisis of a century ago.

* Este ensayo es una versión renovada y más amplia de un capítulo de mi tesis doctoral: *La transición demográfica en el Valle del Esla. Enfermedad y muerte*, defendida en la Universidad Salamanca en 1998.

a Universidad de Salamanca. Departamento de Economía e Historia Económica. C.e.: brel@usal.es

INTRODUCCIÓN

Las pandemias, precisamente por su condición de pandemias, afectan a todos los lugares sin distinción y tienen consecuencias no solo a escala nacional, sino también a escala local. Presentamos aquí un trabajo que analiza los efectos de la gripe de 1918 en una comarca rural, el Valle del Esla, un espacio reducido donde pueden observarse de manera muy detallada las consecuencias de la enfermedad, las actitudes que tomaron los ciudadanos ante ella y las respuestas de las autoridades.

Podemos valorar aquellos momentos a la luz de nuestra perspectiva actual y apreciar las muchas semejanzas que guardan con el tiempo presente. Es muy interesante comprobar cómo, a pesar de los enormes avances médicos y sanitarios conseguidos a lo largo de un siglo, ante algunas enfermedades siguen siendo válidas las medidas preventivas: entonces y ahora, los médicos proponen el aislamiento de los enfermos, guardar las cuarentenas y que se observen las distancias. De nuevo, las autoridades dudan sobre cuándo y cómo tomar medidas que se saben impopulares, y otra vez surge el debate político sobre estas disposiciones. E incluso algunos problemas que se presentaron entonces vuelven a plantearse ahora, entre otros, el de contabilizar con rigor el número de fallecidos por la enfermedad pandémica.

1. LAS CIFRAS DE LA PANDEMIA

"La epidemia entretanto seguía extendiéndose de unos a otros pueblos y en todos ellos su explosión producía verdadero pánico; la escasez de recursos económicos de la mayoría del vecindario, las cualidades nada higiénicas de gran número de viviendas, la falta de personal de asistencia por el excesivo número de familias al mismo tiempo invadidas, las deficiencias inevitables que por esta misma causa hubo de tener la asistencia facultativa, todo, en suma, agravaba la situación de los pueblos y en gran parte justifica las hecatombes registradas en algunas de sus familias, cuyos miembros todos desaparecieron".

Dr. García Durán¹

En el año 1918, la pandemia conocida como *gripe española* causó en todo el mundo millones de víctimas, completando, de la peor manera posible, los años de destrucción y muerte de la Primera Guerra Mundial. En España falleció más de un cuarto de millón de personas, causando una de las mayores crisis de mortalidad del siglo XX, comparable a la guerra civil².

1 Dr. García Durán (Inspector provincial de Sanidad en Valladolid), 1920, en Riera (1990: 216-217).

2 Maluquer (2020) ofrece las estimaciones efectuadas por distintos autores de la mortalidad causada por la pandemia en España, que oscilan entre las 244.000 que él mismo calcula y las 270.000 (Echeverri, 1993). El "exceso de mortalidad" (diferencia entre las defunciones esperadas y las que realmente hubo) lo estima en unas 320.000 muertes a lo largo de 1918-1920.

No es necesario ahora repetir las características de esta terrible epidemia, su gravedad o su extensión, porque son bien conocidas y porque han sido recordadas en estos meses, sobre todo al principio de la actual pandemia, con la que guarda tantas similitudes³. Precisamente, el recuerdo de su gravedad ha contribuido, hasta cierto punto, al hecho de que ahora se tomen medidas rápidas para evitar su propagación.

También en las provincias de León y de Zamora, el año 1918 destaca por el alto número de defunciones, lo que se debe, como en el resto del país, a la incidencia de la gripe. Las tasas de mortalidad de estas provincias sufrieron en 1918 un fuerte aumento, quebrando la tendencia al descenso que tan costosamente se estaba consiguiendo⁴. Aunque poco afectadas por la primera oleada, en la primavera de 1918, el segundo ataque, en el otoño de 1918, y el tercero, en los primeros meses de 1919, tuvieron una altísima incidencia⁵. La Junta Provincial de Sanidad de Zamora reconoció la alta mortalidad del momento, aunque tachó muchas informaciones sobre ella como inexactas, tendenciosas y alarmistas y explicó que:

*"el estado de la epidemia gripal, sí es cierto que reviste en nuestra provincia, como sucede en España y Europa entera, caracteres graves y que como consecuencia de la misma se registra una mortalidad no inferior al tres ó al cinco por ciento; pero de esto a suponer que solo en esta provincia tiene y reviste tal gravedad ó que esta sea superior a la de otras provincias hay un abismo y una inexactitud que esta Junta no puede dejar pasar sin la más enérgica protesta"*⁶.

Una de las causas de la fuerte mortalidad provincial causada en 1918 y 1919 puede ser precisamente la poca intensidad de la primera oleada. Echeverri (1993) señala que las provincias que más sufrieron el impacto del primer brote fueron las menos

3 Para conocer las repercusiones demográficas y sociales de la pandemia de 1918-1920 en España, véase el excelente estudio de Echeverri (1993), que analiza la evolución, incidencia y distribución provincial de la mortalidad por gripe en España, situándola en el contexto de la mortalidad del momento. La misma autora hace un estado de la cuestión sobre el tema al cumplirse cien años de aquella crisis en Echeverri (2018). Una revisión bibliográfica en González (2013).

4 Según Echeverri (1993) o Díez Nicolás (1971), León y Zamora están entre las provincias más afectadas.

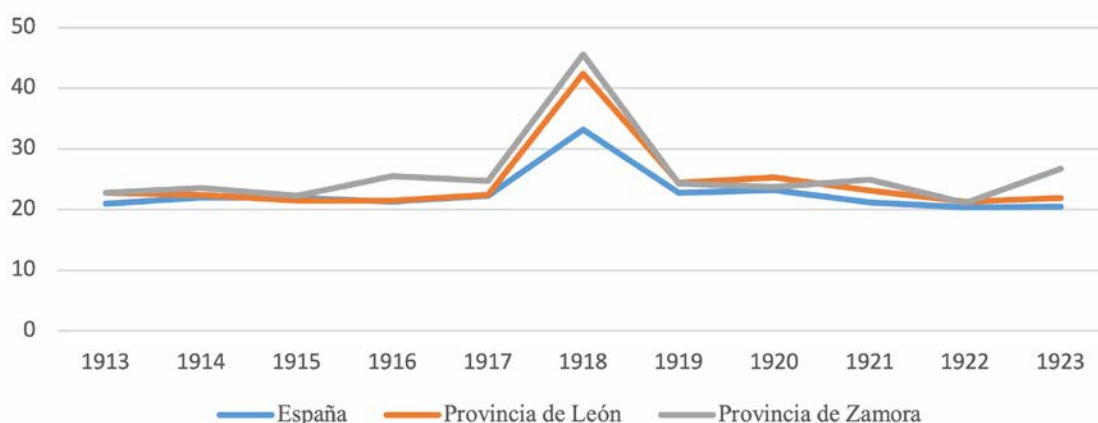
5 La benignidad del brote de primavera en Zamora permite que las primeras noticias que se tienen de la invasión de otoño se tomen con poca seriedad. El Correo de Zamora, el día 13 de septiembre de 1918, anuncia la presencia de la gripe con tono jocoso: "Dicen los periódicos que en varias poblaciones ha vuelto el soldadito de Nápoles haciendo estragos. Suponemos que habrá vuelto de sargento". Pocos días más tarde, el 18 de septiembre, ya se constata la presencia de la gripe en Zamora y se pide a la alcaldía que arbitre medidas higiénicas para prevenir el contagio. (García-Faria, 1995: 71). Algunos médicos, como los doctores Bermúdez y D. Valentín Matilla, reconocen haber tratado ya cientos de casos (La Opinión de Zamora, 31-07-2017).

6 Sesión de la Junta Provincial de Sanidad del 11 de octubre de 1918. Nota publicada en El Eco de Benavente del 17 de octubre de 1918. Agradezco la referencia a la amabilidad de Juan Carlos de la Mata Guerra, historiador que ha estudiado las publicaciones periódicas en Benavente (Mata, 1996 y 2001).

afectadas en los siguientes debido a la inmunidad que les proporcionó⁷. Por su parte, Díez Nicolás (1971: 101) destaca otro factor, el mayor o menor grado de desarrollo económico, porque las provincias más perjudicadas –salvo algunas costeras– fueron las “provincias menos desarrolladas del interior, con temperaturas bajas, como León, Zamora, Palencia, Burgos, Logroño y Álava”⁸. El grado de urbanización o el nivel de los servicios sanitarios serían factores de menor importancia.

Gráfico 1 y Tabla 1

Tasas brutas de mortalidad (%) de España, provincia de León y provincia de Zamora, 1913-1923



	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
España	21	22	21,9	21,3	22,3	33,2	22,8	23,2	21,2	20,4	20,5
Provincia de León	22,8	22,4	21,5	21,5	22,4	42,4	24,4	25,3	23,1	23,1	21,9
Provincia de Zamora	22,8	23,6	22,3	25,5	24,7	45,6	24,3	23,7	24,9	21,1	26,7

Fuente: INE: Movimiento Natural de la población.

7 El Dr. García Durán comenta la incidencia de la epidemia primaveral en Valladolid como de gran benignidad, aunque muy contagiosa pues afectó a dos terceras partes de la población. Añade que los enfermos en primavera resultaron poco afectados en el ataque del otoño: “La mayoría de los soldados que durante la primavera pasada sufrieron la llamada “gripe de los tres días” han quedado indemnes” (en Riera, 1990: 227). Los datos que ofrece ese autor para la provincia de Valladolid dan pruebas de la terrible incidencia en otoño: con una población provincial censada de 287.713 personas, hubo 116.139 invadidos (tasa de morbilidad del 40 %) y 3.399 defunciones por gripe, lo que supone una tasa del 11,8 por mil sobre la población total y del 29,3 por mil sobre los enfermos. De los 237 pueblos de la provincia, 233 resultaron afectados. (Riera, 1990: 246). En la provincia de Zamora no se libró ningún pueblo y hubo más de 13.000 defunciones (López, 2018, con datos de García-Faria, 1995).

8 Algunos datos de la provincia de León hablan de la importancia de la enfermedad en los pueblos pequeños: Destriana tuvo 600 casos (para una población de poco más de 1.700 habitantes en 1920), Laguna de Negrillos 500 contagiados (1.557 habitantes en 1920), igual que Vegas del Condado. Vegaquemada tiene las cifras más altas puesto que enfermaron 800 personas, en un municipio que no llegaba a los 1.700 habitantes. (*El Diario de León*, “Las otras pandemias que asolaron León”, artículo de Cristina Fanjul, 22-3-2020). La epidemia en la ciudad de León sirve de fondo a una novela histórica: *La muerte del alquimista*, de Pedro Víctor Fernández Fernández publicada en 2014.

En la comarca del Valle del Esla⁹ aumentó el número de defunciones en 1918 en más de un 50% sobre las cifras medias del quinquenio anterior. El incremento osciló entre el máximo de Bretó, que multiplicó por tres el número de defunciones, y el de San Millán de los Caballeros, que tuvo un incremento suave, con un aumento del 113%. Las tasas de mortalidad se remontan a cifras cercanas o superando el 50 por mil, valores muy llamativos, pues en todos los pueblos se estaba produciendo un sostenido descenso de la mortalidad. En 1919 y 1920 la mortalidad vuelve a los niveles anteriores, resaltado así el *año de la gripe* como un año terrible pero aislado.

Tabla 2

Tasas brutas de mortalidad (‰)

	Benavente	Bretó	Fuentes de Ropel	San Cristóbal de Entreviñas	San Millán de los Caballeros	Santa Colomba de las Carabias	Toral de los Guzmanes	Valencia de don Juan
1911	21,6	24,7	30,6	24,7	26,5	15,8	35	20,9
1912	22,8	9,2	26,7	27,2	58,2	9,5	14	21,7
1913	23,9	13,9	36,9	24	21,2	22,1	17,5	18,5
1914	20,9	15,4	25,1	18,8	37	15,8	25,7	24,5
1915	19,6	26,2	23,5	20,1	26,5	22,1	22,2	22,5
1916	19,8	12,3	19,6	18,8	2,2	37,9	22,2	24,5
1917	23,9	18,5	32,2	22,1	58,2	28,4	17,5	25,3
1918	34,6	50,8	36,1	32,4	37	47,4	35	37,3
1919	21,4	10,8	29	19,5	37	25,3	23,3	19,3
1920	23	13,9	22,7	22,1	26,5	12,6	35	20,1

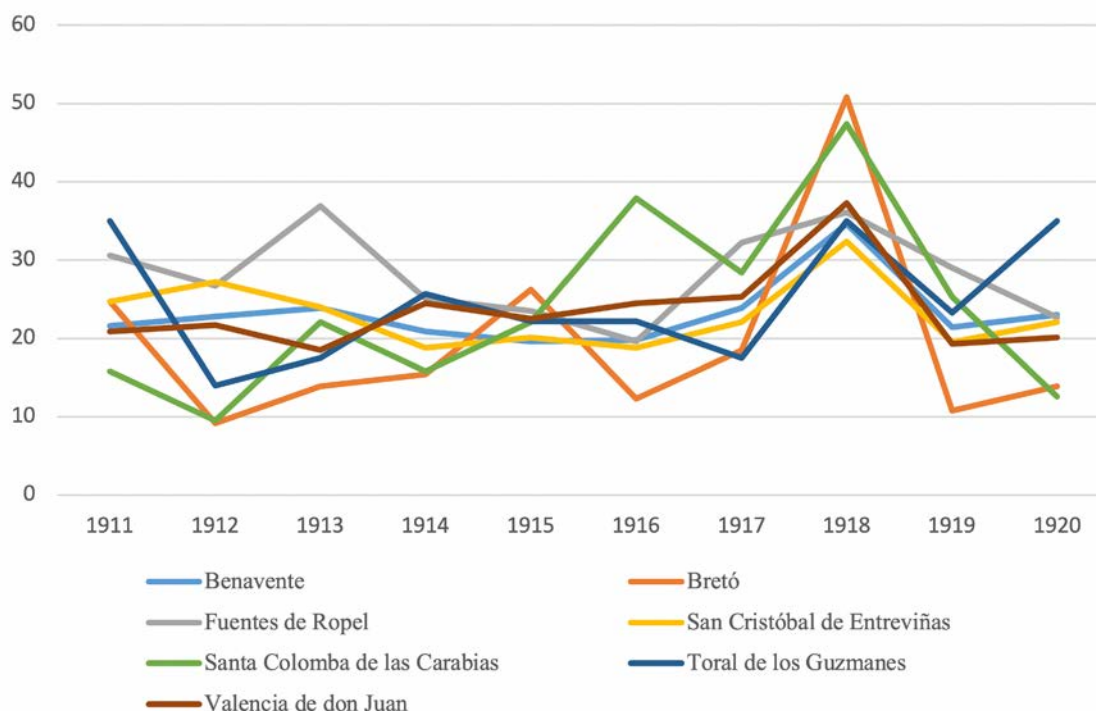
Fuente: Registros Civiles de los ayuntamientos citados. Elaboración propia¹⁰.

9 La mortalidad del Valle del Esla se analiza con datos obtenidos de los Libros de Defunciones de los Registros Civiles de varios ayuntamientos de las provincias de León (Valencia de don Juan, Toral de los Guzmanes, San Millán de los Caballeros), y de Zamora (Bretó, San Cristóbal de Entreviñas, Santa Colomba de las Carabias, Fuentes de Ropel, Benavente). Los datos se recogieron personalmente para la elaboración de la tesis doctoral. Previamente se contrastó la fiabilidad de estos Registros, que resultaron ser de buena calidad.

10 No se incluyen en el gráfico los datos de San Millán de los Caballeros, con cifras anuales muy dispares, nada extraño pues era un municipio de pocos habitantes (186 en 1910, 192 en 1920). Esta irregularidad en las tasas anuales de mortalidad se repite, con menor intensidad, en otros municipios de la comarca, como se advierte bien en el cuadro.

Gráfico 2

Tasas brutas de mortalidad (%)

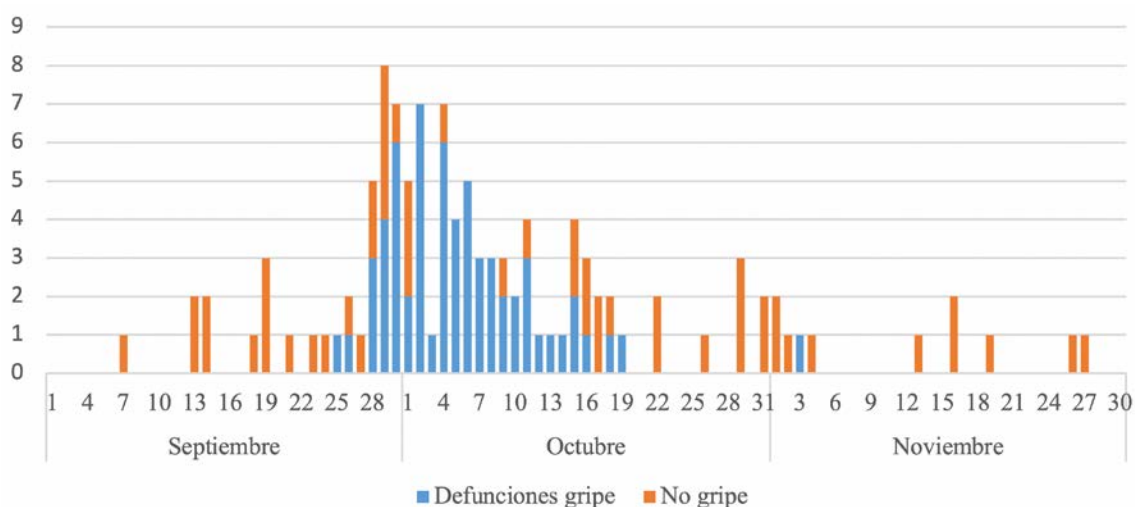


En realidad, el aumento de las defunciones no tuvo lugar a lo largo de todo el año sino solo durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1918, pero el incremento fue tan fuerte que impulsó al alza las cifras anuales. El mes de octubre quintuplicó las cifras medias de los meses de octubre de los años próximos, una muerte de cada tres de todo el año tuvo lugar durante este mes. Una de las características de esta epidemia fue su aparición súbita y la gran mortalidad que causó en un corto espacio de tiempo. Y, en efecto, este rasgo es uno de los más llamativos del paso de la gripe por el Valle del Esla: la primera defunción se registró en Benavente el 25 de septiembre; también en los últimos días de septiembre apareció en otros dos pueblos y, en los demás, se retrasó hasta los primeros días de octubre. Como son fechas relativas a los fallecimientos, indican que la enfermedad había aparecido días antes¹¹. La última defunción tuvo lugar el 30 de noviembre en Valencia de Don Juan, única localidad donde la gripe duró tanto, pues en la mayor parte de los pueblos la mortalidad por gripe acabó en el mes de octubre o en los primeros días de noviembre. Una epidemia que en el curso de mes y medio –allí donde más se extendió– elevó la mortalidad a cotas propias de decenios anteriores.

¹¹ Según el incremento de la mortalidad, García-Faria calcula la presencia de la gripe en la provincia de Zamora desde el 20 de septiembre hasta el 20 de noviembre, con los máximos en los días 12-17 de octubre. El estudio de García-Faria examina de forma muy completa la mortalidad de 1918 en Zamora, con datos estadísticos exhaustivos y el análisis de las medidas sanitarias que se tomaron.

Gráfico 3

Defunciones diarias, Benavente, septiembre, octubre y diciembre de 1918



Fuente: Registro Civil de Benavente. Elaboración propia.

Por ejemplo, en los últimos seis días de septiembre, en Benavente se registraron 15 defunciones por gripe y hasta el día 11 de octubre se produjeron otras 38; es decir, 53 muertes por la misma causa en solo 15 días. En Santa Colomba de las Carabias, del 11 al 28 de octubre hubo 9 defunciones por gripe; esta cifra gana significado al recordar que la media de defunciones del municipio en los años cercanos fue de 8 muertes en todo un año y por todas las causas: en menos de un mes y solo por la gripe hubo más defunciones que en un año normal por todas las causas¹².

El impacto de la epidemia sobre la mortalidad se tradujo en el escaso crecimiento demográfico que tuvieron estos pueblos: Benavente tenía 5.423 habitantes en 1910 y en 1920 apenas sumó 5.793. Fuentes de Ropel pasó de 1.288 a 1.308 en esas mismas fechas. Valencia de Don Juan creció apenas de los 2.457 habitantes de 1910 hasta los 2.527 en 1920. Algunos municipios disminuyeron de población, como San Cristóbal de Entreviñas que, de 1.606 habitantes en 1910, bajó a 1.563 en 1920, o Toral de los Guzmanes, que pasó de contar con 885 habitantes en 1910 a tener 829 diez años más tarde. El exceso de defunciones consumió el crecimiento natural de los años anteriores dejando cifras muy exiguas o incluso negativas.

¹² La gravedad de las cifras queda de manifiesto si se comparan con las de otras poblaciones. Por ejemplo, la ciudad de Cádiz, que contaba con 67.174 habitantes en 1910 y 76.718 en 1920, tuvo en el mes de diciembre de 1918 –el más afectado por la epidemia– 105 defunciones a causa de la gripe, a las que hay que sumar 13 en octubre y 20 en noviembre (Herrera, 1996: 457 y 458). Las 53 defunciones por gripe de Benavente hay que relacionarlas con una población que no llegaba a los 6.000 habitantes y las de Santa Colomba de las Carabias con menos de 400 habitantes.

2. LA INCIDENCIA POR EDADES

Otro de los rasgos característicos de la epidemia fue su impacto sobre los adultos jóvenes, al contrario que en otras oleadas de gripe y que en otras muchas enfermedades infecciosas, donde los grupos de edad más afectados eran los niños y los ancianos. Efectivamente, entre las defunciones por gripe, dos de cada tres fueron personas entre 20 y 49 años, edades que en la mortalidad habitual de esta comarca en 1901-1930 solo suponían el 15%. La poca importancia que alcanzó la gripe entre los menores de un año y entre los mayores de 60 años (poco más del 5 % de las defunciones gripales) contrasta con el peso que las defunciones de niños y ancianos tenían habitualmente en la mortalidad general, cuando sumaban más de la mitad de las defunciones totales. Este reparto por edades coincide con el del resto de España; como recoge Echeverri (1993: 122), los más afectados fueron los jóvenes de 25 a 30 años¹³.

Lo anómalo de este reparto por edades sorprendió a los médicos zamoranos de la época: "En jóvenes robustos, bien constituidos y sin tara orgánica ni hereditaria hemos visto cómo la gripe se ensañó" afirmaba el Dr. Pinilla; "la forma generalizada ataca a los organismos robustos" explicaba el Dr. Gail (García-Faria, 1995: 175-176).

La mayor incidencia de la enfermedad entre las mujeres fue también notoria, pues en esta comarca murieron 113 mujeres por cada 100 hombres, con mayor sobremortalidad en las edades más jóvenes; este reparto por sexos se corresponde con el que hubo en el resto de España¹⁴.

3. LA GRIPE COMO CAUSA DE MUERTE

A causa de la gripe hubo en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1918 un total de 115 defunciones en estos ayuntamientos del Valle del Esla; bajo el nombre de gripe solo constan 10 defunciones; otras 24 aparecen como *infección gripal* (dos veces con la anotación de *forma tóxica*) y cinco como *fiebre gripal*. Solo una vez es llamada *ataque de influenza*. Las complicaciones más graves fueron las que afectaron a los pulmones: por *bronconeumonía gripal* se registran 40 defunciones (es la rúbrica más frecuente), a las que hay que añadir 14 por *neumonía gripal*, 4 más por *bronquitis gripal* y otras tantas por *pulmonía gripal*. Muchas infecciones bacterianas aprovecharon la infección gripal previa y fueron las responsables de la alta mortalidad. Como afirma Ja-

13 También Roldán y García Delgado (1973: 433 y cuadro 15) afirman que las edades más afectadas fueron las comprendidas entre 20-29 y 30-39 años, con una sobremortalidad del 195% y 188% respectivamente.

14 Tasas de mortalidad específica por gripe, por sexo y edad en Echeverri (1993), tabla 29 (p. 123); y gráfico 7 (p. 124).

mes (1994: 139), uno de los peligros de los virus es que “ablandan” los tejidos, abriendo paso las enfermedades bacterianas¹⁵.

El resto de las enfermedades atribuidas a la gripe hacen referencia a otras complicaciones (*uremia gripal*, *laringitis gripal*, *meningitis de origen gripal*) o a los efectos de la enfermedad sobre el organismo (*asistolia por infección gripal*, *endocarditis de forma gripal*). Se comprueban así las múltiples manifestaciones de la epidemia y la relación frecuente entre enfermedades.

Además de las defunciones directamente atribuibles a la gripe, el aumento de las afecciones pulmonares durante esos meses fue tan fuerte que induce a pensar en una mortalidad de origen gripal que no esté registrada como tal¹⁶. No es fácil, sin embargo, saber si dichas muertes se debieron a los efectos de la gripe o simplemente fueron coincidentes. Las infecciones pulmonares como neumonías, bronconeumonías, bronquitis o pulmonías son dolencias muy frecuentes en los meses fríos, pero aumentaron en estos meses de 1918 de forma notable y su presencia entre las defunciones de gripe o inmediatamente después nos hace dudar si no se debían también a la epidemia. Además, los síntomas de la gripe se confunden fácilmente con los de otras infecciones pulmonares, lo que dificulta el diagnóstico. La relación entre la gripe y las infecciones pulmonares está muy clara en Bretó, que tuvo un fuerte exceso de mortalidad en octubre de 1918, con 17 defunciones, y aunque solo registró 5 fallecimientos por gripe, hubo otros 7 causados por bronquitis y bronconeumonías. De igual manera, en Benavente, durante los días en que la gripe causó mayor mortalidad no hubo defunciones por otras dolencias broncopulmonares, que, sin embargo, comenzaron a aparecer cuando remitieron las defunciones gripales. Una posible explicación del aumento de las causas respiratorias podría ser que se consignara la causa primaria en los enfermos pulmonares crónicos, sin mencionar que la gripe agravó la enfermedad o aceleró su desenlace.

En todos los pueblos, el aumento de la mortalidad en el otoño de 1918 fue mayor que el correspondiente a las defunciones de gripe e, incluso después de restarlas, las defunciones de octubre siguen doblando a la media de fallecimientos registrados en los meses de octubre en los años próximos. La explicación sería que la infección gripal, muy extendida, minó la salud de personas ya afectadas por otras enfermedades e hizo

15 Esto se vuelve a ver en la actual pandemia, donde el ataque del virus se complica con otras enfermedades; la diferencia es que ahora podemos tratar mejor las infecciones bacterianas –neumonías, sobre todo– que aparecen a continuación y que en 1918 causaron la mayoría de las muertes. García Durán (1920) achaca la gravedad de la epidemia a “las complicaciones pulmonares, cardíacas y nerviosas sobrevenidas” (Riera, 1990: 226).

16 Palazón (1991) analiza la sobremortalidad por enfermedades del aparato respiratorio en la provincia de Alicante en los años 1918-1920 y la atribuye a una subestimación de las muertes por gripe debido a un error de diagnóstico. Las defunciones por gripe se habrían inscrito erróneamente en los epígrafes de enfermedades respiratorias. Maluquer (2020) cuantifica las defunciones en España por varias causas del aparato respiratorio (tabla 3), y observa un fuerte aumento en todas las causas respiratorias en la mortalidad de 1918-1920.

aumentar la mortalidad por todas las causas¹⁷. En contra de esta explicación está el reparto por edades de los fallecidos: los ancianos, con el organismo deteriorado, con dolencias crónicas y más débiles ante la enfermedad, no tuvieron alta mortalidad gripal ni aumentaron sus cifras respecto a años normales. Que la gripe aumentó la mortalidad por otras causas se corrobora repasando las defunciones con el apelativo "gripal": congestión cerebral de origen gripal, gastroenteritis gripal, neumonía gripal... Algunas muertes que no se acompañan del adjetivo pudieran muy bien llevarlo en realidad¹⁸.

4. LA GRAVEDAD REAL DE LA EPIDEMIA. LOS PROBLEMAS AÑADIDOS

La gripe como enfermedad es conocida desde antiguo, aunque su aparición ha sido muy irregular. La última gran epidemia anterior a la de 1918 fue la de 1890 que, proveniente de Rusia, se expandió por toda Europa en varias oleadas hasta 1893 atacando sobre todo a niños y ancianos y afectando a todas las clases sociales. Desde entonces, la gripe permaneció en Europa de forma endémica, con brotes esporádicos y poco virulentos. Pese a la experiencia que había por el contacto con la enfermedad, las autoridades sanitarias y la sociedad en su conjunto se vieron desbordadas por el alcance de la pandemia en 1918 y fueron incapaces de controlarla. Esto se debió a múltiples causas, desde el desconocimiento del agente causal hasta la imposibilidad de atajarla con los medios del momento, a lo que hay que sumar la desorganización económica y social en la que estaban inmersos muchos países afectados por la Primera Guerra Mundial¹⁹.

La gripe es una enfermedad infecto contagiosa de carácter viral, endémica, epidémica y pandémica, que afecta a las vías respiratorias superiores con repercusiones sobre el estado general²⁰. No todos los virus de la gripe son iguales y la diferencia más importante es la que se refiere a su capacidad para producir inmunidad; en este sentido, hay dos tipos de virus totalmente distintos, el tipo A y el tipo B. El virus de la gripe A tiene un carácter inmunológico cambiante y, ante los anticuerpos, se transforma y aparecen mutaciones resistentes a esos anticuerpos que pueden soslayar la inmunidad producida por infecciones anteriores. Este tipo es el que causa mayor número de epidemias, las más extensas y más graves, y no cabe duda de que fue el causante de la epidemia de 1918. Como hay gran variedad de subtipos de virus, las personas que han padecido la gripe pueden volver a contagiarse y esta es también la razón de que no se haya con-

17 La mortalidad por todas las causas aumentó en Valladolid durante la epidemia gripal, como señala García Durán (1920), lo que, para este médico, y aparte de las confusiones de diagnóstico, ratifica la influencia de la gripe en la mortalidad general (Riera, 1990:241).

18 Conocer con exactitud el número de defunciones por gripe no fue fácil, y esta situación se repite en la pandemia actual, cuando también hay muchas dudas sobre las cifras de fallecidos por el COVID-19.

19 Sobre la relación de la pandemia y la Gran Guerra: Erkoreka (2009).

20 Los virus son microorganismos compuestos de proteínas y ácidos nucleicos que crecen solo en células vivas, a las que lesionan y matan. El virus de la gripe pertenece al grupo de los mixovirus, al que pertenecen tres tipos del virus de la gripe (A, B y C), dos de la parainfluenza y el virus que origina las paperas. Además de afectar al hombre, causan enfermedades en los caballos, los cerdos y algunas aves.

seguido todavía una vacuna eficaz contra la enfermedad: todo lo más, es activa contra un tipo de gripe. El virus de la gripe no se aisló hasta 1933, una vez que se dispuso de microscopios electrónicos. En 1918 no se conocían los virus y se buscó su origen en las bacterias, bien estudiadas y contra las que ya había remedios eficaces²¹. Pero, aunque se hubiera conocido el agente causal, no se hubiera podido atajar la expansión de la enfermedad o sus graves consecuencias. Las medidas profilácticas clásicas, como desinfección o aislamiento, eran difíciles de aplicar correctamente y poco podía hacer la medicina del momento aparte del tratamiento de los casos leves a base de reposo en cama, antipiréticos, tónicos contra la debilidad o alimentación suficiente; hasta la aparición de las sulfamidas y los antibióticos, las infecciones graves seguían su curso y se debía confiar en la curación espontánea.

Precisamente al no conocerse los agentes de contagio, surgieron muchas teorías xenófobas sobre la transmisión de la enfermedad, por ejemplo, las que responsabilizaban de la difusión a los trabajadores forasteros o a los soldados portugueses que atravesaban España viniendo desde Francia²². En el acta de la sesión del Ayuntamiento de Benavente del 4 de octubre se puede leer que se tiene necesidad "urgente de alejar de esta población a los muchos gitanos y sus familias que entran y salen a diario y que según noticia invaden y propagan la enfermedad reinante y que se exija certificado sanatorio a las personas que pernocten en esta población para garantizar [sic] vienen de puntos no atacados de la enfermedad gripal... reclamando el auxilio de la fuerza de la Guardia Civil para que presten el que requieran los agentes municipales en su caso"²³.

La extensión y gravedad del brote de 1918 se ha explicado por la suma de varios factores: en primer lugar, el virus causante era de un nuevo tipo, muy activo y virulento

21 Se pensó sobre todo en el *bacilo de Pfeiffer* porque se encontró en muchos enfermos de gripe, aunque hoy se sabe que es un germen de acompañamiento. Casi todos los médicos atribuyeron un origen microbiano a la enfermedad, pero no fue la única teoría vigente: el Dr. Ruiz Ibarra, explicó en *El Heraldo de Zamora* del día 28 de octubre que "Todas las violaciones naturales en el comer, beber, trabajar y reposar, respirar y vestir y en el terreno de la vida sexual, intelectual y moral son las verdaderas causas de las epidemias, como de todas las enfermedades [...] Los microbios son causas secundarias de enfermedad" (citado en García-Faria, 1995: 94). Completó su hipótesis diciendo que "la enfermedad era el resultado de una acumulación de impurezas en la sangre debido a la incontinencia sexual", como recoge López (2020). Otra opinión poco fundamentada es la que expuso A. Jimeno Núñez en *El Eco de Benavente* del 17 de octubre en el que achaca la culpa de los contagios a las monedas y se pregunta "¿Por qué no se sanean, se desinfectan las monedas, no en sentido financiero, sino en sentido higiénico? La moneda, sobre todo la calderilla, es la portadora de la mayoría de enfermedades. Circula profundamente, entra en todos los hogares, visita todas las tiendas se traslada [sic] a todos los puntos y se recibe y acaricia con esmero, llevando como lleva una costra grande de suciedad, un sinnúmero de microbios de toda clase de enfermedades".

22 Parece que el trasiego de vendimiadores españoles y portugueses que fueron a trabajar a Francia y la repatriación de soldados del país vecino sí extendió la enfermedad, pues la vuelta a Portugal y a otros pueblos de España se realizó en tren y según Spinney (2018), el mapa de diseminación del virus se superpuso al mapa ferroviario. *El Heraldo de Zamora* aseveraba que «el primer foco de infección se desarrolló en Medina (del Campo) por el paso de los repatriados de Francia y hasta la fecha no conocemos que se haya llevado a cabo la desinfección». La estación de Medina tuvo que ser clausurada.

23 Archivo Municipal de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 4 de octubre, Folio 69 vuelto. El acceso a las Actas de las Sesiones del Concejo Municipal se lo debo a Juan Carlos de la Mata Guerra, historiador y archivero municipal de Benavente. Ante la imposibilidad de consultar personalmente el Archivo Municipal por estar temporalmente clausurado, me ha facilitado amablemente las Actas de Septiembre y Octubre de 1918 y las Actas de la Junta Municipal de Sanidad.

y contra el que la población no estaba inmunizada; en segundo lugar, por las complicaciones bacterianas que se añadieron, pues se multiplicaron los casos de neumonía y otras infecciones; y finalmente, por la situación bélica, que en muchos países multiplicó las oportunidades de expansión de la enfermedad entre los combatientes por el hacinamiento, la concentración de tropas y los traslados masivos de soldados y también entre la población civil, sujeta a la desorganización económica y a una situación sanitaria alterada.

La mayor mortalidad que causó la epidemia entre los adultos y no entre otras edades, siempre más afectadas por otras infecciones, ha generado varias teorías. Muchas se basan en que la epidemia la causó un virus nuevo, contra el que nadie estaba inmunizado; en estos casos, los niños pequeños, con un sistema de defensas muy activo porque deben enfrentarse a todo tipo de infecciones, están mejor preparados que los adultos, con defensas contra muchas enfermedades con las que han convivido desde la infancia, pero inermes ante infecciones nuevas. Así, las enfermedades nuevas atacan más a los adultos hasta que, cuando se hacen endémicas, se van convirtiendo en enfermedades infantiles. Estas teorías no explican, sin embargo, la menor incidencia en los ancianos, generalmente muy susceptibles a las infecciones porque tienen su sistema inmunológico deteriorado²⁴.

La gripe es todavía hoy una enfermedad sin remedio eficaz. Las epidemias posteriores a 1918 causaron menos víctimas porque se combatieron con más éxito sus complicaciones. Un tema que no se refleja al estudiar las causas de mortalidad es el de la morbilidad. La gripe tiene gran capacidad de contagio y en una pandemia de estas características puede resultar afectada más de la mitad de la población. Sabemos que en 1918 la tasa de morbilidad fue enorme²⁵, lo que ayuda a explicar los tintes catastróficos que alcanzó la mortalidad: familias enteras cayeron enfermas, sin nadie que pudiera trabajar –en unos momentos en los que el trabajo a jornal era habitual–, lo que suponía que al aumento de gastos promovidos por la enfermedad había que sumar la falta de ingresos. En algunas zonas hubo una paralización casi total de las actividades económicas por el alto porcentaje de vecinos enfermos. Así, el Obispo de Zamora en una Exhortación Pastoral publicada el 20 de octubre de 1918 se lamentaba de que no quedara “ni quien gane un jornal, si se trata de un pobre, para hacer frente a las necesidades de tantos enfermos; ni quien se ocupe de sus negocios o industrias, completamente abandonados, si de un industrial se trata; ni quien recoja los frutos del campo con tanto sudor regados, si se trata de un labrador”²⁶.

24 Un estudio reciente dirigido por el Dr. Worobey, de la Universidad de Arizona, concluye que las distintas generaciones habían estado expuestas, o no, a ciertos virus, lo que habría proporcionado –o no– cierta inmunidad previa. Los adultos jóvenes, nacidos entre 1880 y 1900, habían sido expuestos durante su infancia a un virus H3N8, y no a virus IAV y por eso tuvieron menor inmunidad y mayor mortalidad. Véase la noticia emitida por el Consejo General de Enfermería y también Echeverri (2018), que recoge las teorías más recientes.

25 Pérez Moreda (1988: 417) recuerda que en Madrid contrajo la gripe el 30 % de sus habitantes. La epidemia en Madrid la ha estudiado Porras Gallo (2002). García Durán (1920) cita que en el pueblo vallisoletano de Pozal de Gallinas hubo 500 contagiados y su población pasó de 634 habitantes en 1910 a 574 en 1920. Pocos días antes se había celebrado una corrida de novillos a la que había asistido mucha gente del pueblo y de localidades vecinas.

26 Recogido en García-Faria (1991:185)

Por eso, se quería retomar la normalidad económica cuanto antes, incluso sin que la enfermedad se hubiera retirado completamente. Ya el 25 de octubre, un concejal de Benavente rogó "en atención a hallarse ya restablecido el estado epidémico de la enfermedad reinante, convendría anunciarlo por circulares que se dirigieran á los señores alcaldes de los pueblos de este partido á fin de evitar temores y que puedan acudir á los mercados y que por tal medio en algo se beneficiaría al comercio cuyas ventas se hallan paralizadas por aquella causa". Sin embargo, se consideró prudente esperar porque se temía que la epidemia no hubiera cesado en los pueblos vecinos y volviesen los contagios: "La Presidencia estima atendible el ruego del Sr. Barrios, pero como el asunto es delicado por la circunstancia de que en los pueblos también en la actualidad existe el contagio, solo cuando se normalice en general pudiera anunciarse el acuerdo"²⁷.

Los médicos resaltaban la mayor incidencia de la enfermedad entre las clases más pobres y cómo las malas condiciones de vida facilitaban su contagio: "Pude también enterarme de las pésimas condiciones higiénicas de la mayoría de las viviendas y de la pobreza y hacinamiento de algunas familias que solo disponían de tres camas para ocho y diez individuos. Así se explica la fácil contagiosidad de los atacados y la excesiva mortalidad" escribía el Dr. García Durán refiriéndose a un pueblo de Valladolid (citado en Riera, 1990: 204). El Dr. Bermúdez, en Zamora, relacionaba también la mayor incidencia de la gripe entre las clases pobres: "ocurre en clases inferiores y con alimentación insuficiente". Al informar sobre la situación en Fuentesauco, *El Heraldo de Zamora* del 15 de octubre, hablaba de que "el elemento obrero es el más castigado, pues hay casas donde existen seis enfermos". Y en *El Correo de Zamora* se explicaba la alta incidencia que la enfermedad tuvo entre la tropa con el siguiente argumento: "Los nuevos reclutas han sido los más afectados debido a la pobreza fisiológica por una alimentación deficiente [...] En el ejército es donde se ve la inmensa proporción que adquiere en España el hambre y la miseria"²⁸. La relación con la pobreza y la imposibilidad de luchar por otros medios contra una enfermedad que se transmite por aire, explican que entre las medidas que se recomiendan contra la gripe figure siempre un aporte suplementario de alimentos.

No disponemos de datos, ni siquiera aproximados, sobre el número de afectados en las localidades del Valle del Esla. El 2 de octubre de 1918, *El Heraldo de Zamora* publicaba una reseña sobre la situación en Benavente en donde cita que en la ciudad "pasan de 1.500 afectados". No podemos afirmar la exactitud de la cifra, que parece muy redondeada, pero incluso si fuese exagerada, indica la enorme expansión de la

27 Archivo Municipal de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 25 de octubre, Folio 78.

28 Referencias de Zamora tomadas de García-Faria, 1995: 82 (palabras del Dr. Bermúdez), 14 (*El Heraldo*) y 80 (*El Correo*).

enfermedad en una población que no llegaba a los 6.000 habitantes²⁹.

La enfermedad entre las mujeres jóvenes tuvo graves consecuencias: directamente por la mayor mortalidad de gestantes y parturientas, debilitadas por los efectos de la gripe, y por el aumento del número de abortos. Indirectamente influyó en la salud de toda la familia, pues las labores de limpieza y alimentación encomendadas tradicionalmente a las mujeres fueron descuidadas. Los más afectados fueron los propios enfermos y los niños pequeños; especialmente grave fue el caso de los lactantes cuya madre cayó enferma y que tuvieron que sustituir la leche materna por lactancia artificial: parte de las defunciones por problemas gastrointestinales de los niños más pequeños podría deberse a esta causa³⁰. En ocasiones, al estar toda la familia afectada, la obligación de atender a los enfermos más graves recayó sobre familiares también infectados o convalecientes, con la doble consecuencia de que los primeros no podían ser atendidos como merecía su situación y los segundos soportaban una sobrecarga de trabajo en momentos de gran debilidad orgánica, lo que no ayudaba a su curación.

Los médicos, desbordados de trabajo por el gran número de afectados y muchas veces enfermos ellos mismos, se vieron impotentes para controlar la enfermedad. El Estado pidió que, ante la enfermedad de muchos médicos titulares, los facultativos de los pueblos vecinos atendiesen ambas poblaciones, pero no arbitró más medidas; aunque los Colegios de Médicos se negaron a colaborar si el Estado no garantizaba sus honorarios, muchos médicos titulares ampliaron sus labores y cuidaron de cuantos pueblos pudieron³¹. La Junta Provincial de Sanidad de Zamora acordó el 11 de octubre que las localidades que estuvieran sin asistencia la pidieran a la Junta "y, previo pago de automóvil para el viaje, se les facilitara un médico, ya que son varios en la capital los

29 Un ejemplo de la incidencia de la enfermedad es que en Benavente se tuvieron que posponer todas las Sesiones ordinarias del Ayuntamiento del mes de octubre ("Diligencias negativas de sesión" en los días 2, 9, 16, 23 y 30 de octubre) porque no concurrieron la mayoría de los concejales. Durante todo el mes preside las sesiones un alcalde accidental, firma un secretario accidental (por enfermedad de los titulares) y en las sesiones que se celebran solo estuvieron presentes el Alcalde accidental, el secretario accidental y uno o dos concejales (se registra la ausencia de seis, siete y hasta diez concejales). *El Eco de Benavente* se sigue publicando, pero se advierte que "Por la enfermedad de nuestro director, se encarga accidentalmente de la organización..."

30 Gómez Redondo (1992: 84-86) analiza la mortalidad infantil durante la epidemia; también Echeverri (1993: 120).

31 Ante la necesidad de muchos lugares, con el médico enfermo, se pidió a las Facultades de Medicina que colaborasen, ya que se habían suspendido las clases a causa de la epidemia, así como a los cuerpos de Beneficencia, para enviar facultativos a las poblaciones rurales. Según García Durán (1920), ambos cuerpos se negaron.

que se han prestado para hacerlo gratuitamente"³². La dedicación de los médicos fue reconocida en muchos pueblos: por ejemplo, dentro de la comarca del Valle del Esla, en Fuentes de Ropel poco después de la epidemia se dedicó una calle al médico, D. Eusebio Temprano "por el acierto con que supo combatirla" (Osorio, 1993: 188)³³.

Con ocasión de la gripe salieron a relucir algunas de las reivindicaciones planteadas desde hacía tiempo por los médicos y hubo cierto forcejeo con la administración sanitaria³⁴. Se pedía que se declarase oficial la epidemia, entre otras razones porque si no era oficial, aunque los médicos muriesen de gripe, su familia no podría cobrar la pensión del Estado³⁵.

La declaración oficial no se logró hasta que la enfermedad estuvo totalmente implantada, cuando poco se podía hacer para cortar su difusión. Comerciantes, hosteleros e industriales pugnaron para que no se hiciese una declaración oficial de la epidemia por considerar que se lesionarían sus intereses al poner trabas a la circulación, al comercio, a la concurrencia de gente a las fiestas, etc. Con la disculpa de evitar el pánico de la población y la interrupción económica que supondría la declaración y sus medidas obligadas de cuarentena, las Autoridades rebajaban continuamente en sus comunicados el impacto de la enfermedad, restando importancia a su expansión. Las medidas que tomaban las Autoridades contra la epidemia eran las tradicionales –cordones sa-

32 "Dada cuenta por alguno de sus vocales de la angustiosa situación de varios pueblos, que carecen de asistencia médica y no pudiéndose por la Inspección general de Sanidad enviar los médicos necesarios para prestar dicha asistencia; como tampoco puede esta Junta disponer de recursos económicos para que sin dispendio para los pueblos, aquella les sea prestada, se acuerda que todos cuantos pueblos, que por enfermedad de sus médicos se encuentran sin asistencia médica, pueden dirigirse a esta Junta y, previo pago de automóvil, para el viaje, se les facilitará médico, ya que son varios de esta capital los que se han prestado hacer dicho servicio gratuitamente", recogido en *El Eco de Benavente* del 17 de octubre y en García-Faria (1995: 140). Este autor dedica un capítulo de su libro a *La actuación médica* y recoge las peticiones de médico que hicieron algunos pueblos ante la enfermedad del titular, así como las defunciones de facultativos a causa de la gripe y las muestras de agradecimiento que muchos pueblos tuvieron para con la labor de sus médicos.

33 Los ejemplos se repitieron: A D. Saturio Serradilla, médico de Escorial de la Sierra (Salamanca) se le agradeció su dedicación en 1923 con la Gran Cruz de Beneficencia, una cruz de oro que pagaron entre los propios vecinos con una colecta y el Colegio de Médicos de Salamanca. <https://www.leonoticias.com/sociedad/fantasma-fiebre-tres-leon-1918-castilla-20181021171552-nt.html> Muchas otras personas, aun sin ser sanitarios, se esforzaron en atender a los enfermos, como Sor Dositea Andrés, Sierva de María, religiosa que atendió a los soldados enfermos en la ciudad de Zamora hasta que falleció ella misma de gripe el 30 de septiembre de 1918; el ayuntamiento de la capital le erigió una placa y dedicó una calle en reconocimiento de su labor.

34 Por ejemplo, se aprovechó para reclamar de nuevo un viejo asunto, que los médicos titulares fueran funcionarios, lo que ayudaría a mantener en mejores condiciones la salubridad pública y que mejorase el deficiente estado en el que se hallaba (García-Faria, 1995: 95).

35 El Estado destinó en noviembre de 1918 la cantidad de 2.000 pesetas para indemnizar a las familias de los médicos fallecidos por gripe, cantidad ridícula si se tiene en cuenta que murieron 200 (García-Faria, 1995: 200). La mortalidad entre los facultativos fue motivo de reivindicaciones posteriores, pues en los años siguientes se seguía pidiendo "Que se resuelvan inmediatamente sin tramitación dilatoria las concesiones en favor de las viudas y huérfanos de los médicos fallecidos víctimas de la epidemia gripal". Boletín de la *Asociación de Médicos Titulares*, 1-II-1919, p. 76, citado en Villacorta (1983: 176). Sobre otros profesionales sanitarios, véase Almudéver (2016) y Almudéver y Camaño (2018). El Colegio de Médicos de Zamora costeó los funerales de algunos médicos que fallecieron atendiendo a sus pacientes: Carlos Enríquez, de Morales del Vino, Félix Gitrama, de Moreruela de los Infanzones, Aurelio Perlínes, de Villamor de los Escuderos o Vicente Hernández, de Fresno de Sayago (López, 2018).

nitarios, aislamiento de los enfermos, cuarentenas, sahumerios y fumigaciones—, disposiciones que no gozaban de la estima de muchos médicos, que las consideraban de “eficacia mediocre y a veces completamente nula [...] y no prestan otro servicio que el de tranquilizar al público, haciéndole ver que se hace mucho cuando en realidad nada o muy poco se hace”³⁶.

La Junta municipal de Sanidad reunida en Benavente el 27 de septiembre acuerda estas medidas tradicionales: “asunto urgentísimo relacionado con la enfermedad reinante en esta villa para proponer remedio al contagio y lograr su aislamiento [...] evitar la reunión de personas para evitar la contaminación por la aproximación, clausura de las Escuelas públicas y privadas, la de las Sociedades de Recreo, limpieza de las calles y recogida de basuras”³⁷.

En todos los estudios sobre la gripe se hace referencia a la incuria de las Autoridades, que actuaron tarde y de modo insuficiente ante una epidemia que evidenció la mala situación higiénica de las ciudades, muy descuidada hasta entonces. La escasa higiene se advierte, por ejemplo, en que *El Herald de Zamora* consideraría un logro si se prohibiese la costumbre de escupir en el suelo de los cafés o si en los establecimientos de comidas se fregase una vez cada ocho días al menos los pisos y el mobiliario. La situación de crisis es aprovechada para denunciar el deplorable estado de salubridad en pueblos y ciudades: en la ciudad de Zamora “casi todas las casas, hasta en las calles más céntricas [...] están convertidas en criaderos de ganado de cerda”, según denunciaba este periódico en distintos días del mes de octubre.

En la reunión del 4 de octubre, el Ayuntamiento de Benavente acordó como “medida urgente y conveniente atendida la enfermedad reinante que se designe una brigada de cuatro o cinco barrendores [sic] que ayuden a los que hoy existen para que el barrido y limpieza de calles se haga con prontitud en bien de la salubridad pública, pagándose a estos empleados con cargo al Capítulo de Calamidades Públicas [...] Igualmente y para atender al riego y aseo que requieren las calles y plazas mientras dure la invasión de la enfermedad reinante acuerdan requerir como ruego al Representante de Empresa de Aguas potables en esta villa tenga surtidas las bocas de riegos a dicho objeto para hacer el necesario como medio de limpieza e higiene...” Y en la sesión del día 23 de Octubre se expuso “Que tiene conocimiento de la existencia de estercoleros en muchas casas y corrales del casco de esta población, estimando es de notorio perjuicio para la salubridad pública, mucho más en la ocasión presente, que aún está flotante la

36 Palabras del Dr. Ferrán en 1921 (recogidas en *La enfermedad infecciosa...* 1989:198-199). Más adelante, el mismo doctor arremete de nuevo contra estas medidas: “Como antes, se aplica hoy el régimen cuarentenario, se acordona, se fumiga, se encarecen las subsistencias y se propaga la miseria [...] se bebe agua hervida y se prodigan los desinfectantes á toneladas, se mandan cegar los pozos, etc., etc. Todo se hace á la moderna, con una *mise en scène* aparatosa y deslumbrante de la cual se ríen los microbios” (idem, 200).

37 Archivo Municipal de Benavente, Junta Municipal de Sanidad (presidida por el Alcalde accidental por enfermedad del propietario).

enfermedad reinante..."³⁸. Disposiciones muy simples y que, en todo caso, muestran la escasa higiene general reinante.

Dentro de este municipio, se señalaban algunos lugares insalubres para los que ya se habían pedido obras de saneamiento, aún sin realizar: "foco de infección y perjudicial para la salubridad pública los terrenos que tienen remansaderos producidos por el Canal del Esla [...] que siguen en vigor y ahora en la ocasión vigente en que se ha desarrollado la enfermedad de que se ha visto invadida la villa en esta parte cerca de ella y próximo á dicho Canal es donde más se ha acentuado la epidemia y han fallecido más personas"³⁹.

Estaba claro que la situación sanitaria del país no estaba en condiciones de hacer frente a la epidemia, las medicinas utilizadas no eran eficaces e incluso el tratamiento de los casos leves, con alimentación suplementaria, reposo y tónicos contra el estado de postración, desinfección de la ropa personal y de cama, ventilación de las habitaciones, higiene personal... no pudo llevarse a cabo de modo adecuado por la desorganización familiar y económica que provocó la enfermedad⁴⁰.

También se ha acusado a los médicos de la época de escaso bagaje técnico e intelectual, pero sus escritos evidencian gran variedad de situaciones, desde los que estaban muy atentos a las novedades que se registraban en España y en el extranjero, hasta los que decían que "la gripe no es una enfermedad grave, debiéndose las defunciones a condiciones ocasionadas por predisposición individual o por imprudencia en el régimen" (citado en García-Faria, 1995: 92). Poco o nada pudo hacer la medicina del momento para frenar la expansión de la gripe o mitigar su gravedad al tratarse de una enfermedad de transmisión por aire y contra la que ni siquiera en la actualidad hay un remedio eficaz. Esto se conocía, o al menos se sospechaba, en 1918: el Dr. Bermúdez explicaba que «la enfermedad se transmite al toser y estornudar los pacientes por lo que las medidas higiénicas generales son inútiles» (García-Faria, 1995: 82). Algunos de los remedios que se propusieron servían para recuperar las fuerzas y restablecer las defensas del organismo, como la leche y los huevos, productos tan demandados que sus precios se dispararon hasta tener que intervenir las Autoridades para que las ciudades estuvieran abastecidas, o artículos como el zumo de limón o los dientes de ajo. Algunos tratamientos tendrían consecuencias positivas por sus principios desinfectantes y antimicrobianos, como la tintura de yodo, los vahos de eucalipto, los enjuagues de boca con agua oxigenada, o el alcanfor; y serían útiles los antipiréticos recomendados, como la aspirina o la quina. Pero otros remedios tenían poca base científica –quemar pólvora de forma que produjese mucho humo, por ejemplo– o, aunque muy razonables para sobrellevar la gripe o cualquier otra enfermedad, eran difíciles de seguir: "vestidos que

38 Ayuntamiento de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 4 de octubre de 1918, folios 69 vuelto y 71; 23 de octubre, folio 76 vuelto.

39 Ayuntamiento de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 23 de octubre, Folio 78 y 78 vuelto.

40 Una buena descripción de la situación sanitaria del país y de las medidas que se tomaron para evitar el contagio pueden verse en el capítulo 9 de Echeverri (1993). Las disposiciones tomadas en la provincia de Valladolid, en García Durán (1920), que achaca la alta mortalidad a la mala organización sanitaria del país.

no compriman el cuerpo [...], casas soleadas y bien ventiladas, vida al aire libre, limpieza del cuerpo exterior e interior, tranquila moral y vida fácil sin grandes preocupaciones", como explicó el Dr. Ruiz Ibarra⁴¹.

Hubo frecuentes circulares publicadas por las Juntas de Sanidad prohibiendo las grandes reuniones y la prensa difundía sin cesar las medidas convenientes para evitar contagios o para cuidar a los enfermos, pero la falta de condiciones de las viviendas y la pobreza general impedían que se pudiesen seguir. Por ejemplo, siempre se recomendaba lavar el cuerpo del enfermo, desinfectar las sábanas, ropas y utensilios que hubiera utilizado, pero la mayoría de las viviendas no disponían de agua ni podían procurársela en abundancia⁴². El aislamiento en el propio domicilio exigía unas condiciones que no se daban en la mayoría de las casas, bien porque estaban mal adaptadas, o bien por inexperiencia de las personas. Incluso la norma elemental de evitar el contacto directo con los enfermos no pudo realizarse por la gran morbilidad y por la obligación familiar de cuidar de los enfermos. El aislamiento de los afectados, más eficaz cuanto más rápido y vigoroso, chocaba, además, con costumbres familiares y sociales de larga tradición, como la visita a los enfermos⁴³.

Incluso se pusieron límites a la concurrencia de personas en funerales y entierros⁴⁴. Esto no ocurrió en Benavente, donde murió un concejal debido a la enfermedad reinante y la corporación municipal acuerda acompañar "su cadáver hasta darle sepultura cristiana y á los funerales y exequias que se celebren por su ánima [y como] la viuda y la familia del finado toman verdadero interés en que las seis cintas del féretro fueran llevadas por los Señores del Concejo [así se hará y también] presidir la marcha fúnebre o cortejo en representación de la Corporación...". Aunque el entierro se hará "sin toque

41 Pueden consultarse los capítulos que presenta este autor dedicados a las medidas sanitarias y a los remedios contra la gripe García Faria (1995: 163). Un estudio de los recursos terapéuticos y profilácticos empleados, en Porras (2008), trabajo que recoge, además, abundante bibliografía sobre la pandemia en España. Todos los periódicos tenían anuncios de todo tipo de remedios contra la enfermedad. El Diario de Cádiz publica los siguientes: "La epidemia reinante se cura tomando el Gran Jerez Quina de los Gabrieles", "Solución Pautauberge (creosota y clorhidrato de cal)", "La epidemia reinante se evita desinfectando con Zotal y Sanitas", "Bactericidina Bascuñana (solución isotónica de iodo lábil)", "Lo único que cura la epidemia: Odontalgol (polvos y elixir dentífricos)" y otros que recoge Herrera (1996: 470). A los médicos se les recomendaban ciertas medidas higiénicas para librarse del contagio: máscaras, pulverizaciones e irrigaciones nasales, gargarismos y tapones impregnados de soluciones antisépticas, etc. (Herrera, 1996: 465).

42 La miseria de algunas familias con enfermos se intenta paliar con limosnas y donativos, véase García-Faria y su capítulo sobre Recursos económicos. La falta de condiciones de muchas viviendas para llevar a cabo las medidas recomendadas la reconoce el Dr. Ferrán (1921) cuando afirma que "la higiene de los pequeños recursos [...] es una higiene de las clases acomodadas, imposible para los pobres, difícil, cara y expuesta á que quebrantando uno solo de sus múltiples preceptos resultan inútiles los demás" (citado en La enfermedad infecciosa... 1989: 227)

43 Herrera (1996: 462) comenta que las autoridades sanitarias estaban preocupadas por el arraigo de esta costumbre, que podía extender el contagio y recomendaban "que no entren a ver al enfermo más personas que las que lo cuidan".

44 En Cádiz se obligó a que los cadáveres de los fallecidos por gripe fueran conducidos al cementerio a las 2 ó 3 horas del fallecimiento y que al entierro solo asistieran 2 allegados, con el consiguiente desconuelo de los parientes (Herrera, 1996: 464). También en Valladolid se exigió que "en las casas en que hubiere enfermos no haya aglomeración de familias o individuos", y que los entierros se hagan "al amanecer o al atardecer, por el camino más corto y más despoblado posible" (García Durán, 1920).

de campanas por la circunstancia de hallarse prohibido así en la ocasión presente en vista de la enfermedad reinante"⁴⁵.

Un tema que preocupaba a las autoridades era la proximidad de la celebración del Día de Todos los Santos, fecha tradicional de visita a los cementerios, que se suponía que iba a ser masiva por las recientes defunciones. Las autoridades quieren evitar estas visitas según recoge *El Eco de Benavente* del 17 de octubre: "Como medida de prevención, en vista de las actuales circunstancias sanitarias, se ha dispuesto por algunos gobernadores que la visita anual a los Cementerios el día 1º de Noviembre próximo queda sin efecto".

Precisamente con motivo de la epidemia, aparecen temas que permiten vislumbrar cómo era la vida de los habitantes de la comarca. Por ejemplo, se cita la necesidad de muchos habitantes de saber la hora pero como no disponen de reloj, el consistorio acuerda "que los serenos de esta villa procuren cantar todas las horas de la noche en las calles de sus distritos para que las familias de los pacientes y enfermos que carezcan de reloj puedan facilitar con hora los medicamentos que facultativamente se les administren"⁴⁶.

Finalmente, hay que referirse a ciertos aspectos relacionados con la religión y que cobraron importancia en los momentos más graves de la pandemia: en primer lugar, porque ante su gravedad y extensión, muchos pensaron que se trataba de un castigo divino ante el que solo cabía arrepentirse de los pecados. Esta era la opinión de D. Antonio Álvaro Ballano, Obispo de Zamora que, a mediados del mes de octubre, cuando la epidemia estaba en su apogeo, publicó una circular en la que encomendaba a los fieles a implorar la misericordia divina, pues "es indudable que nuestros pecados e ingratitudes nos hacen acreedores a que descargue sobre nosotros el brazo vengador de la eterna justicia, la cual solo podemos aplacar con humildes oraciones y sincero arrepentimiento"⁴⁷. Estas palabras aparecen en *El Correo de Zamora*, en las mismas páginas en las que las autoridades prohibían las aglomeraciones para evitar los contagios. Y chocan con un breve publicado en *El Eco de Benavente* días antes (el 17 de octubre) donde se decía "El prelado de la Diócesis de Zamora ha oficiado al Sr. Gobernador civil haber recomendado a los párrocos la fiel observancia de los acuerdos adoptados por la Junta Provincia de Sanidad". En las situaciones críticas y dolorosas se suele producir una reactivación de las prácticas religiosas. De hecho,

45 Ayuntamiento de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, Sesión Extraordinaria del 15 de octubre (Folio 74 v). La supresión del toque de campanas en los entierros tenía por explicación no añadir más desconuelo a una población desmoralizada por los muchos sepelios que se realizaban cada día.

46 Archivo Municipal de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 4 de octubre (Folio 711).

47 Un siglo más tarde, el obispo de Cuernavaca afirma que la pandemia actual es "un alto que Dios está poniendo a la humanidad, por querer jugar a ser como él, al permitir el aborto, la eutanasia y la diversidad sexual". Un patriarca ucraniano de la iglesia ortodoxa, poco después, se limitó a responsabilizar de la pandemia a la homosexualidad. Véase el artículo de Félix Población en el blog *El salto diario* <https://www.elsaltodiario.com/los-nombres-de-la-memoria/el-obispo-que-se-enfrento-a-la-gripe-de-1918-con-misas-y-procesiones-masivas>

se multiplicaron las procesiones, rogativas, misas y otras manifestaciones de fervor, provocando aglomeraciones de fieles que, sin duda, ayudaron a que la enfermedad siguiera extendiéndose. Por ejemplo, como la catedral de Zamora estaba cerrada para evitar actos religiosos que ampliaran los contagios, se celebró una procesión en honor a la Virgen del Tránsito el 26 de octubre, con masiva concurrencia⁴⁸.

No solo las autoridades religiosas, también algunos consistorios, entre ellos el de Valladolid, acordaron la celebración de rogativas para implorar el cese de la epidemia (*El Eco de Benavente*, 17 de octubre de 1918). El ayuntamiento de Benavente, el 25 de octubre trató una petición del Vicario Eclesiástico para que

“Con ocasión de celebrarse el próximo domingo la festividad del Santísimo Rosario en el Convento de Dominicas de esta Villa, se autorizara para hacer una procesión rogativa en la tarde del mismo día en la que vaya, como Patrona de esta villa, la Virgen de la Vega, con exposición del Santísimo y toque de campanas á fin de implorar por intercesión de la Santísima Virgen la desaparición total de la epidemia reinante invitando para tales actos religiosos á la Corporación, y á la vez también interesando se consultase á la Junta de Sanidad si sería conveniente voltear las campanas y si habría exposición para la salud pública que el día de Todos los Santos se visite el Cementerio como de costumbre á fin de dar las órdenes oportunas. La Corporación por unanimidad estimó debe accederse lo referente a la celebración de la Misa solemne, Rosario y procesión de rogativa que se interesa con toque de campanas poniendo a disposición del clero la Imagen de Nuestra Señora de la Vega, Patrona de esta villa y que de buen grado asistirá la Corporación y no así que se permita la entrada o visita el día de todos los Santos en el Cementerio, pues recientes aún los fallecimientos de las personas ocurridos a causa de la enfermedad reinante produciría la estancia en dicho recinto de personas un mal notoriamente perjudicial”⁴⁹.

Es decir, se permite una procesión solemne para rogar por la desaparición de la enfermedad, aunque se conocen los problemas que acarrea la concurrencia de personas.

CONCLUSIONES

En los pueblos pequeños, las cifras de defunciones debidas a la gripe en 1918 son, como es lógico, también pequeñas. Pero la enfermedad fue tan mortífera en las zonas rurales como en las grandes ciudades, atacando a las familias, diezmando la población y frenando el crecimiento demográfico.

Aparte de las consideraciones sobre la morbilidad de la pandemia o sobre la gravedad que añadían los problemas de la época, como el pésimo estado higiénico de los pueblos y las ciudades o la falta de tratamientos eficaces, el verdadero significado de 1918 deriva del altísimo número de muertos. La mortalidad fue una verdadera catástro-

48 Esto sin duda favoreció los contagios, como opina el epidemiólogo Antoni Trilla (2008): “la organización de actos masivos en la catedral de esta ciudad, lo que contribuyó a la expansión del virus”, y que recoge La Opinión de Zamora del 12 de diciembre de 2008.

49 Ayuntamiento de Benavente, Libro de Actas de Sesiones, 25 de Octubre (Folio 79).

fe mundial y nacional, la última gran crisis de mortalidad que se asemejó a las de tipo antiguo tanto por su gravedad como por la falta de medios para combatirla.

Se repitieron epidemias mundiales de gripe, en 1957-1958 y en 1968-1969, pero no fueron tan letales, y aunque la morbilidad fue muy alta, la mortalidad fue menos severa. Un siglo más tarde, una nueva pandemia recorre el mundo, aunque esperemos que con consecuencias menos trágicas, quizá por las lecciones aprendidas.

Ahora, como entonces, los que vivimos esta crisis creemos que cambiarán muchos aspectos en nuestra vida, en nuestra convivencia y en nuestra escala de valores. El impacto psicológico de 1918 fue muy grande, como recordaron durante mucho tiempo los supervivientes. Entre otras consecuencias, en aquellos años se extendieron mejores hábitos higiénicos, se afianzó un urbanismo más saludable, se tomó mayor conciencia de la cuestión social y también ayudó a la implantación de sistemas públicos de salud⁵⁰.

Hoy, abrumados por algunos aspectos de la crisis actual, aceleramos las investigaciones científicas, nos replanteamos nuestro sistema de residencias de ancianos, debemos elegir entre economía y salud, o hemos renunciado a un derecho fundamental como la libre movilidad. También ahora, la enfermedad alimenta un foro de debate donde se expresan las teorías sobre el buen funcionamiento del Estado, las relaciones internacionales o las consecuencias de la degradación medioambiental. Las secuelas completas de la actual pandemia se verán en el futuro. La contracción económica que tuvo lugar entonces se repite en estos momentos, aunque ahora quizá se combata de modo más eficaz.

FUENTES

ARCHIVO MUNICIPAL DE BENAVENTE. Libros de Actas de Sesiones, Libro 2, 1918, de 10 de mayo a 7 de diciembre.

El Eco de Benavente. 17 de octubre de 1918.

GARCÍA DURÁN, R. (1920): "Memoria descriptiva y datos estadísticos de la epidemia gripal padecida en la provincia de Valladolid en el año 1918", *La clínica castellana*, mayo-junio de 1920, recogido en Riera (1990), 197-258.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (Varias fechas). Movimiento Natural de la Población.

Registros Civiles de los ayuntamientos citados del Valle del Esla. Libros de defunciones.

50 Tuvo también consecuencias políticas, pues ayudó a la desestabilización del sistema político de la Restauración, mostrando un estado incapaz de solucionar los problemas graves de la población. Blacik (2009) argumenta que el deficiente papel del gobierno contribuyó a la gran aceptación de la dictadura del general Primo de Rivera bajo la expectativa de mejorar el sistema político.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMUDÉVER, Laura (2016): *La epidemia de gripe de 1918 y los profesionales de enfermería. Análisis a través de la prensa española*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- ALMUDÉVER, Laura y CAMAÑO, Ramón (2018): «Enfermeras y practicantes durante la epidemia de gripe de 1918: Análisis a través de la prensa española», *Cultura de los cuidados*, XXII, 52, pp. 109-118.
- BERNABEU, Josep (ed.) (1991): *La ciutat davant le contagi. Alacant i la grip de 1918-1919*, Valencia, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum.
- BLACIK, Victoria (2009): "De la desinfección al saneamiento: críticas al Estado español durante la epidemia de gripe de 1918", *Ayer*, 75, pp. 247-273.
- CHOWELL, Gerardo; ERKOREKA, Antón; VIBOUD, Cécile and ECHEVERRI-DÁVILA, Beatriz (2014): "Spatial-temporal excess mortality patterns of the 1918–1919 influenza pandemic in Spain, *BMS Infectious Disease*, 14, p. 371.
- CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Resuelto el misterio del virus de la gripe "española" de 1918. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/4304-resuelto-el-misterio-del-virus-de-la-gripe-espa%C3%B1ola-de-1918>
- DÍEZ NICOLÁS, Juan (1971): "La transición demográfica en España", *Revista de Estudios Sociales*, 1, pp. 89-159.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-1919*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Monografías, 132.
- ____ (2018): "En el centenario de la gripe española: un estado de la cuestión", *Revista de Demografía Histórica*, 36, 1, pp. 17-42.
- ERKOREKA, Antón (2006): *La pandemia de gripe española en el País Vasco*, Bilbao, Museo de Historia de la Medicina, Universidad del País Vasco, UPV-EHU.
- ____ (2009): "Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918–1920) and its relation to the First World War", *Molecular and Genetic Medicine*, 3, 2, pp. 190–194.
- FANJUL, Cristina (2020): "Las otras pandemias que asolaron León", *El Diario de León*, (22-3-2020).
- FERRÁN, Jaime (1921): *La inoculación preventiva contra el cólera morbo asiático*, 3ª ed., Barcelona, Sucesores de Manuel Soler, pp. 453-480, reproducida en *La enfermedad infecciosa desde la Ilustración* (1989), pp. 195-228.
- GARCÍA-FARÍA DEL CORRAL, Francisco Javier (1995): *La epidemia de gripe de 1918 en la provincia de Zamora. Estudio estadístico y social*, Zamora, Instituto de Estudios Zamoranos Florián de Ocampo.

- GÓMEZ REDONDO, Rosa (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Monografías, 123.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Alberto (2013): "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918", *Vínculos de historia*, 2, pp. 309-330.
- HERRERA RODRÍGUEZ, Francisco (1996): "Incidencia social de la gripe de 1918-1918 en la ciudad de Cádiz", *Llull*, 19, 37, pp. 455-470.
- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (1989): *La enfermedad infecciosa desde la Ilustración*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- JAMES, Roger (1994): *Introducción a la medicina*, Madrid, Alianza Editorial.
- LÓPEZ, Marisol (2018): "Cien años de la pandemia de la "gripe española", *La Opinión de Zamora*, (22-10-2018).
- ____ (2018): "La Virgen del Tránsito contra la gripe española", *La Opinión de Zamora*, (31-07-2017).
- MALUQUER DE MOTES, Jordi (2020): "La "madre de todas las pandemias": impacto demográfico de la gripe de 1918-1920", *Conversación sobre Historia*, 02-08-2020.
- MATA GUERRA, Juan Carlos de la (1996): "Publicaciones periódicas de Benavente (siglos XIX y XX". *Actas I Congreso de Historia de Zamora*, Zamora, tomo 4, pp. 507-526.
- ____ (2001): *Sociedad y prensa en Benavente (siglos XIX y XX)*, Benavente, CEB "Ledo del Pozo".
- OSORIO BURÓN, A. Tomás (1993): *Historia de Fuentes de Ropel*, Villalpando (Zamora), Edita Osorio Burón.
- PALAZÓN, Salvador (1991): "La pandemia de gripe de 1918-1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante", en BERNABEU, Josep (coord.), *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1988): "La población española", en ARTOLA, Miguel (dir.), *Enciclopedia de historia de España*, Madrid, Economía. Sociedad. Alianza Editorial, Tomo I, pp. 345-431.
- POBLACIÓN, Félix (2020): *El obispo que se enfrentó a la gripe...*, blog *El salto diario* <https://www.elsaltodiario.com/los-nombres-de-la-memoria/el-obispo-que-se-enfrento-a-la-gripe-de-1918-con-misas-y-procesiones-masivas>
- PORRAS GALLO, M^a Isabel (2002): *Una ciudad en crisis. La epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid.
- ____ (2008): "Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1918 en España", *Asclepio*, LX, julio-diciembre, pp. 261-288.

RIERA PALMERO, Juan (1990): *Epidemiología y medicina social vallisoletana. La obra sanitaria de Román G. Durán*, Valladolid, Universidad de Valladolid, Acta Histórico-Médica Vallisoletana, 30.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1991): "La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19", en ROCA I ROSELL, Antoni (coord.), *1881-1981. Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, pp. 131-156.

ROLDÁN, Santiago y GARCÍA DELGADO, José Luis (1973): *La formación de la sociedad capitalista en España, 1914-1920*, Madrid, Confederación Nacional de Cajas de Ahorro, (Cap. VI: "Aproximación a los cambios demográficos generados por el conflicto mundial").

SPINNEY, Laura (2018): *El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo*, Barcelona, Crítica.

TRILLA, Antoni; TRILLA, Guillem and DAER, Carolyn (2008): "The 1918 'Spanish Flu' in Spain", *Clinical Infectious Diseases*, 47, 5, pp. 668-673.

VILLACORTA BAÑOS, Francisco (1983): "La opinión médica rural en 1924: resultados de una encuesta", *Estudios de Historia Social*, 24-25, pp. 165-186.

O impacto da “gripe espanhola” na cidade de Guimarães (1918-1919)*

The impact of the “spanish flu” in the city of Guimarães (1918-1919)

FECHA DE RECEPCIÓN: MAYO DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2020

Antero Ferreira^a

Célia Oliveira^b

Palavras-chave

Gripe espanhola
Pandemias
Mortalidade
Guimarães (Portugal)

Resumo

O ritmo de crescimento contínuo da população portuguesa desde inícios do século XIX foi bruscamente interrompido entre 1910 e 1920, devido ao surto da “gripe espanhola”. Com este estudo, numa perspetiva microanalítica, procuramos analisar o estado sanitário e o impacto da epidemia em Guimarães, uma cidade do norte de Portugal, recorrendo a fontes hospitalares, do registo civil, dos serviços administrativos do município e da imprensa local.

Keywords

Spanish flu
Pandemics
Mortality
Guimarães (Portugal)

Abstract

The continuous growth rate of the Portuguese population since the beginning of the 19th century was abruptly interrupted between 1910 and 1920 due to the outbreak of the “Spanish flu”. With this study, from a microanalytical perspective, we sought to analyse the health status and impact of the epidemic in Guimarães, a city in the north of Portugal, using hospital sources, the civil registry, the administrative services of the municipality and the local press.

* Este trabalho integra-se num projeto de investigação sobre a “Gripe Espanhola”, apoiado pela Casa de Sarmento - Centro de Estudos do Património (UMinho - Guimarães). Os autores agradecem a colaboração de Fátima Silva no levantamento de dados, bem como as facilidades concedidas pela Santa Casa da Misericórdia na consulta do seu arquivo. Uma versão deste trabalho foi apresentada no XII Congresso da Associação de Demografia Histórica, realizado na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, em 2019.

a Casa de Sarmento e CITCEM/Uporto. C.e.: aferreira@csarmento.uminho.pt

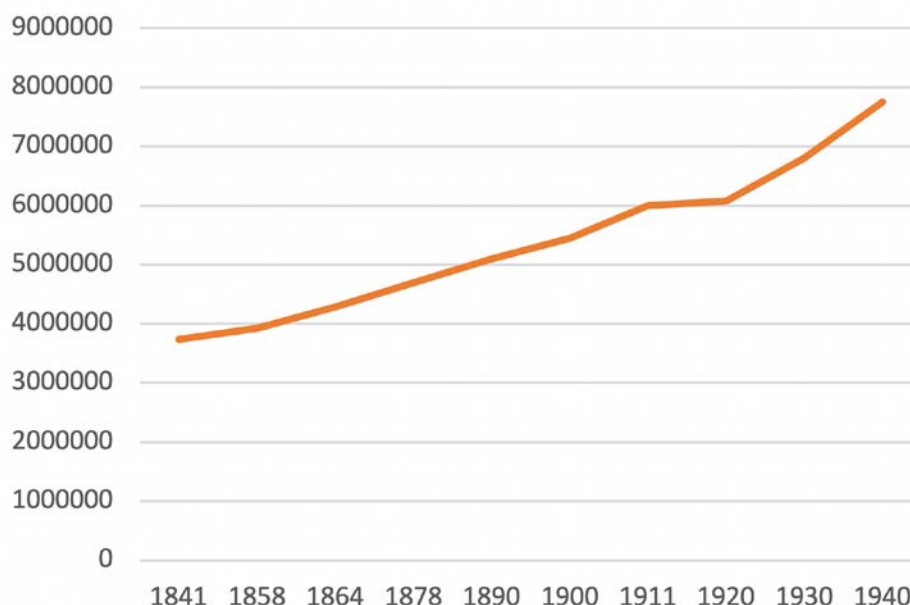
b Casa de Sarmento. C.e.: coliveira@csarmento.uminho.pt

1. CONTEXTO

O ritmo de crescimento contínuo da população portuguesa desde inícios do século XIX foi bruscamente interrompido entre 1910 e 1920, devido, principalmente, ao surto de "gripe espanhola" ou "pneumónica", como ficou conhecida em Portugal (Gráfico 1), que se associa à grave conjuntura que o país atravessava naquela época: queda da monarquia, implantação da República e "guerra civil intermitente". A participação na Primeira Guerra Mundial veio agudizar estas dificuldades e expor carências de todo o tipo, sobretudo no plano alimentar e dos cuidados médicos e sanitários.

Gráfico 1

População recenseada em Portugal (1841 – 1940)



Fonte: Adaptado de Leston Bandeira (1996: 147).

A "gripe espanhola" abateu-se como um flagelo que veio ampliar o sofrimento da população, já martirizada pela fome, pelas doenças endémicas (tuberculose, sífilis, alcoolismo) e surtos epidémicos (peste, tifo exantemático, varíola, febre tifoide) (Vieira, 2019). Desenvolvendo-se em três vagas, manifestou-se primeiramente na primavera de 1918, embora de forma relativamente benigna, assumindo-se particularmente mortífera na segunda vaga, quando emerge em agosto no Porto, expandindo-se depois pelo Minho, pelo centro do país e alcançando o Algarve em outubro. A terceira vaga, mais ligeira, ocorreu em abril-maio de 1919. Mais violenta e letal do que qualquer outra epidemia, a "gripe espanhola" fez milhares de vítimas em todo o país - mais de 130 mil, segundo Leston Bandeira (2009) -, mas, ainda assim, não se transformou num acontecimento que perdurasse na memória pública, sobrevivendo apenas no seio familiar e nas histórias que passam de geração em geração (Sobral e Lima, 2018; Lima e Sobral, 2020; Sobral, 2019; Costa, 2020).

O interesse dos historiadores pela "gripe espanhola" é relativamente recente. Frédéric Vagneron situa-o a partir dos anos 70, correspondendo a uma renovação da abordagem da medicina e da saúde pelas ciências sociais (Vagneron, 2018). Em Portugal, destacam-se os estudos pioneiros de Paulo Girão, "A pneumónica no Algarve" (2003), de João Frada, "A gripe pneumónica em Portugal Continental: estudo socioeconómico e epidemiológico com particular análise do concelho de Leiria" (2005) e a obra de síntese "A Pandemia esquecida: olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919" (Sobral et al., 2009a). Investigações mais localizadas continuaram a realizar-se nos anos seguintes (Prata e Teodoro, 2011; Pereira, 2011; Esteves, 2014), recorrendo a fontes de informação cada vez mais diversificadas, nomeadamente a imprensa periódica (Almeida, 2012, 2013, 2014). É na passagem do centenário da "gripe espanhola" que se multiplicaram as iniciativas relacionadas com esta temática. Ao mesmo tempo que se dão a conhecer novos estudos em publicações nacionais e estrangeiras (Nunes et al., 2018; Correia, 2018; Esteves, 2018), e a revista *Ler História* divulga um dossier intitulado "Revisitar a Pneumónica de 1918-1919", dirigido por Laurinda Abreu e José Vicente Serrão (2018a), realizam-se encontros científicos, onde investigadores de várias nacionalidades e com formação científica diversa partilham os seus conhecimentos sobre a pandemia. Como resultado destes encontros científicos, destacam-se as publicações "Centenário da gripe pneumónica: a pandemia em retrospectiva, Portugal 1918-1919" (Silva et al., 2019) e "A gripe espanhola de 1918" (Ferreira, 2020).

Em termos globais, os diversos estudos convergem nos seguintes pontos: a pandemia desenvolveu-se em Portugal em três vagas, sendo a segunda vaga a mais severa, como aconteceu na generalidade dos países europeus; a pandemia afetou significativamente os jovens adultos, ao contrário do perfil habitual da gripe epidémica; Portugal terá tido uma das mais altas taxas de mortalidade da Europa.

A generalidade destes estudos tem vindo também a assinalar algumas limitações relacionadas com a fraca qualidade da informação estatística da época, agravada pela desorganização dos serviços médicos e administrativos durante o surto epidémico, tornando muito difícil a quantificação das causas de óbito, até porque se verifica um aumento generalizado das mortes atribuídas a "doença desconhecida" (Frada, 2005; Nunes et al., 2018). Por outro lado, muitos destes estudos assentam em fontes com dimensão nacional ou distrital, pelo que, apesar de destacarem que os efeitos da pandemia não foram semelhantes em todas as regiões, não permitem avaliar o seu impacto ao nível local.

Por esta razão, impõe-se o desenvolvimento de estudos que possibilitem o melhor conhecimento do impacto da pandemia e da atuação das estruturas locais, como salientam Laurinda Abreu e J. Vicente Serrão na introdução do já referido dossiê da *Ler História*: "(...) somente um conjunto significativo de estudos locais, que identifique especificidades territoriais, permitirá reconstruir o cenário nacional e avaliar, por exemplo, se terá havido interajudas e ações coordenadas, vicinais ou regionais, ou se, como parece, a maioria das terras esteve entregue a si própria e ao seu desespero" (Abreu e Serrão, 2018b).

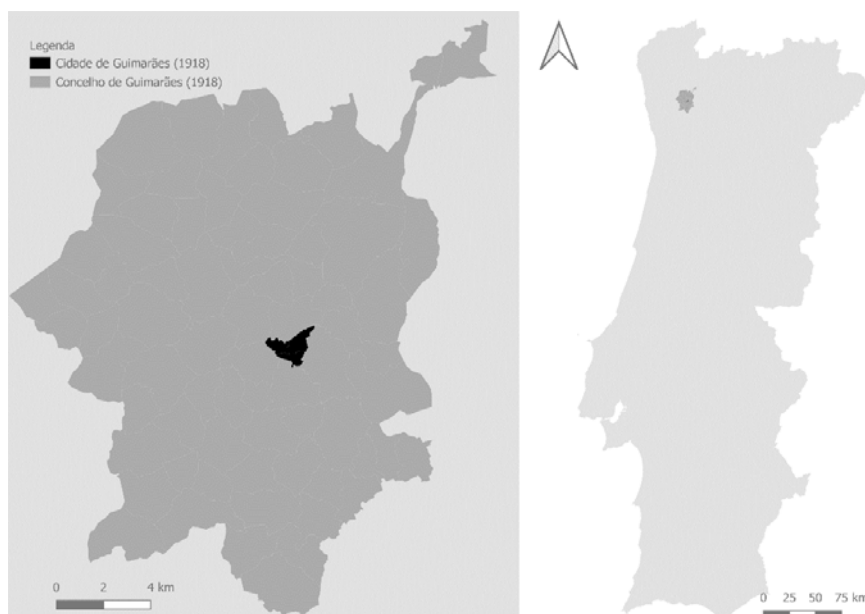
É nesta linha que desenvolvemos este trabalho, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia no concelho de Guimarães, calculando o ritmo e o volume da mortalidade, bem como a morbilidade que lhe esteve associada. Tendo consciência que a epidemia não afetou do mesmo modo todas as pessoas, pretendemos identificar comportamentos diferenciais relacionados com a idade, o lugar de residência e o estatuto socioprofissional. Finalmente, queremos apresentar um quadro geral do modo como a comunidade viveu e enfrentou a pandemia, construído através dos relatos da imprensa.

2. FONTES E METODOLOGIA

A nossa investigação incidiu na cidade de Guimarães, situada no distrito de Braga, no Noroeste de Portugal, a cerca de 50 km da cidade do Porto. Embora não seja sede de distrito, Guimarães, no início do século XX, fazia parte do conjunto das vinte maiores cidades portuguesas. O concelho, com uma população de 58.997 habitantes em 1911, era um importante polo industrial, particularmente associado à indústria têxtil, curtumes e cutelarias. Estas indústrias estavam localizadas na periferia da cidade de Guimarães, alargando-se para a área sul do concelho, acompanhando o curso dos rios Ave e Vizela, já que a água era a sua principal força motriz. A zona norte do concelho conservava características da agricultura tradicional.

Figura 1

Localização da cidade e concelho de Guimarães



Fonte: Elaboração própria a partir da Carta Administrativa Oficial de Portugal (2011).

Para o objetivo do nosso estudo, Guimarães reúne algumas condições singulares. Entre 1910 e 1920, publicava-se na cidade uma série de periódicos que constituem uma

fonte inestimável para o nosso estudo, como “O Commercio de Guimarães”, o “Vimaranense”, o “Echos de Guimarães” e o “Gil Vicente”. Procedemos ao levantamento sistemático de todas as notícias relacionadas com a pandemia entre os anos de 1918 e 1919.

A cidade possuía um importante hospital, pertencente à Santa Casa da Misericórdia, que atendia maioritariamente doentes do concelho (entre os anos de 1914 e 1921, calculamos uma média anual de admissão de 1.766 doentes). O hospital dispunha de sete enfermarias gerais e ainda de quartos particulares, estando equipado com sala de operações. Tinha ao seu serviço quatro clínicos efetivos e dois substitutos, um farmacêutico e pessoal assistente.

O Arquivo da Santa Casa da Misericórdia (ASCMG) conserva os livros de Registo de Entradas de Doentes no hospital, fonte que, para além da identificação de cada indivíduo admitido, indica o tipo de enfermidade, a duração do internamento e a situação no momento da alta (curado, melhor, morte, etc.). Organizamos uma base de dados (BDSCMG) com todos os registos de 1 de janeiro de 1917 até 31 de dezembro de 1920, totalizando 7.420 internamentos, o que nos permitiu analisar a problemática da morbilidade associada à gripe nos anos de 1918 e 1919.

Sobre esta amostra, devemos assinalar três limitações: em primeiro lugar, verificamos que os doentes tratados no hospital pertencem, fundamentalmente, aos grupos mais desfavorecidos da comunidade; em segundo lugar, apesar de estarem representados doentes de todo o concelho, há uma predominância dos doentes das freguesias mais próximas da cidade de Guimarães; em terceiro lugar, são muito reduzidas as admissões de crianças até aos cinco anos de idade. A maior parte das admissões correspondia, claramente, aos adultos em idade laboral e aos idosos.

Em 1911, com a criação do registo civil em Portugal, passou-se a utilizar um formulário individual para o registo de cada óbito ocorrido no concelho, incluindo os nascimentos prematuros e os nados-mortos. O formulário identifica o falecido (nome, sexo, idade, filiação, cônjuge, profissão e residência), apresenta a causa do óbito e o local de enterramento. Finalmente, refere quem comunicou o óbito ao registo civil. Partindo desta fonte, disponível no Arquivo Municipal Alfredo Pimenta (AMAP), em Guimarães, recolhemos a identificação e a causa de óbito de todos os indivíduos falecidos no concelho entre 1918 e 1919, totalizando 4.699 observações. Contabilizamos ainda os óbitos mensais do concelho entre 1915 e 1921.

Importa salientar que, dos 4.699 registos de óbito verificados nos anos de 1918 e 1919, somente 348 (cerca de 7%) não possuíam qualquer indicação da causa de morte, número bastante reduzido quando comparado com outros estudos que recorrem a dados estatísticos globais (Frada, 2005 e 2009; Girão, 2009; Nunes *et al.*, 2018). Consideramos que a utilização sistemática deste tipo de fonte, em que o redator e a pessoa que informa sobre o óbito estão mais próximos do evento, poderá ser o melhor caminho para o estudo da mortalidade por causas neste período, sendo necessário avaliar a sua qualidade noutras regiões¹. Levanta-nos, de qualquer modo, algumas dúvidas o facto

¹ A este propósito ver artigo de Alonso *et al.* (2018).

de a causa do óbito estar muitas vezes indicada a lápis e nem sempre estar explícito quem foi o responsável por essa declaração.

Classificamos todos os diagnósticos médicos e as causas de óbito de acordo com a proposta de Bernabeu Mestre (Bernabeu-Mestre *et al.*, 2003), agrupando na classificação "gripe" os diagnósticos que foram inequivocamente associados a "gripe" ou "pneumónica". Para efeitos de análise, adicionamos a estes casos os diagnósticos de "bronquite" e "pneumonia", seguindo exemplos de outros autores (Andreasen, Viboud e Simonsen, 2008; Frada, 2005).

Todas as profissões registadas nas bases de dados de óbitos e de entradas no hospital foram classificadas de acordo com o sistema HISCO (Leeuwen, Maas e Miles, 2002), traduzindo-se posteriormente os resultados na escala social SOCPO (*Social Power*), uma categorização em cinco níveis que combina o poder económico – utilizando as dimensões da especialização, trabalho por conta própria e autoridade – e o poder cultural – representado pela distinção entre trabalho manual e não manual, bem como pelos títulos sociais (Van de Putte e Miles, 2005).

Realizamos uma análise da variação sazonal, recorrendo ao modelo de regressão de Serfling, para medir a morbilidade e mortalidade em excesso durante os períodos pandémicos (Serfling, 1963; McConeghy *et al.*, 2019; Antunes e Cardoso, 2015). Para a definição do valor esperado (*baseline*) e do limite epidémico (limite superior do valor esperado), foram considerados todos os internamentos e óbitos associados a "gripe", "bronquite" e "pneumonia" nos anos em que não se verificaram períodos pandémicos (1915 a 1917). Todas as análises foram realizadas em R (R Core Team, 2017), recorrendo à biblioteca "ggplot2" para a realização dos gráficos (Wickham, 2016).

Para alcançar a história das gentes sem história, organizamos uma base de dados nominativa com todos os indivíduos falecidos entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 1918, identificando a família a que pertenciam (BDOBGMR).

3. A "GRIPE ESPANHOLA" EM GUIMARÃES

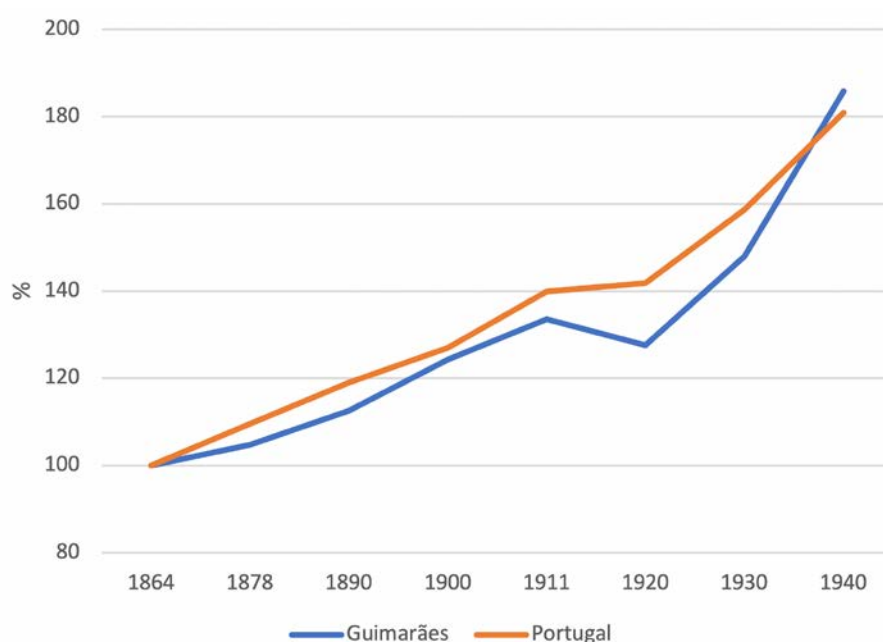
Tal como noutros pontos do mundo, em Portugal, a "gripe espanhola" desenrolou-se em três vagas. A primeira corresponde à chegada da epidemia, em finais de maio, trazida por trabalhadores agrícolas regressados de Espanha, mais concretamente de Badajoz e Olivença. Os primeiros casos foram diagnosticados em Vila Viçosa e, a partir daí, a doença propagou-se rapidamente a outras povoações alentejanas e ao resto do país. A segunda vaga começa por manifestar-se em agosto, a norte, na zona do Porto, mas devido à sua incrível virulência, nos inícios de outubro, já atingia o Algarve. Bem mais mortífera e devastadora do que qualquer outra epidemia, a pneumónica ataca preferencialmente os adultos jovens e dissolve famílias inteiras. A maior parte dos óbitos regista-se nos meses de outubro e novembro. A terceira vaga, já sem as características especialmente mortíferas da anterior, surge em abril e maio de 1919 (Sobral *et al.*, 2009b).

No final do mês de agosto, em sucessivas notas, o recém-nomeado Diretor-Geral de Saúde, Dr. Ricardo Jorge, dava conta do aparecimento de uma nova vaga da pandemia, com origem na cidade do Porto: "A influenza continua a sua invasão, assumindo, com insistência, o carácter pneumónico (...). O mal denunciou-se primeiro nos arredores do Pôrto, especialmente em Gaia, onde rápido declinou; avançou no Marco, Amarante, Riba Tua, Alijó, Vila Real, Bragança e atacou igualmente Sinfães, Rezende, Gouveia, Penamacor, Crato e Castelo de Vide", afirmava em nota de 14 de setembro (Jorge, 1936: 146). Em nota de 24 de setembro, acrescentava: "Desde Agosto que uma nova vaga se enrola, sem a relativa inocência da primeira" (Jorge, 1936: 137). Perante estas notícias alarmantes, são tomadas algumas medidas: determina-se que todos os médicos devem comunicar os casos de gripe às subdelegações de saúde, que farão chegar esta informação aos serviços centrais; recomenda-se a higiene e a desinfecção como medidas profiláticas; sugere-se que se evitem aglomerações e determina-se a limitação e vigilância das migrações dos trabalhadores agrícolas, bem como dos militares desmobilizados.

Em Guimarães, no final do mês de setembro, a imprensa local faz soar o alarme. A gripe broncopneumónica, que já martirizava a população de Barcelos, Vila Real e Amarante, provocando inúmeras mortes, faz-se também presente na cidade. Recorrendo às fontes já apresentadas, organizamos uma base de dados que nos permitiu quantificar o impacto da pandemia no concelho de Guimarães. Começamos por comparar a realidade vimaranense com a informação já conhecida para o território português.

Gráfico 2

Evolução da população de Portugal e do concelho de Guimarães (1864 – 1940)



Fonte: Recenseamentos portugueses (1864, 1878, 1890, 1900, 1911, 1920, 1930, 1940).

No gráfico que compara a evolução da população do concelho de Guimarães com a da população portuguesa (Gráfico 2), podemos verificar os efeitos da grave conjuntura entre os anos de 1910-1920 (crise política e económica, participação na 1.ª Guerra Mundial, "gripe espanhola"). Se em Portugal se pode falar em paralisação do crescimento, em Guimarães, nesta década, houve uma diminuição efetiva dos quantitativos populacionais.

A taxa bruta de mortalidade em Portugal, que vinha a diminuir desde meados do século XIX, atingindo o valor de 20 óbitos por cada mil habitantes no início do século XX, aumentou extraordinariamente em 1918 para 41,4‰ "(...) o que representa uma sobre-mortalidade de mais de 85,4%. A situação de crise prolongou-se em 1919, mas de maneira mais atenuada, com uma taxa de mortalidade de 25,4‰" (Bandeira, 2009: 132).

No concelho de Guimarães, para o ano de 1918, calculamos uma taxa bruta de mortalidade de 39,58‰, que se posiciona a um nível ligeiramente superior à do distrito de Braga, ao qual pertence (ver Tabela 1). Mais do que a taxa de mortalidade, interessa-nos medir a relação de sobremortalidade entre a taxa do ano de 1917 e de 1918, isto é, o quociente entre as taxas brutas de mortalidade de 1918 e as taxas de 1917 (Bandeira, 2009: 135), que se cifrou em 156,68%, posicionando o concelho no grupo dos distritos com valores mais baixos deste indicador (ver Tabela 2).

Este cenário ajusta-se ao estudo de Frada (2005), que aponta para o distrito de Braga uma taxa de mortalidade gripal de 6,00‰, a mais baixa dos distritos de Portugal Continental, estimando para o concelho de Guimarães uma taxa de 5,60‰, situando-o, assim, no grupo dos concelhos menos afetados pela pandemia.

Analisando o Gráfico 3, verificamos que não existe qualquer evidência de que Guimarães tenha sido exposta à primeira vaga de gripe (maio – junho de 1918), destacando-se claramente o grande impacto que teve a segunda vaga epidémica, entre setembro e dezembro de 1918. Durante o ano de 1919, existe um longo período de atividade gripal entre os meses de março e junho, mas sem o impacto que teve a segunda vaga.

Analisando detalhadamente o período entre a semana de 23 de setembro e a semana de 23 de dezembro de 1918, o nível de óbitos esperado (*baseline*) com diagnóstico de gripe deveria situar-se em cerca de 40 indivíduos. O impacto da vaga epidémica nestas 14 semanas veio provocar um excesso de 468 óbitos, que corresponde a um impressionante aumento da mortalidade gripal, na ordem dos 1.270%.

O Gráfico 4, que nos apresenta o total de óbitos anual repartido por grupos de idades, ajuda-nos a compreender o impacto da gripe na população do concelho de Guimarães. Se tomarmos o ano de 1915 como referência, verificamos que, em 1918, a morte se abateu sobre todas as idades, com a exceção dos mais idosos, dos 55 anos em diante, em que foi mais suave. É evidente o impacto que teve nos grupos dos jovens adultos, principalmente entre os 25 e os 35 anos, como tem vindo a ser apontado nos estudos de referência (Frada, 2005; Taubenberger e Morens, 2006), bem como nas idades mais jovens, em que duplicou o número de óbitos.

Tabela 1

Taxas brutas de mortalidade (‰) do concelho de Guimarães comparadas com os distritos de Portugal, em 1918, por ordem decrescente

<i>TBM</i>	<i>Concelho</i>	<i>TBM</i>	<i>Concelho</i>
54,82	Bragança	40,55	Santarém
54,17	Vila Real	40,47	Portalegre
50,87	Guarda	39,58	Guimarães
47,67	Cidade do Porto	39,55	Leiria
46,43	Beja	37,80	Braga
46,04	Castelo Branco	37,77	Ponta Delgada
46,04	Faro	36,12	Cidade de Lisboa
44,10	Évora	34,49	Aveiro
42,46	Viseu	34,09	Viana do Castelo
41,84	Lisboa	24,74	Angra do Heroísmo
41,48	Porto	22,44	Horta
41,40	Portugal	20,25	Funchal
41,36	Coimbra		

Fonte: Adaptado de Leston Bandeira (2009: 135).

Tabela 2

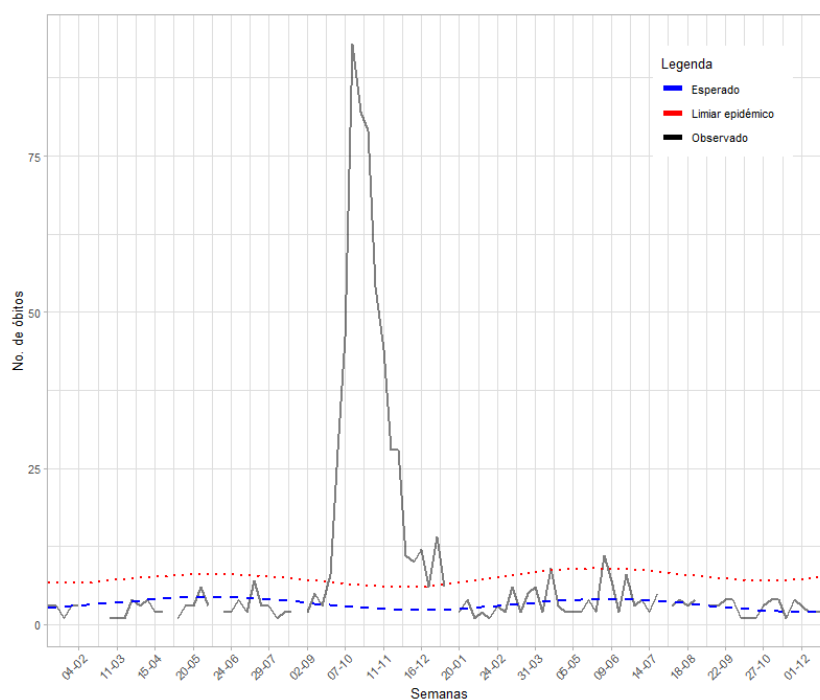
Relações de sobremortalidade do concelho de Guimarães comparadas com os distritos de Portugal, em 1918, por ordem decrescente

<i>R. Sobremortalidade</i>	<i>Distritos</i>	<i>R. Sobremortalidade</i>	<i>Distritos</i>
221,77	Coimbra	177,42	Porto
219,94	Vila Real	175,00	Viana do Castelo
211,27	Leiria	174,44	Portalegre
204,39	Santarém	173,84	Aveiro
203,18	Faro	172,29	Braga
202,67	Viseu	170,43	Cidade do Porto
201,25	Bragança	161,20	Ponta Delgada
197,49	Beja	156,68	Concelho de Guimarães
193,13	Guarda	146,35	Cidade de Lisboa
189,93	Castelo Branco	110,69	Angra do Heroísmo
185,40	Portugal	108,67	Horta
180,00	Évora	94,85	Funchal
178,65	Lisboa		

Fonte: Adaptado de Leston Bandeira (2009: 135).

Gráfico 3

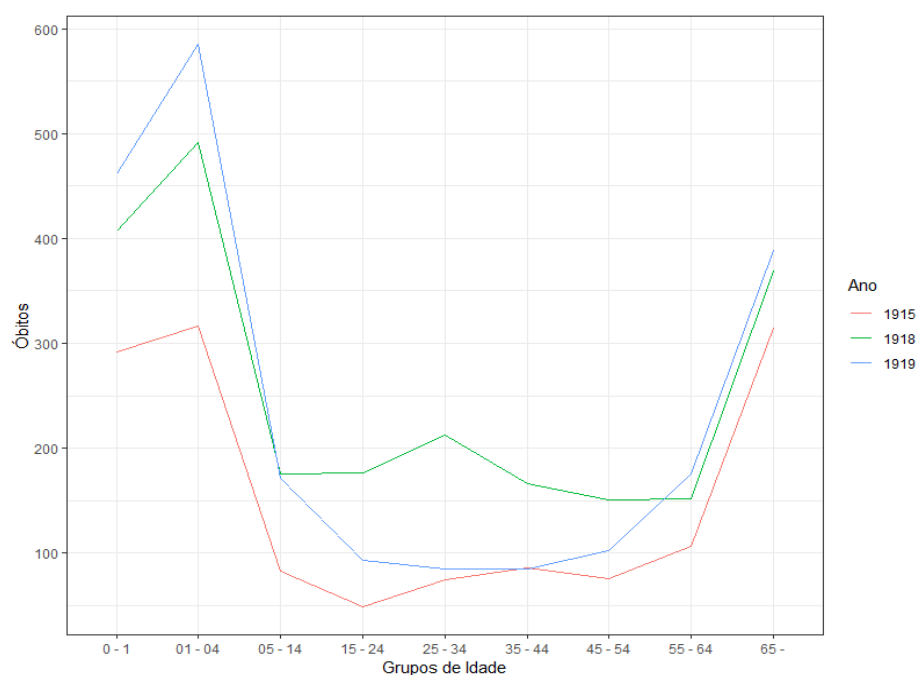
Evolução semanal dos óbitos de gripe (1918 – 1919)



Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1915–21).

Gráfico 4

Óbitos por grupos etários (1915, 1918 e 1919)

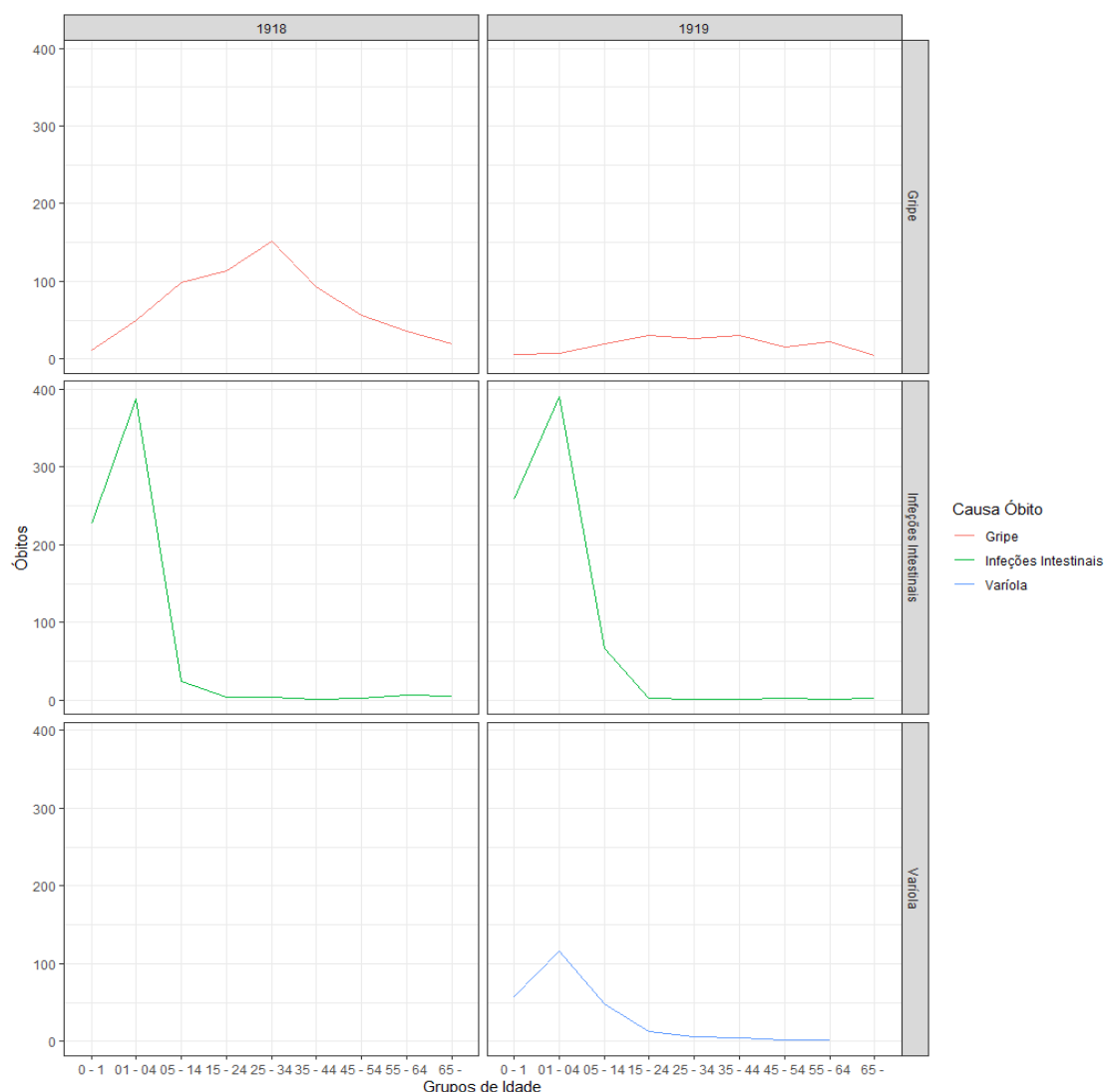


Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1915 – 21).

A chave para a compreensão deste perfil está, naturalmente, na análise das causas de morte por idade. Para 1918, mais de 50% da mortalidade é explicada pelas infeções intestinais e pela gripe, seguindo-se as doenças desconhecidas (9%) e as doenças do sistema circulatório (9%), os problemas relacionados com o parto (6%), a velhice (5%) e a tuberculose (5%).

Gráfico 5

Óbitos por grupos etários e causa de óbito (1918 e 1919)



Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1915–21).

Este conjunto de doenças, que explica 84% dos óbitos, não se distribui de modo uniforme pelos vários grupos de idade. Por exemplo, os óbitos por gripe concentram-se, como foi referido, nas idades entre os 5 e os 45 anos; por sua vez, os óbitos por infeções intestinais revelam-se entre o nascimento e os 5 anos. Pensamos, contudo, que existe uma forte associação entre a epidemia gripal e estas doenças, pois nos meses de setembro a dezembro de 1918 existiu um assinalável crescimento dos óbitos por

infecções intestinais. Este aspeto já tinha sido apontado por João Frada, que explica que "(...) com o aleitamento reduzido ou mesmo suprimido, quando atingiam esta idade, estas crianças deixavam de poder contar com os importantes factores biológicos existentes no leite da mãe, ficando por isso mesmo mais susceptíveis a toda a casta de doenças infecciosas. A morbilidade e a mortalidade subiam, assim, em flecha neste grupo etário. Minados por enterites, que aqui assumem índices altíssimos, facilmente sucumbiam quando atingidos pela gripe" (2009: 160). A este aspeto é necessário somar o impacto que tinha a morte de um dos membros da família, principalmente a mãe, sobre a saúde destas crianças de tão tenra idade. Fenómeno semelhante pode ter acontecido nas idades mais avançadas, especialmente quando o indivíduo padece de outro tipo de doença, como as do sistema circulatório ou a designação genérica de senilidade.

O perfil da mortalidade de 1919, por sua vez, é bastante diferente. Se no grupo de idades dos 0 aos 5 anos ainda consegue ultrapassar os valores de 1918, nos restantes grupos etários aparenta aproximar-se de uma curva habitual, embora um pouco mais severa que a de 1915.

Procuramos também determinar onde ocorreram os primeiros casos de gripe, como evoluíram no concelho e quais as regiões mais afetadas. Os primeiros óbitos ocorreram nos últimos dias de setembro, quase em simultâneo, na cidade de Guimarães e na vila de Caldas de Vizela. Se recordarmos que a segunda vaga da pandemia teve origem no Porto, poderemos associar a sua transmissão à ligação ferroviária que unia esta cidade a Guimarães. No caso de Vizela, uma importante estância termal onde afluía, sobretudo, a burguesia do Porto, esta relação ganha ainda mais significado. A pandemia atingiu esta vila em plena época termal, que terminava durante o mês de outubro, pelo que não é de estranhar que a sua freguesia mais importante, S. Miguel, tenha sido a quarta mais atingida em número de óbitos e uma das freguesias com maior taxa de mortalidade.

Por seu lado, as freguesias urbanas de Guimarães apresentam taxas de mortalidade relativamente baixas, o que só pode ser explicado pelo fácil acesso à assistência médica e farmacêutica. Já as freguesias das zonas periféricas, em parte ainda urbanas, como a Costa, Creixomil e Azurém, apresentam taxas de mortalidade muito mais elevadas. Finalmente, conseguimos detetar um padrão territorial na difusão da gripe. Por um lado, as freguesias do sul do concelho, mais urbanizadas e com uma relevante atividade industrial, formam o conjunto das mais afetadas. Por outro lado, as freguesias do norte do concelho, mais rurais e mais isoladas, foram as menos atingidas, com exceção de algumas que se localizam no limite nordeste do concelho, como Gonça ou Rendufe, que apresentam elevadas taxas de mortalidade, mas que, supomos, poderão ter sido contagiadas a partir de concelhos vizinhos.

4. MORBILIDADE NO CONCELHO DE GUIMARÃES

Tendo-se estabelecido as principais características da mortalidade associada à pandemia de gripe no concelho de Guimarães, apresenta-se agora um quadro da mor-

bilidade gripal no concelho. Nesta abordagem, somos limitados logo à partida pela incipiente organização dos serviços de saúde portugueses. Embora existisse uma Direção-Geral de Saúde, a sua capacidade de intervenção e de recolha de informação em todo o território nacional estava muito limitada. Por outro lado, a assistência médica estava confiada, para os mais necessitados, a instituições caritativas, principalmente as Misericórdias, existindo em paralelo a medicina livre (Sobral *et al.*, 2009b). Para Guimarães, não dispomos de dados sobre esta medicina particular, nem sobre uma eventual comunicação de casos às autoridades sanitárias por parte do subdelegado de saúde. A única fonte a que tivemos acesso foi o registo de entradas de doentes no Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães.

Este hospital servia, fundamentalmente, a população do concelho, com particular incidência das freguesias mais próximas do centro da cidade, que representavam cerca de 30% dos doentes. Através do registo de entradas, conseguimos ter uma perspetiva da morbilidade gripal entre os anos 1918 e 1919 (Gráfico 6). São evidentes duas crises epidémicas, coincidentes com a segunda e a terceira vagas pandémicas. Não existindo, como já referimos, qualquer evidência de que Guimarães tenha sido exposta à primeira vaga, temos conhecimento, contudo, de alguns casos isolados atribuídos à "gripe espanhola". No dia 25 de junho, foi internado no Hospital da Misericórdia o médico Alberto Ribeiro de Faria, a sua esposa e filho, com diagnóstico de "gripe infecciosa". A imprensa vimaranense deu conta deste internamento no dia 29 de junho². Na edição seguinte, de 2 de julho, noticiava-se as melhoras do médico e do seu *filhinho*, esclarecendo-se que a esposa não tinha sido internada³. Não há mais referências à doença até ao mês de setembro.

Em Guimarães, o primeiro doente com diagnóstico de "gripe pneumónica" foi internado no hospital da Misericórdia em 19 de setembro. Chamava-se João Pereira, tinha 41 anos, era jornalista e residia na cidade de Guimarães. Teve alta, curado, a 5 de outubro. Na imprensa local, a primeira notícia que se refere à "gripe pneumónica" data de 24 de setembro de 1918. Dá conta de que se encontravam gravemente enfermos o dr. José de Araújo e o filho do negociante José Joaquim Vieira de Castro⁴.

Através do gráfico 6, facilmente se deteta a vaga epidémica, que apresenta a duração de onze semanas, de 23 de setembro a 9 de dezembro de 1918. Neste período, tomando como referência o nível de hospitalizações esperado (*baseline*), deveriam ter sido internados 33 doentes. No entanto, o impacto da vaga epidémica veio provocar um excesso de 289 hospitalizações, correspondendo a um aumento de 870%. A taxa de letalidade dos doentes hospitalizados com gripe durante este período cifrou-se em 15,17%.

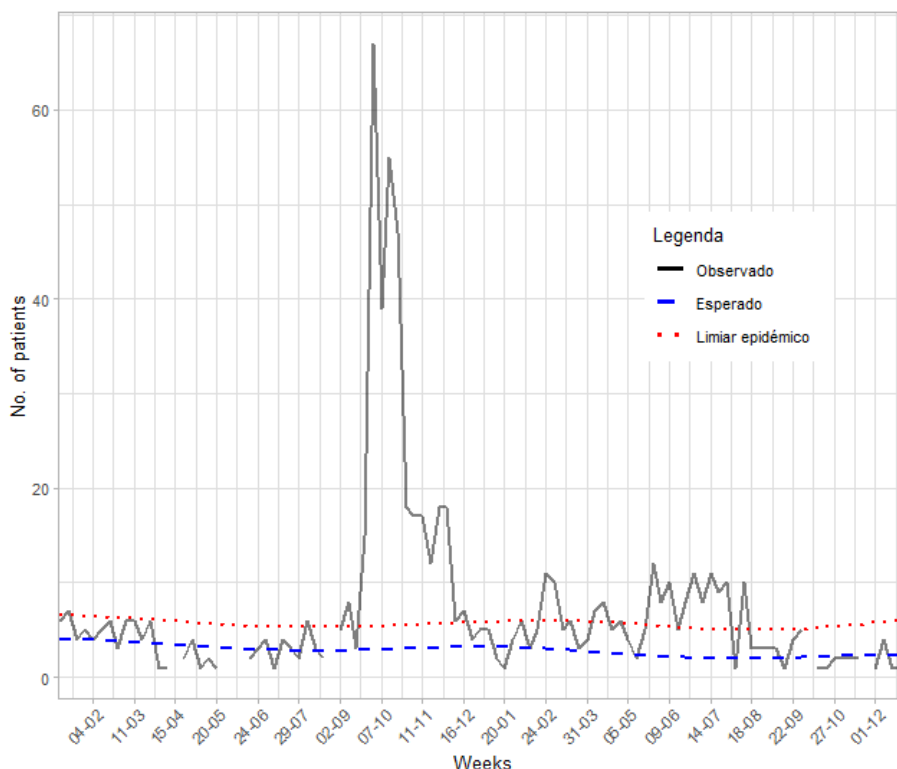
2 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3239, 29.06.1918.

3 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3240, 02.07.1918.

4 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3263, 24.09.1918.

Gráfico 6

Evolução semanal dos casos de gripe (1918 – 1919)



Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de Entradas e Saídas de Doentes de "Medicina" do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (1917–1921), ASCMG.

5. A TRAGÉDIA SENTIDA

Na primeira parte deste trabalho apresentamos uma perspetiva quantitativa, mas interessa-nos também perceber como terá sido vivida e percebida a tragédia pela população vimaranense. David Killingray coloca-nos a este propósito uma questão desafiadora: "Como escrever «empaticamente» a história da tragédia, quando é tão mais fácil reduzir a morte e o sofrimento a uma mera estatística?" (2009: 52). Partindo, sobretudo, da imprensa vimaranense, procuramos responder a esta questão, destacando, desde já, que as notícias sobre a epidemia não eram assunto para a primeira página, sendo sempre remetidas para as páginas interiores. Os temas de destaque da imprensa da época eram a Grande Guerra e a difícil conjuntura política portuguesa.

Nos jornais, vemos que a ação da "gripe espanhola" em Guimarães foi devastadora e que a sua influência se fez sentir em todos os planos da vida da comunidade. Atacando de improviso, atuando com rapidez, indiferente a géneros, idades e classes sociais, e altamente mortífera, a epidemia encheu os hospitais de doentes, habitantes da cidade, mas também das freguesias rurais, que lá chegavam transportados em carros de bois. No hospital da Santa Casa da Misericórdia, o surpreendente aumento do número de

doentes colocou todo o pessoal hospitalar sob grande pressão, levando-o inclusive a pedir aumentos salariais. Os provedores, por seu lado, temendo a rutura dos serviços hospitalares (internamentos, consultas, curativos e medicamentos), multiplicaram os pedidos de subsídios ao Estado, recorreram por diversas vezes ao capital da instituição e implementaram medidas várias com o intuito de aumentar receitas e diminuir despesas: subida das taxas de admissão de doentes particulares, agravamento do preçário dos serviços operatórios e do aluguer dos carros fúnebres, elevação do estipêndio das missas pelos irmãos falecidos, criação de um depósito de medicamentos e outros artigos indispensáveis ao tratamento dos doentes. Incapaz de alcançar um equilíbrio orçamental e esgotados os recursos destinados à manutenção do hospital, a Santa Casa da Misericórdia acabará por reduzir consideravelmente os seus serviços de assistência gratuita a pobres e indigentes.

O desenvolvimento da "gripe espanhola" obrigou também à intervenção da autoridade administrativa e de saúde pública. Para além de se apostar no isolamento dos doentes, internando-os no hospital privativo de Santa Luzia, as autoridades locais procuraram evitar a concentração de indivíduos, impondo medidas que acarretaram mudanças no quotidiano dos vimaranenses: fecharam-se as igrejas e proibiram-se os atos religiosos aos domingos e dias santificados, bem como a peregrinação anual ao Santuário da Penha; as casas de espetáculos encerraram as suas portas; atrasou-se a abertura de todas as escolas oficiais e particulares; impediu-se a realização da feira. Por questões sanitárias, ordenou-se a remoção de todos os suínos do centro da cidade, a obrigatoriedade de limpar e desinfetar os prédios que tivessem contacto com esgotos, e pediu-se aos regedores das freguesias do concelho o envio de remessas de pinheiro e eucalipto para se queimarem nas ruas e largos da cidade. Para evitar o alarme social pela visualização do desfile quase ininterrupto de caixões a caminho do cemitério, proibiram-se os cortejos fúnebres e o transporte de cadáveres passou a fazer-se depois das 20 horas⁵. Deste modo, a "gripe espanhola" provoca uma rutura nas práticas e crenças tradicionais relativas à morte, desritualizando-a, tornando-a invisível e anónima. Há pouca madeira para os caixões e, por isso, deposita-se mais do que um cadáver em cada esquife; os coveiros são insuficientes, o que obriga os familiares a participar nos trabalhos do enterro; o cemitério deixa de ter espaço para novas sepulturas, de maneira que se desenterram e queimam caixões antigos, devolvendo à terra os despojos humanos que continham⁶.

De difícil implementação e pouca eficácia, todas as disposições foram sempre muito contestadas, quer pelas associações locais, quer pela imprensa. Acusavam-se responsáveis, apontavam-se negligências: a epidemia continuava a flagelar a população e o estado sanitário da cidade não registava melhorias. Reclama-se, portanto, uma

5 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3265, 01.10.1918; ano XXXV, n.º 3267, 08.10.1918; ano XXXV, n.º 3273, 29.10.1918. "Vimaranense", ano IV, n.º 152, 17.10.1918. "Echos de Guimarães", 5.º ano, n.º 232, 06.10.1918; 5.º ano, n.º 233, 13.10.1918; 5.º ano, n.º 238, 15.11.1918; "Gil Vicente", ano 1.º, n.º 1, 20.10.1918; ano 1.º, n.º 3, 03.11.1918.

6 "Gil Vicente", ano 1.º, n.º 4, 10.11.1918.

higiene da cidade (limpeza e organização das necessárias infraestruturas), das habitações (limpeza, iluminação e ventilação), mas também dos pobres, dos mendigos e andrajosos que enxameavam as ruas da cidade. Neste contexto, determina-se o extermínio dos cães vadios com recurso à estricnina, a realização de visitas sanitárias aos domicílios, a obrigatoriedade, por parte de inquilinos e proprietários, de construir, limpar e desinfetar todas as fossas existentes, e proibem-se os ajuntamentos de pessoas nas entradas das habitações e passeios públicos, incluindo os vendedores de géneros alimentícios⁷.

Mas o povo, martirizado pela doença, desesperava ainda com a fome. Os comerciantes, face à inexistência de uma tabela fixa de preços, aplicavam o preçário que melhor servia os seus interesses e os açambarcadores desenvolviam a sua atividade sem qualquer impedimento legal. No final da guerra, a crise das subsistências agudizou-se e o quadro de miséria social tornou-se mais pungente e desolador. A revolta alimentará vagas sucessivas de assaltos na cidade e nas aldeias circunvizinhas, gerando-se inúmeros conflitos com as autoridades. Neste cenário de crise política e social, e com a população subjugada pela fome e a epidemia, ganha especial importância a rede de solidariedades que se criou no seio da comunidade vimaranense para dar resposta a tantas situações aflitivas: a administração do concelho conseguiu equipar o hospital privativo de Santa Luzia com o apoio de inúmeras individualidades da terra e subsidiou o internamento dos órfãos da epidemia no Asilo de Santa Estefânia e na Oficina de São José; a Associação de Bombeiros Voluntários, juntamente com a banda do Regimento de Infantaria nº 20, a Nova Filarmónica Vimaranense e o grupo musical dos "Guizes", organizou um bando precatório a favor do "hospital de pneumónicos" e dos doentes pobres do concelho; um grupo de particulares criou a "Sopa Económica Vimaranense", que oferecia gratuitamente uma refeição diária a 100 crianças pobres da cidade; um conhecido benfeitor mandou distribuir esmolas às viúvas das paróquias da Oliveira, São Sebastião e São Paio; a imprensa local lançou subscrições para auxiliar os epidemiados⁸.

E já quando se celebravam missas em honra de São Sebastião, por se considerar debelada a terrível "gripe espanhola", eram poucos aqueles que ainda não tinham percebido que muito havia mudado em Guimarães. A fisionomia da cidade alterou-se com o desaparecimento repentino e inesperado de tanta gente. Espíritos consternados sentem profundamente as ausências e, por isso, reza-se nas igrejas pela salvação da alma dos seus estimados párocos e as Confrarias e Irmandades registam votos de pesar pelo falecimento de associados, mas, sobretudo, de funcionários dos hospitais, como a

7 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3273, 29.10.1918; ano XXXV, n.º 3304, 02.05.1919; ano XXXVI, n.º 3309, 20.05.1919; ano XXXVI, n.º 3310, 23.05.1919; ano XXXVI, n.º 3334, 29.08.1919; ano XXXVI, n.º 3339, 16.09.1919; ano XXXVI, n.º 3342, 26.09.1919; ano XXXVI, n.º 3349, 21.10.1919. "Gil Vicente", ano 1.º, n.º 5, 17.11.1918; ano 1.º, n.º 12, 01.01.1919; ano 1.º, n.º 47, 31.08.1919; ano 1.º, n.º 52, 05.10.1919; ano 2.º, n.º 54, 19.10.1919.

8 "O Commercio de Guimarães", ano XXXV, n.º 3268, 12.10.1918; ano XXXV, n.º 3269, 15.10.1918; ano XXXV, n.º 3270, 19.10.1918; ano XXXV, n.º 3272, 26.10.1918; ano XXXV, n.º 3275, 09.11.1918. "Vimaranense", ano IV, n.º 152, 17.10.1918. "Echos de Guimarães", 5.º ano, n.º 236, 31.10.1918; 5.º ano, n.º 238, 15.11.1918. "Gil Vicente", ano 1.º, n.º 1, 20.10.1918; ano 1.º, n.º 2, 27.10.1918; ano 1.º, n.º 3, 03.11.1918; ano 1.º, n.º 5, 17.11.1918.

enfermeira D. Sofia da Conceição⁹, que contraiu a gripe enquanto cuidava dos doentes do hospital da Santa Casa da Misericórdia. Também o comércio da cidade sofre com a extinção de alguns dos seus estabelecimentos mais importantes. A morte de Francisco de Castro Guimarães¹⁰, proprietário da mercearia na Rua Paio Galvão, ditou o fim da casa comercial¹¹ e o falecimento de José dos Santos Carvalho¹², fotógrafo profissional, deixou Guimarães sem uma casa de fotografia. O desaparecimento de José Machado, negociante conhecido e muito respeitado, é mais um exemplo das vítimas da "gripe espanhola": "Muito novo e robusto, a sua morte causou viva impressão. Possuía um excelente caracter e contava innumeradas sympathias em o nosso meio. Deixa viúva e dois filhinhos. Que descanse em paz o inditoso amigo!"¹³. Também o passamento de José de Almeida Araújo¹⁴, nas vésperas de concluir a sua formação em medicina, entristeceu familiares, amigos e conhecidos. Mas os jornais mencionam e homenageiam apenas as pessoas conhecidas na sociedade vimaranense. O grosso da população permaneceu anónimo, tendo-se registado apenas os casos mais dramáticos: "A miseria tem sido o motivo de tantos e ter [terem] desenvolvido este terrível flagello. Ainda ante-hontem, na missão de escrupulosamente distribuímos as senhas que a auctoridade nos deu para os atacados, fomos guiados para uma miserável mansarda, aonde fomos deparar com uma infeliz viúva morta no leito com 2 filhinhos ao lado e 3 ou 4 restantes quasi nus em redor! Foi atacada da terrível enfermidade, mas como não tinha a quem confiar os tenros innocentinhos, alli se foi definhando, enquanto teve que empenhar, e assim terminou os dias da vida com dois filhos nos braços!" ("O Commercio de Guimarães", ano XXXV, nº 3272, 26.10.1918, p. 2).

9 "Falleceu em um quarto particular do Hospital da Santa Casa da Misericordia, victima da epidemia reinante, a zelosissima enfermeira d'aquello bello estabelecimento, a ex.ma senhora D. Sophia da Conceição." ("O Commercio de Guimarães", ano XXXV, nº 3269, 15.10.1918, p. 2).

10 "Victimado pela gripe bronco-pneumonica, falleceu ontem o snr. Francisco de Castro Guimarães, com estabelecimento de mercearia à rua Payo Galvão. Muito robusto e novo ainda, todos esperavam que resistisse à terrível epidemia. A sua morte, ao ser conhecida, causou vivo pesar. Possuía o inditoso moço apreciaveis qualidades e gosava, entre nós, geraes sympathias. À familia enluctada, especialmente a sua esposa, a snr.a D. Rosa Mauricia, as nossas condolencias." ("O Commercio de Guimarães", ano XXXV, nº 3267, 08.10.1918, p. 2).

11 "Mercearia. Passa-se bem afreguezada e em boas condições pelo falecimento do seu proprietario. Quem pretender dirija-se à Viúva de Francisco Castro Guimarães, Rua Paio Galvão." ("Gil Vicente", ano 1.º, nº 3, 03.11.1918, p. 3).

12 "Necrologia. Causou dolorosa impressão a morte do nosso amigo, snr. José dos Santos Carvalho, habil e estimado photographo vimaranense. Falleceu ante-hontem em um quarto particular do hospital da Santa Casa da Misericordia, e victimou-o a «influenza» bronco-pneumonica. Deixa viúva e oito filhinhos nas mais precárias circunstancias." ("O Comércio de Guimarães", ano XXXV, nº 3270, 19.10.1918, p. 2).

13 "José Machado. Mais uma victima da terrível bronco-pneumonia! Hoje, pelas 11 horas da noite, deixou de pertencer ao numero dos vivos este nosso presado correligionario e amigo, benquisto negociante d'esta praça. Muito novo e muito robusto, a sua morte causou viva impressão. Possuía um excelente caracter e contava innumeradas sympathias em o nosso meio. Deixa viúva e dois filhinhos. Que descanse em paz o inditoso amigo! A toda a familia enluctada envia o «Commercio de Guimarães» vivos protestos de sentimento." ("O Comércio de Guimarães", ano XXXV, nº 3273, 29.10.1918, p. 2).

14 "Egualmente falleceu hontem, tambem victima da «grippe» bronco-pneumonica, o snr. Dr. José d' Almeida Araujo, nosso sympathico conterraneo, filho dilecto do venerando vimaranense, snr. Simão Neves d' Almeida Araujo. Contava vinte e poucos annos de idade e devia concluir este anno a sua formatura em medicina. A morte do inditoso mancebo, que tinha deante de si um bello futuro, egualmente causou viva consternação. À familia enluctada a expressão do nosso sentimento." ("O Commercio de Guimarães", ano XXXV, nº 3264, 28.09.1918, p. 2).

Se este era o panorama urbano, a realidade vivida nas freguesias rurais do concelho adivinha-se bastante mais negra, atendendo sobretudo à falta de assistência clínica e farmacêutica. Veja-se, por exemplo, o relato do médico Joaquim Pires de Lima (1918) que, quando se iniciou a disseminação da "gripe espanhola", se encontrava de férias na aldeia de São Simão de Novais (a 15 km de Guimarães), pertencente ao concelho de Vila Nova de Famalicão. O clínico começa por descrever o verão de 1918 como invulgarmente quente e seco (32°C), salientando, todavia, a descida brusca da temperatura no final do mês de agosto (22 C) e inícios de setembro (15 C). Por essa altura, os habitantes dessa e de outras cinco aldeias para onde se deslocou (Ruivães, Carreira, S. Fins, Bairro e Delães) debatiam-se com um surto de coqueluche, que fez adoecer um grande número de crianças, e de gripe, nomeadamente entre os operários das fábricas de fiação e tecelagem de algodão. Estes, ao contrário das pessoas que trabalhavam no campo e que tinham uma aparência sadia e casas organizadas, pareciam-lhe débeis e pálidos devido às muitas horas de trabalho diurno e noturno, mas também às condições miseráveis das suas habitações, barracas de madeira, pouco iluminadas e arejadas, e onde tudo faltava. Não hesita, por isso, em associar o início da epidemia a esta população de operários que, a partir de finais de setembro, deixa de comparecer no seu local de trabalho devido à "gripe espanhola". A epidemia, altamente contagiosa¹⁵, atacou sobretudo indivíduos com idades até aos 30 anos (71%) e as suas vítimas foram maioritariamente crianças (0-10 anos) e jovens adultos (21-30 anos). Ao terminar o seu relato, Pires de Lima admite que a sua ação, ao nível do tratamento médico, foi altamente condicionada pela falta de recursos, mas salienta a importância, naquele contexto de pobreza generalizada, da prescrição de medicamentos gratuitos aos doentes, do pagamento de parte dos ordenados pelas entidades empregadoras e das subscrições promovidas pelos párocos. Esta concertação de esforços não se reproduziu, todavia, noutras localidades, onde se adoeceu e morreu sem qualquer assistência médica (Lima, 1918).

No estudo que desenvolvemos, apesar de vários ensaios, tornou-se muito difícil perseguir percursos individuais que nos elucidem sobre o modo como no concelho se viveu e se sobreviveu a esta calamidade. Para além dos testemunhos dos observadores qualificados, como Pires de Lima, ou dos relatos da imprensa, como alcançar as histórias de vida dos milhares de indivíduos e famílias que, por não terem distinção social, não mereciam destaque nas páginas de jornal? Para tentarmos alcançar a história das gentes sem história, organizamos uma base de dados nominativa com todos os indivíduos falecidos entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 1918, identificando a família a que pertenciam (BDOBGMR). No caso de um indivíduo casado ou viúvo, foi associado à família que tinha constituído; os indivíduos solteiros foram associados à família dos seus progenitores.

15 A propósito da velocidade de propagação da epidemia, veja-se o caso de Saldanha: "Na freguesia de S. Simão há uma aldeia chamada Saldanha, que ficou intacta durante muito tempo. Surge, porém, um caso fatal no extremo norte de Ruivães. Membros da família, residentes na Saldanha, vão de noite velar o cadáver; poucos dias depois, toda a família estava contaminada, e a doença estendia-se pela aldeia até aí respeitada pelo contágio." (Lima, 1918: 7).

Foi assim possível analisar, indivíduo por indivíduo, família por família, freguesia por freguesia, a *marcha da epidemia*. Tornaram-se, assim, evidentes os casos em que ocorriam mortes consecutivas, percebendo-se melhor a dimensão do drama que representou esta pandemia. Choca, em primeiro lugar, a concentração de óbitos na mesma família. Na freguesia de Serzedelo, por exemplo, entre 15 e 18 de outubro, a família de Plácido Joaquim de Castro e de Margarida Moreira Gomes, proprietários, perdeu três filhos, acabando também por falecer o chefe de família. Existe, sem dúvida, uma grande ligação entre o falecimento da mãe e o de filhos de tenra idade. É o caso, por exemplo, de Maria de Sousa de Freitas, casada com António Lopes, que morre a 12 de outubro, seguida, de imediato, pelo seu filho, com menos de um ano, ou o de Josefa da Cunha, de Guardizela, que morre a 9 de outubro, seguindo-se, a 15 do mesmo mês, dois dos seus filhos, de sete e cinco anos. Existe ainda um grande número mulheres que, na sequência do parto, morrem com diagnóstico de gripe. Normalmente, os seus filhos não sobrevivem, nascem mortos ou apresentam debilidades.

Sabemos que, neste período, os sinos deixaram de tocar a finados para não impressionar os vivos, saudáveis ou doentes. Esta decisão não nos pode surpreender quando calculamos que grande parte da população estaria contagiada com a doença e que o número de mortos não parava de aumentar, concentrando-se por vezes nos mesmos locais. A partir dos registos de óbitos (BDOBGMR), verificamos que em Rendufe, uma freguesia rural do norte do concelho, entre 11 e 14 de outubro, faleceram no lugar das Casas Novas, seis pessoas, duas na mesma casa. Em Creixomil, zona urbana de Guimarães, morreram onze pessoas na Rua da Liberdade e nove na Rua das Lameiras.

Dispondo de uma categorização social associada às profissões dos indivíduos, atribuímos a cada registo o nível correspondente à sua profissão. No caso dos indivíduos solteiros sem indicação de profissão e no caso das mulheres casadas que são apresentadas na fonte como "domésticas", foi-lhes atribuído, respetivamente, o nível SOCPO dos pais ou do marido. Partindo desta informação, elaboramos uma tabela em que, para cada mês do ano de 1918 e para cada nível social, relacionamos o número de óbitos por gripe com o total de óbitos. Podemos assim apreciar o impacto social da pandemia.

Nos meses que correspondem ao acme da segunda vaga (outubro e novembro), podemos apreciar que a pneumónica foi responsável por cerca de metade dos óbitos. Os níveis sociais mais baixos foram, nitidamente, mais afetados que os restantes, o que corresponde ao que tem vindo a ser apontado noutros estudos (Sobral *et al.*, 2009b). Os valores elevados do nível "41 – Classe média - agricultura", que engloba um numeroso grupo de pequenos proprietários dispersos pelo território do concelho, poderão ser explicados, como já referimos, pelo facto de a mortalidade ter sido mais gravosa nas zonas rurais do que no meio urbano, provavelmente devido à dificuldade em aceder à assistência médica e às deficientes condições de higiene e de habitação. Note-se, em sentido contrário, a resiliência do nível 3, "Trabalhadores especializados", em que predominam os lojistas (comerciantes e artífices) da cidade de Guimarães.

Tabela 3

Relação entre os óbitos por gripe e o total de óbitos no concelho de Guimarães (1918)

<i>SOCPO</i>		<i>Outubro</i>	<i>Novembro</i>
		<i>Óbitos Gripe (%)</i>	<i>Óbitos Gripe (%)</i>
1	Trabalhadores não especializados	63,5	41,7
2	Trabalhadores semiespecializados	55,8	59,1
3	Trabalhadores especializados	49,6	25,0
41	Classe média - Agricultura	55,2	52,9
42	Classe média	56,8	33,3
5	Elite	45,7	22,2
NA	Sem indicação de profissão	38,9	20,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos registos de óbitos do concelho de Guimarães (1915 – 21).

Estas hipóteses, que carecem de maior aprofundamento, parecem convergir com as conclusões de Mamelund (2006) que, no estudo que realizou em duas paróquias norueguesas, considera que só a conjugação do estatuto socioprofissional com outros fatores, como o contexto sanitário e higiénico e as condições das habitações, permite explicar a mortalidade diferencial.

NOTAS FINAIS

Este trabalho assenta, acima de tudo, em microdados, recolhidos dos registos de óbitos e dos registos hospitalares. Esta abordagem permitiu-nos identificar a causa de óbito ou de internamento para quase todos os indivíduos observados. Por outro lado, ao trabalhar com dados nominativos, podemos avaliar a incidência de casos na mesma família.

Verificamos que Guimarães foi atingida pela "gripe espanhola" a partir do mês de setembro de 1918, situando-se no conjunto das regiões menos afetadas do território continental. Não encontramos evidência da primeira vaga da pandemia. Como por todo o mundo, a segunda vaga foi muito intensa, tendo-se iniciado em meados de setembro e terminado em dezembro de 1918. Seguiu-se, em 1919, um período de permanência da epidemia, que corresponde temporalmente à terceira vaga, mas sem grande intensidade.

Durante o período de setembro a dezembro de 1918, a mortalidade gripal no concelho apresentou um excesso de cerca de 468 óbitos, que corresponde a um impressionante aumento, na ordem dos 1.270%. Processo semelhante ocorreu com a morbilidade, medida através dos internamentos hospitalares.

A mortalidade gripal, em termos proporcionais, afetou menos a cidade de Guimarães do que as zonas rurais, provavelmente pelo melhor acesso a cuidados médicos. Apesar das características urbanas, a vila termal de Caldas de Vizela foi uma das zonas mais afetadas, situação que poderá estar associada à concentração de pessoas em plena época balnear.

Foram várias as medidas tomadas pela administração pública e pelas instituições de assistência para tentar socorrer as pessoas e controlar as consequências da epidemia. Estas medidas, contudo, revelaram-se pouco eficazes, quer pelo contexto de crise política e económica que o país vivia, quer pelas limitações dos conhecimentos médicos da época.

Mas o impacto da gripe na comunidade não se pode resumir à contabilização do número de mortos. A sua influência fez-se sentir em todos os planos da vida da comunidade e se, durante muito tempo, teve pouca visibilidade na historiografia ou na memória pública, deixou uma marca indelével na memória das famílias que foram atingidas pela pandemia.

FONTES

Arquivo da Santa Casa da Misericórdia de Guimarães (ASCMG):

Registo de Entradas e Saídas de Doentes de "Medicina" no Hospital – Homens (1916 a 1918), cota: 1.1.3.3; (1918 a 1922), cota: 1.1.3.2; Registo de Entradas e Saídas de Doentes de "Medicina" no Hospital – Mulheres (1917 a 1919), cota: 1.1.4.1; (1919 a 1924), cota: 1.1.5.4.

Arquivo Municipal Alfredo Pimenta (AMAP):

Livros de Óbitos do Registo Civil do Concelho de Guimarães (1915 a 1921), cotas: 10-19-4-12/13/14/15/16/17/18/19/20/21/22; 10-19-5-9/10/11/12/13/14/15/16/17.

Hemeroteca da Sociedade Martins Sarmento [<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/>]:

"O Commercio de Guimarães" (1918; 1919); "Vimaranense" (1918; 1919); "Echos de Guimarães" (1918; 1919); "Gil Vicente" (1918; 1919).

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Laurinda e SERRÃO, José Vicente (dir.) (2018a): "Dossier: Revisitar a Pneumónica de 1918-1919", *Ler História*, 73, [<https://doi.org/10.4000/lerhistoria.3928>].

- ____ (2018b): "Revisitar a pneumónica de 1918-1919: introdução", *Ler História*, 73, [https://doi.org/10.4000/lerhistoria.3944].
- ALMEIDA, Maria Antónia Pires de (2012): "O Porto e as epidemias: saúde e higiene na imprensa diária em períodos de crise sanitária, 1854-56, 1899, 1918", *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 12, pp. 371-391.
- ____ (2013): *Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918*, Lisboa, Edições Colibri.
- ____ (2014): "As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854-1918", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21, 2, pp. 687-708.
- ALONSO, Wladimir J.; NASCIMENTO, Francielle C.; CHOWELL, Gerardo e SCHUCK-PAIM, Cynthia (2018): "We could learn much more from 1918 pandemic - the (mis)fortune of research relying on original death certificates", *Annals of Epidemiology*, 28, 5, pp. 289 – 92, [https://doi.org/10.1016/j.annepidem2018.01.002].
- ANDREASEN, Viggo; VIBOUD, Cécile e SIMONSEN, Lone (2008): "Epidemiologic Characterization of the 1918 Influenza Pandemic Summer Wave in Copenhagen: Implications for Pandemic Control Strategies", *The Journal of Infectious Diseases*, 197, 2, pp. 270-78, [https://doi.org/10.1086/524065].
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira e CARDOSO, Maria Regina Alves (2015): "Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos", *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, pp. 565-76, [https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024].
- BANDEIRA, Mário Leston (1996): *Demografia e modernidade. Família e transição demográfica em Portugal*, Lisboa, INCM.
- ____ (2009): "A sobremortalidade de 1918 em Portugal: análise demográfica", em SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira e. (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 131-154.
- BERNABEU-MESTRE, Josep; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto e ROBLES GONZÁLEZ, Elena (2003): "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, XXI, I, pp. 167-193.
- CORREIA, Ana Maria Diamantino (2018): "A resposta em Coimbra à epidemia de pneumónica de 1918-1919 sob o olhar de um periódico local", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 25, 3, pp. 679-694.
- COSTA, Rosalina Pisco (2020): "N. Dezembro de 1918. Biografias, memórias e histórias de família em torno da pneumónica", em FERREIRA, Antero (coord.), *A Gripe Espanhola de 1918*, Guimarães, Casa de Sarmento, pp. 337-356.
- ESTEVES, Alexandra (2014): "O impacto da pneumónica nalguns concelhos do Alto Minho", *CEM – Cultura, Espaço & Memória*, 5, pp. 165-181.

- ____ (2018): "A pneumónica no norte de Portugal: impacto e medidas", em ESTEVES, Alexandra. (coord.), *Sociedade e pobreza: mecanismos e práticas assistenciais (séculos XVII-XX)*, Vila Nova de Famalicão, Húmus, pp. 145-164.
- FERREIRA, Antero (coord.) (2020): *A Gripe Espanhola de 1918*, Guimarães, Casa de Sarmento. [<https://doi.org/10.21814/1822.64699>].
- FRADA, João (2005): *A Gripe Pneumónica em Portugal Continental-1918: Estudo socioeconómico e epidemiológico com particular análise do concelho de Leiria*, Lisboa, Sete Caminhos.
- ____ (2009): "A gripe pneumónica de 1918 em Portugal Continental", em SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 155-162.
- GIRÃO, Paulo (2003): *A pneumónica no Algarve*, Casal de Cambra, Caleidoscópio.
- ____ (2009): "A gripe pneumónica no Algarve (1918)", em SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 107-130.
- JORGE, Ricardo (1936): "A Influenza Pneumónica", *Arquivos do Instituto Central de Higiene*, II, 2, pp. 144-156.
- KILLINGRAY, David (2009): "A pandemia de gripe de 1918-1919: causas, evolução e consequências", em SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira (eds), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 41-61.
- LEEJWEN, Marco H. D.; MAAS, I. e MILES, A. (2002): *HISCO: Historical international standard classification of occupations*, Leuven, Leuven University Press. [<http://library.wur.nl/WebQuery/clc/1656817>].
- LIMA, Joaquim A. Pires de (1918): "Notas sobre a epidemia gripal", *Portugal Médico* (separata), 3ª série, vol. IV (11).
- LIMA, Maria Luísa e SOBRAL, José Manuel (2020): "Threat and oblivion: interpreting the silence over the Spanish Flu (1918-19)", em JODELET, D.; VALA, J. e DROZDA-SENKOWSKA, E. (eds.), *Societies under threat: a pluri-disciplinary approach* (Frontiers in Sociology and Social Research, vol. 3), Cham, Springer, pp. 187-199, [<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/43615>].
- MAMELUND, Sverre-Erik (2006): "A Socially Neutral Disease? Individual Social Class, Household Wealth and Mortality from Spanish Influenza in Two Socially Contrasting Parishes in Kristiania 1918-19", *Social Science & Medicine*, 62, 4, pp. 923-40.
- MCCONEGHY, Kevin W.; VAN AALST, Rob; ZULLO, Andrew e JOYCE, Nina (2017): *Flumodelr: An R Package for Estimating Attributable Influenza Morbidity and Mortality*. [<https://github.com/kmcconeghy/flumodelr>].

- NUNES, Baltazar; SILVA, Susana; RODRIGUES, Ana; ROQUETTE, Rita; BATISTA, Inês e REBELO-DE-ANDRADE, Helena (2018): "The 1918–1919 Influenza Pandemic in Portugal: A Regional Analysis of Death Impact", *American Journal of Epidemiology*, 187, 12, pp. 2541–2549, [<https://doi.org/10.1093/aje/kwy164>].
- PEREIRA, Alberto (2011): "A epidemia de gripe pneumónica em Setúbal", *Atas do II Encontro de Estudos Locais do Distrito de Setúbal*, Setúbal, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Setúbal, pp. 329–336.
- PRATA, José Teodoro e TEODORO, Tiago (2011): "A gripe pneumónica em S. Vicente da Beira", *Cadernos de Cultura*, 25, pp. 76–89.
- R Core Team (2017): *R: A language and environment for statistical computing*, Vienna, R Foundation for Statistical Computing, [URL <https://www.R-project.org/>].
- SERFLING, Robert E. (1963): "Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths", *Public Health Reports*, 78, 6, pp. 494–506.
- SILVA, Helena da; PEREIRA, Rui M. e BANDEIRA, Filomena (eds.) (2019): *Centenário da Gripe Pneumónica: A Pandemia em Retrospectiva, Portugal 1918-1919*, Lisboa, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Instituto de História Contemporânea, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Comissão Nacional para celebração do Centenário da Pneumónica.
- SOBRAL, José Manuel (2019): "Catástrofe e silêncio: a epidemia da Pneumónica em Portugal no seu tempo e no espaço da recordação", em SILVA, Helena da; PEREIRA, Rui M. e BANDEIRA, Filomena. (eds.), *Centenário da Gripe Pneumónica: a pandemia em retrospectiva, Portugal 1918-1919*, Lisboa, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Instituto de História Contemporânea, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Comissão Nacional para celebração do Centenário da Pneumónica, pp. 21–36.
- _____; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira (eds.) (2009a): *A Pandemia esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica (1918-1919)*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- _____; SOUSA, Paulo Silveira; LIMA, Maria Luísa e CASTRO, Paula (2009b): "Perante a pneumónica: a pandemia e as respostas das autoridades de saúde pública», em SOBRAL, José Manuel; LIMA, Maria Luísa; CASTRO, Paula e SOUSA, Paulo Silveira (eds.), *A Pandemia Esquecida. Olhares comparados sobre a pneumónica 1918-1919*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 63–91.
- _____ e LIMA, Maria Luísa (2018): "A epidemia da pneumónica em Portugal no seu tempo histórico", *Ler História*, 73, [DOI: <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4036>].
- TAUBENBERGER, Jeffery K. e MORENS, David M. (2006): "1918 Influenza: the Mother of All Pandemics", *Emerging Infectious Diseases*, 12, 1, pp. 15–22, [<https://doi.org/10.3201/eid1201.050979>].

VAGNERON, Frédéric (2018): "La grippe espagnole: une historiographie centenaire revisitée", *Ler História*, 73, [DOI : <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.4004>].

VAN DE PUTTE, Bart e MILES, Andrew (2005): "A Social Classification Scheme for Historical Occupational Data", *Historical Methods: A Journal of Quantitative and Interdisciplinary History*, 38, 2, pp. 61-94, [<https://doi.org/10.3200/HMTS.38.2.61-94>].

VIEIRA, Ismael (2019): "Aspetos do estado sanitário em Portugal no primeiro quartel do século XX", em SILVA, Helena da; PEREIRA, Rui M. e BANDEIRA, Filomena. (eds.), *Centenário da Gripe Pneumónica: a pandemia em retrospectiva, Portugal 1918-1919*, Lisboa, Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, Instituto de História Contemporânea, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Comissão Nacional para celebração do Centenário da Pneumónica, pp. 37-54.

WICKHAM, Hadley (2016): *Ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*, New York, Springer-Verlag, [<https://ggplot2.tidyverse.org>].

Forward to the Past. La Universidad de Salamanca ante la epidemia de 1800

Forward to the Past. The University of Salamanca and the 1800 epidemic

FECHA DE RECEPCIÓN: JUNIO DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: OCTUBRE DE 2020

Bernardo García-Bernalt Alonso^a

Palabras clave

Epidemias de fiebre amarilla
Universidad de Salamanca
Historia de la Universidad
Juntas de Sanidad
Control de epidemias

Resumen

La epidemia de fiebre amarilla procedente de la baja Andalucía que se desarrolló a finales del verano de 1800 fue la primera de una serie de oleadas que marcaron las décadas iniciales del nuevo siglo. Ante ella la Universidad de Salamanca reacciona cerrando sus aulas y retrasando el comienzo del curso hasta enero del año siguiente. Este artículo describe ese proceso y las medidas tomadas por el claustro universitario, mostrando actitudes y reacciones que adquieren, en el presente contexto, una renovada actualidad.

Keywords

Yellow fever epidemics
University of Salamanca
History of the University
Health Boards
Control of epidemics

Abstract

The yellow fever epidemic that originated in Andalusia and spread out in the late summer of 1800 was the first in a series of epidemics that marked the first decades of the new century in Spain. The University of Salamanca reacted by cancelling its classes and delaying the start of the course until January of the following year. This paper describes that process and the measures taken by the university senate, showing attitudes and reactions that acquire, in the present context, a renewed significance.

^a Universidad de Salamanca. Departamento de Economía e Historia Económica. C.e.: bgarcia@usal.es.

A MODO DE JUSTIFICACIÓN

Aunque parezca sorprendente, frecuentar los libros de claustros de la Universidad de Salamanca puede acabar convirtiéndose en una pasión adictiva. La lectura de esas páginas abigarradas donde, con letra unas veces apresurada y otras con una caligrafía pulcra y regular, se va anotando con machacona exhaustividad el discurrir de claustros plenos y de diputados, de juntas de comisiones, de cédulas reales o de informes, acaba por sumergir en un estado que, barrunto, se asemeja pálidamente a ese de "curiosidad y desatino" que llevó al buen Alonso Quijano a vender sus tierras para comprar libros de caballerías. Espigando entre sus líneas se desgrana buena parte de la azarosa historia de una institución que, como humana que es, se entreteje con una sucesión de venturas y desventuras, grandezas y miserias, diligencia y pereza, generosidad y cicería e incluso, honestidad y desvergüenza. Una historia tan larga además que, siendo completamente distinta, a veces se parece mucho a sí misma, y quizá a lo que todavía no es historia.

Hace unos años, mientras buscábamos en los libros de claustros de los últimos años del siglo XVIII las líneas y equilibrios de fuerzas que habían llevado a la desaparición de la antiquísima cátedra de Música de nuestra Universidad, mientras se revisaban dictámenes y reuniones para los nuevos planes de estudio tras la reforma carolina, leyendo informes y cartas de rectores al Consejo de Castilla o del Consejo a la Universidad, no podíamos evitar una cierta sensación de *déjà vu*. La explicación era sencilla, en ese momento se estaba implantando el nuevo marco europeo de educación superior y muchos de los argumentos, miedos, o estratagemas académicas y paraacadémicas, en realidad ya se habían utilizado o se habían sentido doscientos treinta años antes por nuestros muy ilustres predecesores en el Estudio.

La inimaginable conmoción que ha provocado la Covid 19 nos ha llevado a muchos de nosotros a recordar lecturas ambientadas en devastadoras epidemias y a buscar información sobre otras. Los mundos de *La Peste* de Camus, *La Muerte en Venecia* de Thomas Mann, *La máscara de la muerte roja* de Poe o la brutal distopía del *Ensayo sobre la ceguera* de Saramago, por decir unos cuantos, se han mezclado con el diario de Pla en los años de la gripe española o con *El jinete pálido* de Laura Spinney. Recordamos entonces que, entre los datos que habíamos recogido sobre la capilla de música que la Universidad de Salamanca tuvo desde 1738 hasta 1801, figuraba el pago a músicos por la participación en una misa de rogativa "por la peste", que resultó ser el día 20 de octubre de 1800. Al comenzar la singular semana de Pascua de 2020 decidimos releer los libros de claustros correspondientes a esos meses para tener algo más de información sobre las reacciones de la Universidad de Salamanca ante aquella epidemia, aunque el tema estaba ya mencionado y descrito, entre otros, por Mariano y José Luis Peset (1983: 198-204). Afortunadamente el Archivo Histórico de la Universidad de Salamanca tiene digitalizada y puesta a disposición del público esta y mucha más

documentación institucional¹, así que el estado de confinamiento estricto no impedía volver a sumergirse en su lectura. Y, cómo no, el *déjà vu* volvió.

Decía Cicerón "Historia vero testis temporum, lux veritatis, vita memoriae, magistra vitae, nuntia vetustatis" [La historia es testigo de los tiempos, luz de la verdad, vida de la memoria, maestra de la vida, heraldo de la antigüedad] (*De oratore* II 36). Quizá sea difícil asumir completamente toda la frase, pero sí estamos convencidos de que, al menos, la historia sirve para iluminar la verdad, aunque, como dice el descreído Berowne de *The love's labour lost*, ésta nos ciegue al hallarla.

En las líneas que siguen nos hemos limitado a narrar, a partir de las actas de claustro, las decisiones que la Universidad de Salamanca tomó ante la epidemia de fiebre amarilla que se extendió por la baja Andalucía desde agosto de 1800. Solamente se añadirá al comienzo alguna información sucinta sobre la fuente principal de esa narración (los libros de claustros), así como sobre esa epidemia, que en realidad fue la primera de varias oleadas que se repitieron, en distintos lugares, a lo largo de los años siguientes. El texto es, por tanto, meramente descriptivo, y de modo absolutamente deliberado no entra a hacer análisis alguno, aunque en las líneas finales, a modo de epílogo, se sugieran algunos paralelismos con la situación vivida en el segundo cuatrimestre del curso 2019-2020. En las notas a pie de página se ha añadido información complementaria, tanto para fijar fuentes como para ofrecer vías de ampliación, y también para facilitar la lectura a personas alejadas de la historia de la Universidad y que, por tanto, no tienen por qué conocer sus mecanismos de funcionamiento en los últimos meses del Siglo de las Luces. Las citas textuales a los libros de claustro y otros documentos de la época son abundantes, puesto que pensamos que, en muchas ocasiones, narran con toda claridad lo sucedido y acordado, creando además un especial ambiente que, como advertimos más arriba, puede volverse adictivo.

1. LOS LIBROS DE CLAUSTROS DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA: Y LO QUE EN ESTE LIBRO NO PARESCIERE ASSENTADO, SEA DE NINGÚN VALOR

Sin duda alguna los Libros de Claustros de la Universidad de Salamanca guardan en sus páginas una parte muy importante de su historia y, de modo muy particular, de aquella que atañe al gobierno interno y funcionamiento cotidiano de la institución. Ya en el primer acercamiento sistemático a la historia de la Universidad salmantina conocido, hecho por el maestro Pedro Chacón en 1569, estos volúmenes son reconocidos como receptores de lo que merece ser recordado: "[los] libros de claustro de este Estudio, que son como V. S. sabe, donde se escriben todas las cosas dignas de memoria

1 Puede accederse a ella en la dirección <http://ausa.usal.es/>

que en él cada día pasan" (Chacón, 1569: f. 3r)². Con esta afirmación, Chacón se hace eco de lo que pocos años antes había incluido en los Estatutos el reformador Diego de Covarrubias: "Iten, ordenamos y mandamos que el escrivano haga un libro en cada uno año, que empiece con cada Rector nuevo para escribir los que al Claustro vinieren y las cosas q[ue] en él se determinaren, y lo que en este libro no paresciere assentado, sea de ningún valor"³.

El hecho es que, desde la de Chacón hasta la monumental *Historia de la Universidad de Salamanca* coordinada por Luis Enrique Rodríguez-San Pedro Bezares, cuyo último tomo ha visto la luz hace apenas dos años⁴, la serie de los libros de claustro conservados viene siendo reconocida y utilizada como una de las fuentes primarias preferente y en algunos aspectos insustituible⁵. Los 269 volúmenes que cubren, salvo pequeñas lagunas, el período que va desde 1464 a 1834, levantan acta de la actividad de los más importantes órganos colegiados universitarios –que sufren distintas modificaciones a lo largo de los siglos– así como del trabajo de las comisiones en las que estos delegan. Aparte de las relaciones de asistentes, la cédula con los asuntos que han de ser tratados y los acuerdos tomados, se recogen argumentaciones y justificaciones de voto, dictámenes e informes de indudable valor para el conocimiento de la historia universitaria.

El secretario del claustro, cuyo oficio se considera entre "los más honrosos y de más confianza de cuantos provee la Universidad" (Francos Valdés, 1720: f. 147v) actuaba como fedatario levantando acta. Durante las sesiones tomaba notas y confeccionaba borradores⁶ que posteriormente eran caligrafiados por alguno de sus ayudantes en el libro. Es claro que la verosimilitud de lo que las actas de claustro recogen descansa, en buena medida, en la presunción de fidelidad del secretario. La ausencia habitual de quejas del claustro respecto a su trabajo, así como el buen trato que se le dispensaba cuando solicitaba alguna ayuda económica o permiso pueden interpretarse como una muestra de su neutralidad y buen hacer (Polo Rodríguez, 1996: 60). En cualquier caso, no debe obviarse la posibilidad de que, en ciertos momentos, las actas maten o sua-

2 Aunque no se conserva el manuscrito original de esta obra, sin embargo, no son escasas las copias y traslados de la misma, como la conservada en Biblioteca de la Universidad de Salamanca, que puede datarse ya en el siglo XVIII, BUS Ms. 465 (vid. Carabias Torres, 1990: 34-41).

3 *Estatutos hechos por la muy insigne Universidad de Salamanca. Año MDLXI*. (Título décimo, § 8). Salamanca: Juan de Terranova, f. 6v.

4 La obra, cuyo primer volumen se publicó en 2002, culminaría en septiembre de 2018 con el tomo correspondiente a índices y figuras, coincidiendo con la celebración del octavo centenario de la fundación del Estudio de Salamanca.

5 Los ejemplos son múltiples. El Dr. Florencio Marcos, que fuera archivero de la Catedral salmantina y bibliotecario de la Universidad hacía una afirmación rotunda en este sentido, calificándolos como "fuente primaria, segura y auténtica, sólido cimiento sobre el que se puede y debe edificar esa magna historia" (Marcos Rodríguez, 1964: 7). En términos menos apologéticos, pero igualmente contundentes se expresan los modernos historiadores de la Universidad como Juan Luis Polo (1996: 60): "Los claustros de diverso carácter que pueblan las actas [...] generan un mosaico de informaciones que hacen posible el conocimiento a fondo de la Universidad y la elaboración de una historia global de la misma".

6 Una parte importante de los borradores correspondientes a las juntas y claustros objeto del presente trabajo se conservan. Puede consultarse la colección de *Borradores de claustros de la Universidad de Salamanca* en <https://gredos.usal.es/handle/10366/97771>.

vicen algunas expresiones censuradas por la propia Universidad⁷, pero no hay motivo para suponer que los hechos se oculten o tergiversen, puesto que podían ser elemento de información y control desde cualquier ámbito, tanto interno como externo, por parte del Real Consejo. Las actas de claustros suponen el asiento oficial de la vida universitaria y son un elemento que a veces adquiriría un carácter normativo consuetudinario, al que se recurría frecuentemente en busca de antecedentes e información.

En el momento que nos ocupa, el otoño de 1800, era secretario de la Universidad el licenciado D. Joseph Ledesma y, como era habitual, las decisiones más importantes (y varias de las que veremos así deben ser consideradas) eran tomadas en Claustro Pleno. Este órgano estaba presidido por el rector y a él eran convocados los doctores y maestros del Estudio. Esta es una época en la que la distribución de poderes llevaba ya muchos años inclinada de modo decidido hacia el sector docente, quedando muy lejos el modelo boloñés en el que los estudiantes tuvieron una participación muy significativa en el gobierno universitario (Vivas Moreno, 2017: 63-64). Los acuerdos relativos a la gestión de «la epidemia» a finales de 1800 se tomarán siempre en Claustro Pleno, sin decidirse nunca en otros órganos colegiados más pequeños como el Claustro de Diputados, que podríamos considerar como el equivalente del actual Consejo de Gobierno de la Universidad⁸. Pero estos acuerdos, como veremos, vendrán precedidos del dictamen y propuesta de una comisión delegada del claustro que es elegida al inicio mismo del proceso y a la que se dan amplias atribuciones: la Junta de Salud Pública de la Universidad⁹. Las actas de las doce sesiones que este órgano celebra entre el 10 de octubre y el 17 de diciembre están en las páginas de los dos libros que afectan a este periodo¹⁰, firmadas también por Joseph Ledesma. Asimismo, Ledesma levanta acta de las cuatro Juntas de la Facultad Reunida de Medicina y Cirugía en las que se toman algunas decisiones relacionadas con la epidemia.

Es frecuente que la información de los libros de claustros aparezca desordenada e incluso que en algunos casos no pueda seguirse un asunto hasta su ejecución final, pues una vez que se ha producido la deliberación correspondiente, la resolución pasa a instancias distintas del claustro (Vivas Moreno, 2017: 73). En estos casos las actas se han de complementar con otras fuentes como libros de cuentas, recibos, pleitos, claustros de primicerio, etc. Sin embargo, no ocurre así con el asunto que nos ocupa. Cada acuerdo e iniciativa relativa a la gestión de la epidemia en el ámbito universitario puede

7 Rodríguez-San Pedro hace notar que esta autocensura podía derivarse del hecho de que los Visitadores reales supervisaban periódicamente estos libros y ofrece un ejemplo en el que se eliminan ciertas palabras injuriosas que cruzaron dos doctores del Estudio (Rodríguez-San Pedro Bezares, 1986: 60).

8 Puede verse una descripción de cada uno de los tipos de autoridades académicas, así como de las funciones asignadas a los correspondientes claustros en Rodríguez Cruz (1990; 2004).

9 AUSA, 253, 618v.

10 Tal y como marcaban los Estatutos, cada libro de claustros se correspondía con un periodo rectoral. Desde 1767, tras las reformas de Carlos III, este periodo se había establecido en un bienio, comenzando en el día de San Martín (11 de noviembre) y finalizando el 10 de noviembre de dos años después. Este último trimestre del siglo dieciocho se reparte entre el final del mandato de Javier Caro, rector de 1798 a 1800 (Libro de claustros, AUSA, 253), y el siguiente y accidentado periodo, en el que sillón rectoral permanece vacante (1800-1802, Libro de claustros, AUSA, 254).

seguirse de principio a final a través de las distintas actas mencionadas, complementadas en ocasiones por los borradores correspondientes. Un hecho que lo facilita es la brevedad del periodo al que nos referimos, ya que la primera anotación la encontramos el 10 de octubre y poco más de dos meses después, el 20 de diciembre, se acuerda una relativa "vuelta a la normalidad". Y otro motivo es, sin duda, el calado de los acuerdos que se toman que, como enseguida veremos, alteraron de modo radical la actividad académica durante ese otoño.

2. LA "FIEBRE AMARILLA DE CÁDIZ" EN 1800

El día 10 de octubre de 1800, ocho días antes de que, como era habitual, el curso diera comienzo, en Claustro Pleno de la Universidad de Salamanca los doctores Bárcena y Ramos Aparicio, en nombre de la Facultad de Derecho, hacen presente:

que en los días antecedentes, con motivo de haberse congregado dicho Colegio a un examen de Licenciado en la Capilla de Santa Bárbara, se habían leído varias cartas y comunicándose noticias que no solo confirmaban la continuación de la epidemia en la provincia de la Andalucía, sino que también aseguraban haberse propagado a algunos pueblos de la Extremadura, en cuya atención, y mediante ser gran número de estudiantes los que concurren a esta Universidad de Extremadura, y que el número de andaluces puede esperarse que sea de bastante consideración en el próximo curso por el deseo que tendrán de alejarse de la epidemia [y] por haberse acabado el curso o el estudio de la Medicina en Sevilla, según Real orden de S. M. [...] proponía [...] a la Universidad para que examinase y tratase si convendría tomar alguna determinación para precaver la propagación de esta epidemia hacia esta ciudad¹¹.

Efectivamente, en agosto había comenzado en Cádiz a propagarse una epidemia de fiebre amarilla transmitida, al parecer, por los tripulantes de algún buque procedente de los puertos coloniales intertropicales¹². La rapidez de transmisión fue tal que el día 20 de ese mismo mes se contabilizaban ya 14.000 enfermos¹³.

La crónica manuscrita que hace de esta epidemia el franciscano Juan Francisco Muñoz, clauero del convento de Santa Inés de Sevilla¹⁴, comienza dando noticia de ello:

11 Libro de claustros correspondiente a los cursos 1798-1799 y 1799-1800, AUSA, 253, 617rv.

12 Probablemente pertenecieran a la corbeta *Delfín*, que había hecho escala en La Habana, y que arribó a Cádiz el día 6 de julio, o a los navíos de guerra españoles *San Ildefonso* y *San Pedro*, que procedían de Veracruz (Mellado, 1821: 173). Iglesias Rodríguez, en su fundamental monografía sobre la epidemia gaditana, informa: "Se había detectado también fiebre amarilla en la polacra «Júpiter», arribada a Cádiz el 28 de marzo y en la corbeta «Águila», que recaló en el puerto de la ciudad el 30 de junio". (Iglesias Rodríguez, 1987: 1).

13 Igartiburu, Nicasio de. *Historia de las fiebres epidémicas que se padecen en Cádiz. (Cádiz, 8 de septiembre de 1800)*, Archivo Histórico Municipal de Cádiz, Caja 2265. Citado en Capelo y Araújo (2016: s.p.).

14 Muñoz, Juan Francisco (1801). *Razón de lo acaecido en el castigo epidémico que con tanta misericordia nos mandó Ntro. Sr. el año de 1800*. Archivo de Santa Inés de Sevilla, legajo 51/52. Este manuscrito fue dado a conocer en Pastor Torres (2011: 511-522).

A mediados de agosto empezó en la ciudad de Cádiz la enfermedad que llamaron epidemia en la que murieron más de 7.000 personas y se expatriaron otras tantas para no ser contagiados, por lo que quedó la Ciudad como despoblada y desierta. Hubo una total reforma en los trajes y modas y de esta Ciudad pasó el contagio a la Isla de León [hoy San Fernando], Puerto Real, Puerto de Sta. María, Jerez de la Frontera, Lebrija, Utrera, Dos Hermanas y otros pueblos causando más estragos en unos y menos en otros, observando en todos morir la juventud y ser menor el número que moría el de mujeres.

La narración no es exagerada. En Cádiz fallecieron entre agosto y octubre 7.387 personas, lo que supone un 10% de su censo, y abandonó la ciudad casi otro 20%. La enfermedad afectó a otro 57% de la población, que pudo recuperarse. Solo el 13% restante pudo evitar la epidemia (Hamer-Flores, 2018: 215)¹⁵.

La situación en Sevilla, tal como parecen intuir los profesores salmantinos en su requerimiento al claustro, era también crítica. La fiebre amarilla se había declarado allí ya en agosto¹⁶, y llegó a enfermar casi un 95% de la población, falleciendo 14.685 personas de un total de 80.568 habitantes¹⁷. La ciudad acabó cerrando sus puertas el 5 de septiembre, cortando así la comunicación con el resto de pueblos y sufriendo una atroz carestía de alimentos. Se instalaron hospitales de sangre, se habilitaron templos como cementerios tapiando sus puertas y ventanas... Una situación realmente dantesca, que la crónica del franciscano describe¹⁸:

era tanta la multitud de enfermos que no había padres para hijos, ni hijos para padres; mujeres para maridos, ni maridos para mujeres, y para ocurrir en lo posible a esta necesidad hizo la Ciudad poner a su costa un Hospital General en la Victoria de Triana (Convento de Religiosos Mínimos de San Francisco de Paula) proveyendo los enfermos de facultativos que los curasen y de todo lo necesario al efecto, caridad que ejercieron aún en las casas de los necesitados que no podían ir o no cabían ya en el citado Convento.

La fiebre amarilla, o "el vómito negro", como también se llamaba debido a que provoca hematemesis en su fase tóxica, no aparecerá denominada de ninguna de estas

15 Puede verse un análisis de los datos desagregados, atendiendo a distintos factores en Iglesias Rodríguez (1987: 47-107).

16 Algunos cronistas fechan la primera muerte el día 29 de julio (Hermosilla Molina, 1978: 10).

17 La *Gazeta de Madrid* de 3 de febrero de 1801 da un balance bastante pormenorizado de los daños que sufrió la población, elaborado por el ayuntamiento de Sevilla: "para fixar la opinión pública en un punto en que sin necesidad de exageraciones han sido bastante considerables las calamidades que ha causado dicha enfermedad; y resulta que no ha excedido de 14.685 el número de personas que han sido víctimas del contagio; entre los cuales se cuentan 11.013 hombres y 3.672 mujeres; los enfermos ascendieron a 76.488 y la población constaba de 80.568 almas. Durante el contagio han emigrado 1.101 personas. En la primera época de la epidemia, desde el 23 de agosto hasta 30 de septiembre, en cuyo día se notaba extendida por todo el pueblo, fallecieron 2500 personas: en la segunda hasta el 24 de octubre, en cuyo tiempo tuvo el mayor incremento, murieron 8.151; y desde 24 de octubre hasta 1.º de diciembre, en que se declaró extinguido el contagio, perecieron 3.428" (p. 127). Entre los que huyeron de la ciudad se encontraban no pocos ciudadanos con responsabilidades y cargos públicos, como varios oidores, o el juez de la Sala del Crimen, que fueron destituidos por Real Orden de 14 de noviembre, por olvidar "las obligaciones de su empleo y de los que exigía su propio honor" (*Gazeta de Madrid* de 14 de noviembre de 1800, p. 1.952). El documento del Archivo del Ayuntamiento de Sevilla, está incluido como apéndice en Hermosilla Molina (1978).

18 No son pocas las relaciones publicadas en el siglo XIX sobre esta epidemia en Sevilla, y todas ellas coinciden en describir situaciones extremas. Puede seguirse un relato pormenorizado, basado en estas y otras fuentes primarias, en Hermosilla Molina (1978: 10-74).

maneras en las actas de claustros y Juntas de Salud Pública de la Universidad salmantina. Será casi siempre llamada "la epidemia", sin ulterior clasificación; incluso algunos claustrales se referirán a ella como "la peste", usando una metonimia que daba ese nombre a cualquier enfermedad contagiosa grave que causara una gran mortandad¹⁹.

Efectivamente, este es el caso de la fiebre amarilla, que puede llegar a causar una mortalidad hasta del 50% en aquellos que la padecen en su forma más grave²⁰.

Desde la monarquía se tomaron medidas para evitar la propagación de la epidemia. Carlos IV, emitiría una Real Cédula estableciendo un cordón sanitario que impedía el paso desde la Andalucía baja hacia el norte²¹, obligando a pasar una cuarentena, so pena de diez años de prisión, a quien no la respetara. No se hace en él mención a ninguna población extremeña. En las líneas que siguen volveremos sobre esto.

3. LAS PRIMERAS MEDIDAS. APLAZAMIENTO DEL COMIENZO DEL CURSO

En este contexto, lo expresado por los doctores Bárcena y Ramos en el claustro del 10 de octubre provoca la alarma en la Universidad. Las opiniones de los distintos asistentes van aproximadamente en la misma línea. Por una parte, indican que conviene instar al intendente de la provincia²², por medio de los representantes de la Universidad en la

19 La confusión terminológica debía de ser bastante habitual. De hecho, en un texto coetáneo como es la *Breve descripción de la fiebre amarilla* de Juan Manuel de Aréjula, se dedica un ilustrativo discurso preliminar de 21 páginas a precisar el significado de los términos epidemia, contagio y peste (Aréjula, 1806: 3-23). Este hecho adquiere una relevancia mayor si tenemos en cuenta tanto la reputación de Aréjula como la recepción que tuvo su trabajo: "La obra de Aréjula fue, sin duda alguna, el escrito científico español de esta época que más amplia difusión alcanzo en el mundo occidental. Fue traducido casi inmediatamente –en su totalidad o en extracto– al inglés, al alemán, al italiano y al francés. Juan Manuel Aréjula fue uno de los científicos y médicos españoles más conocidos y respetados" (García Ballester y Carrillo, 1974: 206).

20 El dato está tomado de una nota informativa de la Organización Mundial de la Salud de junio de 2016. <http://www9.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/es/>. Última consulta realizada el 8 de abril de 2020.

21 *Real Cédula de S. M. y señores del Consejo, por la qual, y a fin de evitar la propagación del mal contagioso que se padece en Andalucía baxa, se manda detener en el cordón que hay en el camino de ella en La Carlota, Carolina y demás, a toda persona que llegue, de qualquiera clase y condición que sea, baxo las penas que se expresan*. Año de 1800. Alcalá: Oficina de la Real Universidad. A La Carlota, uno de los lugares de control de este cordón, que se hallaba en el camino real entre Cádiz y la Corte, la epidemia llegó a principios de septiembre. A pesar de que se acordonó la ciudad con una cierta celeridad, tanto para evitar la entrada de personas desde zonas contagiadas como la salida de la población hacia zonas sanas, esto no evitó que a finales de octubre casi cuatrocientas personas abandonaran la ciudad, entre ellas el alcalde mayor (Hamer-Flores, 2018: 218).

22 Inicialmente esta no debía ser misión del intendente, sino del corregidor de la ciudad. Desde la reforma de Carlos III de 1766 la separación de competencias entre corregidores e intendentes había quedado establecida, siendo las que correspondían a los primeros las atribuciones policiales y judiciales, sometidas a los tribunales superiores, y a los segundos las materias de hacienda y guerra. En el caso de Salamanca, sin embargo, entre 1787 y 1801 ambos cargos fueron ocupados por la misma persona (Infante Miguel-Mota, 1984: 27). En el momento del que hablamos el intendente de la provincia y corregidor de la ciudad de Salamanca era Manuel Duque de Estrada y Atorrasagasti, conde de la Vega de Sella.

Junta de Policía²³, para que tomara las medidas necesarias para evitar la propagación del contagio. Paralelamente varios profesores proponen nombrar una "Junta de salud" de la propia Universidad para que implemente también medidas en el mismo sentido. Incluso algún profesor propone instar al Juez del Estudio²⁴ " averigüe si han venido algunos estudiantes a esta ciudad se hagan salir inmediatamente". Respecto a la incorporación de los estudiantes, el Dr. Hinojosa propone que "por ahora se acuerde que los estudiantes no tienen precisión de venir para ganar curso hasta el principio del año, sin perjuicio de prorrogar este tiempo. Que si vinieren los estudiantes [...] no sean admitidos a las cátedras y los catedráticos usaran de los medios ordinarios para que salgan". Y añade "y que el Colegio médico vaya tomando las providencias que a él corresponden". Algún claustral pide que se module la propuesta de no admitir a los estudiantes, sugiriendo "que sea limitada a ciertos estudiantes y no más, porque es perjudicial a los que tienen dispuesto su viaje, y aun están en él, y a los que han venido"²⁵.

Las actas no reflejan opiniones muy encontradas. Los acuerdos finales fueron los siguientes.

- Nombrar Junta de Sanidad (finalmente aparecerá en los libros de claustros denominada como "Junta de Salud Pública") en la que debían de estar los dos representantes del claustro en la mencionada Junta de Policía de la ciudad, y otros dos catedráticos del recientemente creado Colegio de Facultad Reunida donde se agrupaban las enseñanzas de Medicina y Cirugía²⁶, dependiente de la Junta General de Gobierno de Facultad Reunida que Carlos IV había creado por real orden de 20 de abril de 1799²⁷. Lo que el claustro espera de los integrantes de esta junta es "que mediten y pongan en ejecución desde el día cuantas providencias estimen convenientes para contener el contagio o peste que se advierte en Andalucía y empieza a sentirse en Extremadura"²⁸. Finalmente se constituiría por Josef Mintegui y Martín Hinojosa (representantes del claustro en la Junta de Policía), Josef Zepa, Magín Solá (miembros de la Facultad Reunida), Andrés Castañón (de la Facultad de Cánones), y Miguel Martel (catedrático de Filosofía moral y reconocido ilustrado liberal).

23 Las Juntas de Policía, que intervenían en los asuntos relacionados con el urbanismo y la policía urbana, eran organismos independientes de los ayuntamientos, aunque, obviamente, colaboraban estrechamente con estos. El nuevo intendente de Salamanca, que había llegado a finales de 1799, propuso un nuevo modelo para la Junta, que reinstauró en mayo de 1800, dando cabida en ella a las instituciones más importantes de la ciudad: el Ayuntamiento, el Cabildo y la Universidad (vid. García Galán, 2015: 197-198).

24 El juez del Estudio era el cargo de mayor confianza del maestrescuela, a quien sustituía habitualmente en las cuestiones de jurisdicción escolástica. Era nombrado por este, y en la época de la que hablamos se habían controlado algunos abusos, pues para ser nombrado se exigió que tuviera el grado de licenciado por alguna de las universidades mayores, o estar recibido de abogado, y su nombramiento debía recibir la aprobación del Real Consejo. Véase, por ejemplo, Alonso Romero (2004: 183).

25 AUSA, 253, 617v-618v.

26 La erección de esta Facultad Reunida (así aparecerá en los libros de claustros) se había hecho por real orden de 16 de octubre de 1799, leída en claustro pleno de 25 de octubre de ese mismo año (AUSA, 253. 251r y ss.).

27 Esta Junta general de Gobierno tuvo una vida efímera, puesto que en 1801 una Real Cédula la suprime restableciendo el antiguo Proto-Medicato.

28 AUSA, 253, 618v-619r.

- Cerrar las aulas, hecho que se considera indispensable para evitar la entrada de los estudiantes procedentes de aquellas provincias, "que hacen la mayor parte de los que frecuentan este general estudio". De otro modo sería "fácil equivocarse con ellos los de otras provincias". Dada la urgencia y gravedad del caso, el curso no empezaría hasta el día 8 de enero de 1801. De este extremo debe darse parte al Real Consejo.
- Se acuerda que se haga una misa de rogativa, algo que era habitual en situaciones de excepcionales de necesidad, guerra, etc., o cuando se quería pedir la ayuda divina para alguna causa relacionada con la monarquía y su familia²⁹.
- Estas medidas se toman sin perjuicio de las providencias que le parezcan apropiadas a la Junta de Salud, a la que se dan "absolutas facultades [...] sin necesidad de volver al claustro".

4. LA JUNTA DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD Y LA DEL COLEGIO DE FACULTAD REUNIDAS

A lo largo de lo que quedaba del mes de octubre la Junta de Salud Pública se reuniría al menos en cinco ocasiones y la del Colegio de Facultad Reunida lo haría otras dos, lo que da idea de la excepcionalidad de la situación a la que la Universidad se enfrentaba.

La primera reunión de la Junta de Salud tuvo lugar al día siguiente del claustro anterior, con el objeto de emprender las diligencias encomendadas³⁰. En ella, Miguel Martel presentó sendos escritos que fueron aprobados. Uno de ellos para enviar al Real Consejo, en el que se daba noticia de lo resuelto en el claustro respecto al retraso en el comienzo del curso. El otro, destinado al Juez del Estudio, "para que no permita permanezcan en esta ciudad los estudiantes de las provincias de Andalucía y Extremadura, sin embargo, de que traigan testimonios de no estar contagiados, en atención al justo recelo que puede haber de su salud y a la inacción y ningún aprovechamiento con que permanezcan en esta". Se acuerda también posponer la tradicional *oración latina* que precedía a cada curso (el antecedente de la lección inaugural de curso del actual protocolo universitario salmantino), para el día siete de enero, de no haber alteración alguna.

Aparte de estas, se toman otras dos decisiones sobre actividades académicas cotidianas. La primera, que hasta enero no comiencen los actos *pro Universitate*. Estos eran

29 En los años anteriores hemos localizado once funciones de rogativa de este tipo, muchas de ellas para pedir el buen término de los embarazos de María Luisa de Parma, esposa de Carlos IV (García-Bernalt Alonso, 2014: 72-76). La que nos ocupa ahora se celebró el 20 de diciembre, y por lo recogido en el cuaderno de fiestas y honras del curso 1799-1800 sabemos que tuvo un carácter solemne, pues consta en el pago de 150 reales para músicos que, con toda probabilidad, se unieron a los de la capilla universitaria (AUSA, 859, 14r).

30 AUSA, 253, 620v-621r.

sesiones académicas públicas de debate, que habían recibido un impulso importante con la implantación del Nuevo Plan de estudios de 1772, y que, como señala Sandalio Rodríguez, se habían convertido en la ocasión de los profesores y doctores más inquietos "para exponer en réplicas y argumentaciones, nuevos modos o ideas que, con frecuencia, contrastan con los esquemas habituales y que, poco a poco, van introduciendo nuevas inquietudes" (Rodríguez Domínguez, 1979: 112)³¹. La segunda decisión afectaba a los estudiantes que ya estaban en la ciudad. A ellos se les permitía recibir grados mayores (licenciado, maestro o doctor) y menores (bachiller), así como celebrar actos menores, que eran presididos por un catedrático (*Promunere cathedrae*) y en el que el actuante era un discípulo. Finalmente, se acuerda también que no se haga el nombramiento de los sustitutos en las cátedras de propiedad o regencia hasta el 7 de enero de 1801.

La Junta de Facultad reunida celebró una sesión el día 12³², en la que acuerda dar parte a la Junta General de Gobierno de Facultad Reunida de la decisión tomada por la Universidad respecto al retraso en el comienzo del curso, a la vez que le pide "la historia de esta epidemia y toda la instrucción que pueda dar al Colegio para precaverse en tiempo". Los doctores Zepa y Solá, miembros también de la Junta de Salud, presentan varias medidas y precauciones para evitar el contagio que son aprobadas para que se presenten al intendente corregidor. Asimismo, delega en Domingo Ribes e Ignacio Armeller para que den "las debidas precauciones respecto a los géneros, ropas y demás cosas que vengan de Andalucía y Extremadura".

Dos días después se reunirá de nuevo la Junta de Salud³³. El intendente había tomado la iniciativa de crear una Junta Pública de Sanidad integrada por miembros del Ayuntamiento, del Cabildo y de la Universidad "para que reunidas las luces y esfuerzos de todos se procurase por todos medios evitar el contagio". Siguiendo lo que se consideró el sentir del claustro, que era "que se cooperase con cuanto se pudiese a este intento, ofreciendo al Sr. Intendente los oficios y facultades de la Universidad" se convino en nombrar a los señores Hinojosa, Mintegui, Zepa y Solá, es decir, a los dos médicos y a los dos integrantes de la Junta de Policía.

Se da lectura también a un oficio del juez del Estudio en el que indica que se habiliten casas o lazaretos para los sospechosos de estar contagiados³⁴, y finalmente se pide al

31 Los Actos *pro Universitate* tenían una ordenación estricta. Debían anunciarse con cuatro o cinco días de antelación indicando no solo el título que indicaba la tesis que se pretendía defender, sino también un esquema con las cuatro o cinco líneas argumentales principales, de modo que la Facultad correspondiente podía decidir no celebrarlo si se consideraba que podían surgir conclusiones que en algún sentido pudieran ser lesivas de los derechos de la monarquía.

32 AUSA, 253, 620v-621r.

33 AUSA, 253, 621v-622v.

34 En el documento enviado por el juez del Estudio que se conserva junto al borrador del acta de la sesión (AUSA, 3745-30) se indica una razón más, aparte de aislar a los contagiados, para que se habilite una casa como lazareto: "Si V. S. proporcionase igual casa donde el Juez los pueda recoger [a los enfermos o sospechosos de pestilencia] y que esto sea con la conveniente custodia, no duda que solo el recelo de que la hay, y que podrán en ella ser reclusos por el tiempo de la cuarentena, los avivará y excitará a marcharse a sus casas".

secretario de la Universidad, Don Joseph Ledesma, que trate de agilizar el que se vea en el Real Consejo la representación enviada dos días antes por la Universidad.

Las gestiones fueron fructuosas, puesto que el 18 de octubre, en la siguiente reunión de la Junta, se da cuenta de la Real orden del Consejo "por la que se sirve su Alteza aprobar la determinación del Claustro de 10 de octubre del corriente para suspender el curso hasta [el] 8 de enero próximo para evitar la concurrencia de andaluces y extremeños". Obviamente, se acuerda llevar la Real orden al siguiente claustro pleno, así como notificársela al intendente corregidor. Y nuevamente se insta al juez del estudio "para que active la diligencia de hacer salir de esta ciudad a los estudiantes que hayan venido en estos días, y no permita la entrada de otros"³⁵.

Dos días después la Junta se reunirá de nuevo para determinar algunas medidas que afectaban a la vida cotidiana de la Universidad³⁶.

- Uno de los temas fue el Colegio Trilingüe³⁷, para el cual se adoptaron dos medidas. Se acordó que continuaran en él los estudios de Gramática, eso sí "previniendo a los catedráticos que si se presentase alguno de venga de provincias de Andalucía y Extremadura o que sea de cualquier modo sospechoso del contagio den inmediatamente aviso a esta Junta". Por otra parte, habiendo requerido un estudiante ser admitido en el Colegio, considerando sus circunstancias y no ser sospechoso de contagio, se acordó no admitirlo hasta que hiciera la oportuna cuarentena.
- Se trató sobre si la Biblioteca debía seguir abierta para el uso público y se acordó que se mantuviera abierta solamente por la mañana de 8 a 12 y los domingos de 9 a 11.
- Se permite la realización de las oposiciones a la cátedra de Instituciones Civiles, y no se pone reparo alguno en convocar las de aquellas que quedaran vacantes.
- Se pasa a claustro una petición de la Junta de Sanidad de la ciudad, en la que demanda alguna financiación por parte de la Universidad.

Antes de concluir el mes de octubre se tomarán dos acuerdos más relacionados con la epidemia. El primero corresponde a la Facultad del Colegio reunido de Medicina y Cirugía. En junta celebrada el día 22³⁸, los dos profesores de la Facultad comisionados en la Junta de Sanidad de la ciudad piden en nombre de ésta, informes al Colegio acerca de qué profesor "podría destinarse al cuidado y dirección de las cuarentenas y lazaretos y bajo qué términos podría desempeñar estos encargos". El Doctor D. Ignacio Armiller, catedrático de Química, se ofrece para realizar este trabajo, y es propuesto, haciendo constar el agradecimiento de la Facultad. Por otra parte, "se deja a disposición de ésta [la Junta de Sanidad] la gratificación con respecto a los trabajos y peligros a que se

35 AUSA, 253, 221v-222v.

36 AUSA, 253, 625v-626r.

37 A diferencia de los otros colegios universitarios, el Trilingüe no gozaba de autonomía alguna; dependía completamente del claustro. La evolución histórica de esta institución puede verse en Carabias Torres (1983:143-168).

38 AUSA, 253, 626v-627r.

expone, siendo el cuidado de la Junta proporcionar casa donde vivir y los medios de que se le tenga presente en la cátedra y emolumentos en el caso de que esté precisado a hacer este servicio durante el curso".

El segundo, se toma por la Junta de Salud en sesión del día 29³⁹, en la que se trató de la enseñanza clínica y la asistencia a esa sala de los catedráticos⁴⁰. Se toma el acuerdo de que se suspenda, al igual que el resto de enseñanzas, hasta el 8 de enero, en tanto el claustro no acuerde otra cosa.

5. EL LENTO CAMINO A LA NORMALIDAD EN UNA UNIVERSIDAD SIN RECTOR

El claustro pleno del día 4 de noviembre, tiene un carácter casi de trámite⁴¹. Aparte de cuestiones relacionadas con el funcionamiento normal de la institución (una dispensa de asistencia a cátedra, alguna jubilación y reconocimiento de títulos y la llegada de una carta del papa Pío VII respondiendo a la enhorabuena que la Universidad le había enviado por su exaltación a la tiara), algunos de los puntos incluidos en su cédula hacen referencia a la situación provocada por la epidemia. Tal y como era obligado se leyó la Real Orden del 15 de octubre por la que se aprueba lo acordado por la Universidad respecto al comienzo del curso y se indica que se publique "en Gazeta y papeles Periódicos"⁴². El Dr. Ocampo pide a la Junta de Salud Pública que "procure averiguar si continúa o no la epidemia y si ha de empezar el curso para [el] 8 de enero se avise a los que deban venir o no a estudiar a esta ciudad", propuesta que sería la que, finalmente, se adoptara. El Dr. Laso, por su parte, sugiere el que se considere empezarlo el primero de diciembre, propuesta que solo encuentra apoyo en otro claustral.

Por su parte, el Dr. Reyrruard hace una petición sorprendente: que la Junta de Salud "se haga con un edicto de la Universidad de Valladolid y haga presente alguna insinuación a aquella Universidad de que esta siempre ha procedido con mucho juicio". No hay comentario alguno ulterior sobre este asunto en el acta del claustro. Suponemos que este comentario se debe a que la Universidad de Valladolid había tomado medidas

39 AUSA, 253, 627rv.

40 Tal y como consta en el plan recientemente elaborado por la Junta de Medicina (AUSA, 253, 246v-248r), esas materias se impartían en el teatro anatómico.

41 AUSA, 253 627v-r.

42 Efectivamente la resolución se publica en la Gaceta de Madrid del 31 de octubre con este texto: "Con aprobación del Real Consejo se ha suspendido la entrada en el curso académico en 1as universidades de Salamanca y Alcalá el día 8 de enero del año próximo de 1801 con el fin de evitar la concurrencia de estudiantes andaluces y extremeños hasta que se haya disipado la epidemia que aflige aquel Reyno y se ha empezado a sentir en algunos pueblos de la última provincia. Lo que se avisa al público para inteligencia de los que tengan interés en esta resolución" (p. 1.302). Días después aparecerá una significativa aclaración respecto a las poblaciones de Extremadura: "En la Gazeta del viernes 31 de octubre se anunció la suspensión del curso académico en las universidades de Salamanca y Alcalá para evitar la concurrencia de estudiantes andaluces y extremeños hasta que se disipase la epidemia que aflige a las dos provincias; y no habiéndose hasta ahora extendido dicha epidemia a la de Extremadura, se rectifica este anuncio en esta parte para tranquilidad e inteligencia del público" (Gazeta de Madrid, 4 de noviembre de 1800, p. 1.044).

mucho menos restrictivas, comenzado el curso el día acostumbrado, San Lucas, 18 de octubre, con la sola prohibición de que se matricularan los escolares procedentes de Andalucía y Extremadura que estuvieran dentro de la zona comprendida por el cordón sanitario⁴³.

Otro asunto que se debate es la petición que llega desde la Junta de Salud Pública de la Ciudad para que la Universidad "contribuyese con la cantidad que le permitiesen sus circunstancias para atender a las providencias necesarias para precaver la propagación de la epidemia". Las propuestas aquí son algo más variadas, y van desde que se aporten mil reales (que equivalen a unos 91 ducados), como propone el Dr. Peña, hasta "que se den 200 ducados sacados del cuerpo de Universidad [es decir del arca de la Universidad] y ciento más de sus individuos sacando cincuenta de los catedráticos de propiedad y otros cincuenta de los de más individuos a prorrata". El acuerdo que finalmente se adopta es que se den doscientos ducados del arca de la Universidad, que es la misma cantidad que había aportado el cabildo, sin perjuicio de los catedráticos de regencia.

La Junta del Colegio de la Facultad Reunida en dos de sus encuentros de noviembre tratará sobre un episodio de quebrantamiento de las medidas de aislamiento acordadas para la ciudad.

El día 8 de noviembre el Sr Dr. Jacinto Mayronada hizo presente al Colegio que en el día de ayer, siete del corriente, se le había presentado por un dependiente de rentas una certificación de la Junta de Sanidad de la Ciudad de Córdoba en la que venía subscripto un oficial llamado D. F. Díaz y un soldado llamado Coca del regimiento de infantería de León, y para que en vista declarase de orden del Señor Intendente si debía o no entrar en la ciudad por haber resistido la entrada los señores comisionados guardas de sanidad del puente, y que hecho cargo ser Córdoba uno de los pueblos de Andalucía comprendidos en la instrucción, resolvía no debía dársele dicha entrada; mas sin embargo de haber resuelto, tiene entendido que esto el señor intendente resolvió que entrase con todo su equipaje, cuyo hecho lo hace presente al Colegio para para que en vista del desprecio que se ha hecho a la resolución que dio, y al perjuicio que puede seguirse al público tome las determinaciones que estime conveniente⁴⁴.

43 En la *Gazeta de Madrid* de 30 de enero de 1801, corrigiendo la de 2 de enero del mismo año, se inserta este aviso: "La Universidad de Valladolid dio principio al presente curso literario en el día acostumbrado de San Lucas último pasado, prohibiendo fueran matriculados los escolares que concudiesen de Andalucía y Extremadura, mientras el supremo Consejo no determinase otra cosa, para preservar aquel vecindario de la comunicación del contagio; lo que se hizo entender por medio de un edicto que publicó el Rector y remitió a las ciudades y pueblos de tránsito respectivos; de lo que, enterado el Consejo después de aprobar lo resuelto y hecho por el rector de acuerdo con el claustro, ha mandado que con arreglo a las órdenes expedidas posteriormente, se admitan en dicha universidad los escolares o residentes en las poblaciones de los enunciados reinos de Andalucía y provincia de Extremadura que no estén comprendidas en el cordón, con tal que traigan los pasaportes y certificaciones de sanidad que prescribe la circular de 11 de noviembre anterior, quedando en su fuerza y vigor el enunciado edicto del rector respecto de los que se hallen dentro del cordón, baxo de las penas impuestas a los que le traspasen; con la declaración de que si alguno de estos hubiese cursado en la universidad y ganado el curso próximo pasado, se le habilite y dé por ganado este para indemnizarles el perjuicio que experimentaban sin culpa suya, siempre que sujetándose a exámenes se les encuentre aprovechados en las materias que deberían haber estudiado, por los examinadores que nombre el Rector" (pp. 114-115).

44 AUSA, 253, 633r.

La Junta acuerda que dos de sus miembros pidiesen información a los guardias de sanidad que el día siete de noviembre habían estado de servicio en el registro del puente y la Puerta de San Pablo de la ciudad, y se reúne tres días después para oír su informe tras el cual acuerda que Zepa y Solá presenten formalmente y por escrito una queja a la Junta de Sanidad de la ciudad, denunciando la infracción de las ordenanzas e instando a que se tomen medidas para que no se repitan situaciones similares.

En medio de esta situación, el día 10 la reunión para elección del rector deparó un resultado inaudito, motivada por la escasez de profesores que en ese momento estaban en Salamanca. Francisco Javier Caro, rector saliente, propone al Dr. Juan Francisco Gorordogoicoa y Josef Salgado, y el claustro elige por unanimidad al primero. Pero, enterado este, no aceptó porque ya había sido rector (efectivamente fue elegido el 10 de noviembre de 1794⁴⁵). Como consecuencia el claustro eligió a Salgado, que también rehusó por ser natural de Salamanca y por estar encomendado por S. M. de la Vicedirección del Hospicio. El claustro insiste, dada la escasez de candidatos, y aunque acabó aceptando siempre que el claustro haga presente al Consejo sus reparos, no llegó a tomar posesión. Tampoco se pudieron nombrar consiliarios nuevos, "mediante no haber absolutamente a quien nombrar"⁴⁶ (Peset y Peset, 1983: 200). El vicerrector Dr. Josef Cartagena presidirá los claustros posteriores.

A lo largo de los meses de noviembre y diciembre la Junta de Salud de la Universidad se reunirá en otras seis ocasiones, resolviendo algunos asuntos de trámite, como autorizar la admisión en el Trilingüe de un colegial⁴⁷, o expedir el libramiento de los 200 ducados acordados por el claustro para la Junta de Salud de la ciudad⁴⁸. Y cumpliendo con el encargo del claustro, a lo largo del mes de noviembre los integrantes de la junta tratan, cada uno de ellos por sus medios, de averiguar la evolución de la epidemia.

Finalmente, el primer día de diciembre vuelven a reunirse⁴⁹, y en esta ocasión los acuerdos tendrán mayor envergadura. Tras contrastar sus respectivas informaciones comprueban que coinciden en que "la peste no ha trascendido a los lugares de Extremadura ni Castilla", por lo que acuerdan proponer lo siguiente:

- Confirmar el comienzo del curso para el día 8 de enero, y dar la publicidad adecuada a ello con la mayor urgencia.
- Al no poderse empezar el curso hasta la fecha mencionada, se da a "los cursantes por ganado el extraordinario con obligación de asistir a las cátedras precisamente hasta el día dieciocho de junio".
- No se admitirá a ninguno de los habitantes de las localidades comprendidas en el cordón sanitario

45 Su aceptación y juramento constan en AUSA, 251, 1v.

46 AUSA, 253, 634v.

47 AUSA, 253, 632v.

48 AUSA, 254, 1r.

49 AUSA, 254, 20v-21r.

- Los procedentes de ciudades o lugares cercanos a las anteriores localidades "deberán traer además del testimonio de sanidad otro igual de no haber estado en los citados pueblos comprendidos en el cordón desde primero de agosto de este año hasta el día que salieron de sus lugares". Estos testimonios han de cumplir "con todas las formalidades prescritas por la orden de la Real Junta de Sanidad".
- Quien no se presente el día 8 de enero tiene de plazo para hacerlo hasta el día 25 del mismo mes, "quedando con la obligación de suplir después de diez y ocho de junio los días que haya faltado con este motivo".
- Se podrá acordar que aquellos que residan en los pueblos comprendidos en el cordón sanitario y no pueden venir "se les dé por ganado el curso bajo la condición de sujetarse a examen en la materia que debió estudiar". De esta resolución se debe dar parte el Real Consejo.

Estas medidas se llevan a claustro pleno el 3 diciembre y son aprobadas⁵⁰, y se comisiona a la propia Junta de Salud para la ejecución de las mismas. La Junta se reunirá otras tres veces en diciembre para cumplir con los trámites correspondientes. De hecho, la noticia de la reanudación del curso aparecerá en la *Gazeta de Madrid* de 16 de diciembre⁵¹.

El trimestre acabó con un pequeño sobresalto que, a juzgar por la normalidad que se instaura en enero, debió de quedar en una falsa alarma. El 17 de diciembre, día que llegó la Real orden que aprobaba la apertura del curso se reunió la Junta de Sanidad para leerla y acordar: "que con la posible brevedad se lleve a Claustro dicha Real Orden y se informe por esta junta a la Universidad de todas las noticias que tiene relativas a haberse propagado la epidemia en algunos pueblos de Extremadura, con arreglo a lo conferenciado en esta Junta para que en su vista resuelva, con la prontitud e importancia que exige el negocio"⁵². En el claustro reunido el 20 de diciembre, la primera intervención sobre este asunto la hace el Dr. Encina y parece que se va a volver atrás: "que se vuelva a escribir a los pueblos de Extremadura disponiendo las circulares la Junta, y que se dé parte al Consejo de que la Universidad ha dispuesto que los extremeños no vengán este curso, por las noticias de haberse propagado la epidemia en los pueblos de Extremadura, y que la Junta haga que en este correo se providencie todo". El acuerdo, sin embargo, fue menos drástico: "que el curso se abra para el ocho de enero próximo como tiene acordado la Universidad y aprobado el Consejo, y que en el día por la Junta de Salud Pública se representen a Su Alteza las noticias que tiene la Universidad relativas a la propagación del contagio en algunos pueblos de Extremadura para que resuelva Su Alteza lo que estime más conveniente".

Como decíamos, todo debió de ser una falsa alarma, puesto que no vuelve a aparecer ninguna referencia a esa supuesta extensión de la epidemia a Extremadura. De hecho

50 AUSA, 254, 24v.

51 El aviso es escueto: "El día 8 de enero próximo se abre el curso en la Universidad de Salamanca" (p. 1.174).

52 AUSA, 254, 33rv.

no hay más reuniones de la Junta de Salud. El curso se reanuda el 8 de enero, desencadenando la maquinaria universitaria cotidiana y volviendo a una cierta rutina. Lo cierto es que poco duró esta normalidad, así como el propio curso. Esta vez el motivo fue la ocupación de la ciudad por el Regimiento de Murcia y el Batallón de Guardias Españolas, que obligó a ceder las casas de los aforados universitarios para alojar a las tropas. Pero eso es otra historia (Peset y Peset, 1983: 204).

EPÍLOGO

Como comentábamos al comienzo, es imposible leer algunas de las líneas del relato anterior sin evocar imágenes y noticias de la situación creada en nuestro entorno –y en particular en las universidades– por la epidemia de COVID-19 en el último cuatrimestre del curso 2019-2020. Es una especie de involuntaria paramnesia que identifica tiempos y lugares, avanzando del presente al pasado y retrocediendo desde este al futuro. No solo se han producido pocos cambios en aspectos esenciales para el control de la epidemia como aislamientos, cuarentenas, cordones sanitarios o medidas higiénicas, sino que también se han reproducido actitudes y hechos mucho más concretos, desvelando que están sustentados en ideas, creencias o principios que no son necesariamente hijos de su tiempo⁵³.

Es cierto que hay circunstancias que hacen que las mismas decisiones tengan efectos muy distintos en uno u otro momento. Por ejemplo, mientras el cierre de las aulas universitarias en 1800 supuso el cese de prácticamente toda la actividad docente, no fue este el caso en el mes de marzo de 2020 en ninguno de los sectores educativos, puesto que, con mayor o menor fortuna y con más o menos dificultades, la tecnología permitió desarrollar modelos no presenciales de docencia y evaluación de los estudiantes. Pero sí es curioso constatar cómo, a pesar de las radicales diferencias, se desarrolla en los dos momentos una normativa específica para que ese cierre no afecte en exceso al expediente de los alumnos. Como hemos visto, en 1800 la Universidad de Salamanca decide “dar el curso por ganado”, con escasos requerimientos, a los estudiantes que no pudieron incorporarse a él por residir en lugares confinados; al resto se les pide exclusivamente que acudan a las cátedras hasta el mes de junio y recuperen horas de clase si se incorporan más tarde. Las medidas tomadas por los distintos gobiernos autonómicos para la evaluación del curso 2019-2020 a instancias del Minis-

53 Es inquietante, en este sentido, la opinión que hace ya casi dos décadas daba Mercedes Pascual hablando de la gestión por medio de cordones sanitarios y cuarentenas de la epidemia de fiebre amarilla en Alicante en 1804: “En contra del diagnóstico de una enfermedad epidémica ejercían presión los grupos con intereses económicos en la población, que a menudo coincidían con el poder local, puesto que las medidas adoptadas para controlarla fundamentalmente aislamientos paralizaban la vida comercial y laboral de la ciudad lo que provocaba numerosas pérdidas económicas y sumían en la miseria a gran parte de la población” (Pascual Artiaga, 2002: 132).

terio de Educación y Formación Profesional, siguieron también esa misma estela⁵⁴. Y aunque para la enseñanza universitaria no hubo –no podía haberla– ninguna orientación oficial similar⁵⁵, la falta general de medios para garantizar la autoría intelectual de los trabajos presentados por los alumnos, unida a las dificultades logísticas, a veces insalvables, que plantean las pruebas de evaluación online en grupos numerosos de estudiantes, pudieron contribuir a generalizar una cierta actitud de laxitud o permisividad en las calificaciones del curso 2019-2020.

Es interesante hacer notar también el papel que, en ambos momentos, se reserva a lo que podríamos denominar “comisiones de expertos”, integradas por profesores y técnicos de ciertas ramas biosanitarias. En 1800, un momento en que en la Universidad salmantina el sector ilustrado del claustro estaba empeñado en una versión local de la kantiana pugna de facultades, reivindicando la razón como ordenadora de saberes y enseñanzas (Robledo Hernández, 2014: 77-108), se delega en dos comisiones técnicas. Por un lado, la Junta de Salud, a la que, como hemos visto, el claustro dio «absolutas facultades». Por otro la Junta de Facultad Reunida de Medicina y Cirugía, que también fue consultada por instituciones ajenas a la Universidad y de la que salió un profesor para encargarse de todo lo relacionado con las cuarentenas y lazaretos en la ciudad de Salamanca. Más de dos siglos después, a finales del mes de febrero de 2020, el rector de la Universidad de Salamanca nombró también una comisión de expertos para asesorar sobre las medidas preventivas que se debían tomar para evitar la extensión de la epidemia de COVID-19 en el Estudio⁵⁶. De hecho, prácticamente cada administración constituyó a lo largo del mes de marzo o abril su propio comité asesor, con características similares.

Universidad y ciudad colaboraron estrechamente en la epidemia con que se cerró el siglo XVIII. Desde el Estudio no solo se prestó auxilio técnico y científico, sino también financiero; según algunos autores su actuación fue decisiva para contener la extensión de la epidemia a Castilla (García Pérez, 2013: 108). En 1800 el panorama de equilibrios institucionales era, sin duda, distinto del actual: pocas cosas eran posibles para la ciu-

54 La Orden EFP/365/2020, de 22 de abril (BOE núm. 114 de 24 de abril) indica en su Anexo II, 5.g: “La titulación debe ser la práctica habitual para los alumnos de 4.º de ESO y de 2.º de Bachillerato y de FP, para lo cual las Administraciones educativas adaptarán los criterios exigibles para obtenerla, pudiendo organizar pruebas extraordinarias de recuperación y titulación a las que podrán presentarse quienes así lo deseen, con posibles exenciones de partes de estas”.

55 Las *Recomendaciones sobre criterios generales para la adaptación del sistema universitario español ante la pandemia del Covid-19, durante el curso 2019-2020* que surgieron de la Conferencia General de Política Universitaria de 15 de abril de 2020, dedican un apartado específico a la evaluación, donde básicamente se insiste en la necesidad de realizar adaptaciones que se incorporen a las memorias de la titulación, y que deben “consultarse con los estudiantes y difundirse con el tiempo académico necesario para que éstos puedan asumir el cambio y prepararse adecuadamente”.

56 En este caso, la comisión estaba compuesta por tres profesores de ramas biosanitarias, expertos en Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica, junto con una experta asistencial del complejo Hospitalario de Salamanca y dos representantes de la Administración sanitaria.

dad de Salamanca sin contar con la Universidad y el Obispado⁵⁷. Por su parte, en la primavera de 2020, se multiplicaron en todas las Universidades iniciativas de grupos de trabajo e investigación tanto en aspectos clínicos como materiales, relacionados con la epidemia (realización de análisis, producción de gel hidroalcohólico, fabricación de equipos de protección y mascarillas, de respiradores, etc.). Algunas de estas fueron iniciativas a medio camino entre lo personal y lo institucional, y otras fueron impulsadas directamente desde el gobierno universitario. Entre ellas destacamos, por lo simbólico y las coincidencias con otros momentos, la cesión del Colegio Mayor Arzobispo Fonseca a las autoridades sanitarias para su uso como hospital.

Los paralelismos son muchos más y descienden a aspectos muy concretos, como el especial tratamiento que se otorga a las bibliotecas, las facilidades especiales que, en ambos momentos, se dan para la celebración de oposiciones y concursos o para la adquisición del grado de doctor y la lectura de tesis doctorales, etc.

En un ámbito más general, no se puede dejar de notar tampoco la persistencia de ciertos comportamientos individuales y sociales. La profunda conmoción que supone una pandemia crea condiciones en las que "se hacen más patentes las tensiones existentes entre las distintas clases y grupos sociales [...] La enfermedad como catástrofe al incidir de forma repentina, sin permitir el ensayo y aprendizaje de nuevas pautas, actúa como un auténtico reactivo biológico social que permite una definición más clara del comportamiento de las clases y grupos de una sociedad" (Carrillo y García-Balaster, 1981: 49). Tanto en 1800 como en 2020 se burlan cordones sanitarios y confinamientos (incluyendo a algunas autoridades y personalidades públicas), se quiebran y evaden cuarentenas, o se difunden intencionadamente bulos tóxicos.

Finalmente, resulta especialmente estremecedora la analogía existente entre las iglesias que, en 1800, se habilitaron en Sevilla como cementerios cegando sus puertas y ventanas, y algunos de los tanatorios que se instalaron hace unos meses en construcciones destinadas al ocio y al disfrute de la vida.

Las líneas anteriores constituyen poco más que un acto de memoria y, como tal, tienen tantas lecturas distintas como lectores. En materia tan sensible nos adherimos al pensamiento de Julio Ramón Ribeyro en sus *Prosas apátridas*: "como somos imperfectos, nuestra memoria es imperfecta y solo nos restituye aquello que no puede destruirnos".

57 En cierto modo, pero por distintos motivos, la situación se repetiría en el curso 1803-1804. La epidemia de fiebre amarilla declarada en Málaga en ese año no tuvo consecuencias para la vida universitaria (los libros de claustros no recogen ni una sola referencia a la misma). Sin embargo, la ciudad estuvo sumida en una profunda depresión económica y una gravísima crisis de subsistencias, dejando en una situación calamitosa a labradores, jornaleros y artesanos. La Universidad, que se negó en esta ocasión a cerrar el curso debido a la escasez de grano tal y como le pidió el corregidor (AUSA, 256, 5v), colaboró de nuevo con dinero y otras ayudas. Entre ellas, por lo simbólico, cabe destacar la cesión del edificio del Colegio Mayor Santiago el Zebedeo, conocido como el de Cuenca, a petición de la Junta para socorro de necesitados, que era presidida por el obispo. En él se acogió a varios de los pobres que habían llegado a Salamanca por la hambruna, y pasaban las noches en los soportales de la Plaza Mayor (Claustro de 13 de enero de 1804, AUSA, 256 34v-35r).

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO ROMERO, M^a Paz (2004): *El fuero universitario, siglos XIII-XIX*, en RODRÍGUEZ-SAN PEDRO BEZARES, Luis Enrique (coord.), *Historia de la Universidad de Salamanca, Estructuras y flujos*, vol II, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, pp. 161-188.
- ARÉJULA, Juan Manuel de (1806): *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803, y en esta misma plaza y varias otras del reyno en 1804*, Madrid, Imprenta Real.
- CAPELO, María Dolores y ARAÚJO, Pedro (2016): "Contabilidad y gobierno de la salud pública. la epidemia de fiebre amarilla de 1800 en Cádiz", en *Actas del X Encuentro Esteban Fernández de Historia de la Contabilidad*. https://aeca.es/old/x_encuentro_trabajo_historia_contabilidad/comunicaciones/capelo_araujo.pdf. [Última consulta: 7 de abril de 2020].
- CARABIAS TORRES, Ana María (1983): "Evolución histórica del Colegio trilingüe de Salamanca: 1550-1812", *Studia Histórica. Historia moderna*, 1, pp. 143-168.
- CARABIAS TORRES, Ana María (ed.) (1990): *Historia de la Universidad de Salamanca hecha por el Maestro Pedro Chacón*. Acta Salmanticensia. Estudio General 3, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- CARRILLO MARTOS, Juan Luis y GARCÍA BALLESTER, Luis (1980): *Enfermedad y sociedad en Málaga de los siglos XVIII y XIX. I.- La Fiebre amarilla (1741-1821)*, Málaga, Universidad de Málaga.
- CHACÓN, Pedro (1569): *Historia de la Universidad de Salamanca*, Biblioteca de la Universidad de Salamanca, Ms. 465.
- FRANCOS VALDÉS, Bernardino (1720): *Zeremonial sagrado y político de la Universidad de Salamanca*, Biblioteca de la Universidad de Salamanca, Ms. 334.
- GARCÍA BALLESTER, Luis y CARRILLO MARTOS, Juan Luis (1974): "Un ejemplo de represión de la ciencia en la España absolutista: la supresión del capítulo 15 de la Breve descripción de la fiebre amarilla (1806) de J. M. Aréjula", *Revista de Occidente*, 134, pp. 205-211.
- GARCÍA GALÁN, Enrique (2015): *Urbanismo en Salamanca en el siglo XIX*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- GARCÍA-BERNALT ALONSO, Bernardo (2014): *En sonoros acentos. La capilla de música de la Universidad de Salamanca y su repertorio (1738-1801)*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- GARCÍA PÉREZ, Arcadio (2013): *La Escuela Ilustrada Salmantina: Miguel Martel (1754-1835)*, Madrid, UNED- Ediciones Universidad de Salamanca.

- HAMER-FLORES, Adolfo (2018): "La epidemia de fiebre amarilla en Sevilla y su impacto en La Carlota, capital de las nuevas poblaciones de Andalucía", *Trocadero*, 30, p. 211-230.
- HERMOSILLA MOLINA, Antonio (1978): *Epidemia de Fiebre Amarilla en Sevilla en el año 1800*, Sevilla, Talleres gráficos ¡OIGA!
- IGLESIAS RODRÍGUEZ, Juan José (1987): *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*, Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz.
- INFANTE MIGUEL-MOTTA, Javier (1984): *El municipio de Salamanca a finales del Antiguo Régimen (contribución al estudio de su organización institucional)*, Salamanca, Ayuntamiento de Salamanca.
- IGARTUBURU, Nicasio de (1800): *Historia de las fiebres epidémicas que se padecen en Cádiz, (Cádiz, 8 de septiembre de 1800)*, Archivo Histórico Municipal de Cádiz, Caja 2265.
- MARCOS RODRÍGUEZ, Florencio (1964): *Extractos de los Libros de Claustros de la Universidad. Siglo XV (1464-1481)*, Acta Salmanticensia, Historia de la Universidad, Tomo VI, 3, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- MELLADO, Bartolomé (1821): "Nuevas consideraciones sobre el contagio de la fiebre amarilla, por las que se refuta el sistema de la infección, aplicado recientemente a ella", *Periódico de la sociedad médico-quirúrgica de Cádiz. Tomo segundo, (1821)*. Cádiz, Imprenta de la Casa de la Misericordia, pp. 141-194.
- MUÑOZ, Juan Francisco (1801): *Razón de lo acaecido en el castigo epidémico que con tanta misericordia nos mandó Ntro. Sr. el año de 1800*, Archivo de Santa Inés de Sevilla, legajo 51/52.
- PASCUAL ARTIAGA, Mercedes (2002): "La ciudad ante el contagio: medidas políticas y administrativas dictadas en la epidemia de fiebre amarilla de 1804 en Alicante", *Asclepio*, LIV, 1, pp. 125-153.
- PASTOR TORRES, Álvaro (2011): "La epidemia de 1800 y su incidencia en el Monasterio de Santa Inés de Sevilla y otros conventos de clarisas de la Provincia Bética", en CAMPOS Y FERNÁNDEZ DE SEVILLA, Francisco Javier (coord.), *La clausura femenina en el Mundo Hispánico: una finalidad secular: Simposium (XIX Edición)*, El Escorial, Real Centro Universitario Escorial-María Cristina, pp. 511-522.
- PESET, José Luis y PESET, Mariano (1983): *Carlos IV y la Universidad de Salamanca*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- POLO RODRÍGUEZ, Juan Luis (1996): *La Universidad salmantina del Antiguo Régimen (1700-1750)*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- Real Cédula de S. M. y señores del Consejo, por la qual, y a fin de evitar la propagación del mal contagioso que se padece en Andalucía baxa, se manda detener en el cordón que hay en el camino de ella en La Carlota, Carolina y demás, a toda persona que llegue, de qualquiera clase y condición que sea, baxo las penas que se expresan. Año de 1800.* Alcalá, Oficina de la Real Universidad.

ROBLEDO HERNÁNDEZ, Ricardo (2014): *La Universidad española, de Ramón Salas a la guerra civil. Ilustración, liberalismo y financiación (1770-1936)*, Valladolid, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo.

RODRÍGUEZ CRUZ, Águeda (1990): "El nivel institucional. Autoridades académicas: XV-XVIII", en FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Manuel; ROBLES CARCEDO, Laureano y RODRÍGUEZ-SAN PEDRO BEZARES, Luis Enrique (eds.), *La Universidad de Salamanca. II Docencia e Investigación*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, pp. 355-398.

____ (2004): "Autoridades académicas, siglos XIII-XVIII", en RODRÍGUEZ-SAN PEDRO BEZARES, Luis Enrique (coord.), *Historia de la Universidad de Salamanca. II Estructuras y flujos*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca, pp. 131-169.

RODRÍGUEZ DOMÍNGUEZ, Sandalio (1979): *Renacimiento universitario salmantino a finales del siglo XVIII. Ideología liberal del Doctor Ramón de Salas y Cortés*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.

RODRÍGUEZ-SAN PEDRO BEZARES, Luis Enrique (1986): *La Universidad salmantina del Barroco, periodo 1598-1625*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.

VIVAS MORENO, Agustín (2017): "Series documentales para el estudio del poder en las Universidades Hispánicas de los ss. XVI-XVIII: El caso salmantino", *Biblios*, 66, pp. 60-85.

Epidemias en la ciudad de Granada en el ciclo de 1647-1650

Epidemics in the city of Granada in the 1647-1650 cycle

FECHA DE RECEPCIÓN: OCTUBRE DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: NOVIEMBRE DE 2020

Sylvia A. Jiménez-Brobeil^a

Rosa M. Maroto Benavides^b

Francisco Sánchez-Montes^c

Palabras clave

Crisis de mortalidad
Mortalidad por sexo y edad
Paleoepidemiología
Tifus
Peste

Resumen

Los años de 1647 y 1648 constituyeron el marco de una crisis de mortalidad muy importante en la ciudad de Granada. Esta estuvo precedida por una grave carencia de subsistencias y revueltas sociales, pero no se había profundizado en ella y la sobremortalidad se atribuía a la peste bubónica. Se han analizado 9990 registros de entierros de años control y los 4232 conservados de esos dos años en 12 parroquias granadinas. Se han estudiado la estacionalidad y la distribución de las defunciones por sexo y edad. A partir de los resultados obtenidos y con el apoyo de fuentes documentales coetáneas se puede concluir que hubo una epidemia de tifus exantemático, varios brotes de una infección de transmisión oro-fecal y no se produjo una epidemia de peste bubónica.

Keywords

Mortality crisis
Mortality by sex and age
Palaeoepidemiology
Typhus
Plague

Abstract

The years 1647 and 1648 were the frame of a very important mortality crisis in the city of Granada (Spain). This was preceded by a serious subsistence crisis and social uprisings but, however, it had not been studied in depth, and the overmortality was attributed to the bubonic plague. 9990 burial records from control years and 4232 preserved from those two years in 12 parishes of Granada have been analyzed. Seasonality and the distribution of deaths by sex and age have been studied. From the results obtained and with the support of coeval documentary sources, it could be concluded that there was an epidemic of exanthematic typhus, several outbreaks of an oro-fecal transmission infection and there was no bubonic plague epidemic.

a Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física. Universidad de Granada. C.e.: jbrobeil@ugr.es

b Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física. Universidad de Granada. C.e.: rmmaroto@ugr.es

c Departamento de Historia Moderna. Universidad de Granada. C.e.: fsmg@ugr.es

INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XVII la Península Ibérica sufrió tres ciclos de peste, todos importados, que afectaron en mayor o menor intensidad a unas regiones o a otras: el de 1596-1602, que entró en España por alguno de los puertos del Cantábrico con algún barco procedente de Flandes; el de 1647-1650 cuyo foco originario estuvo en Argel y el de 1675-1683 cuyo origen parece estar en Esmirna y Orán (Pérez Moreda, 1980, 1987; Scott y Duncan, 2001; Betrán Moya, 2006).

Durante este siglo la población de la ciudad de Granada padeció numerosas crisis de mortalidad entre las que destacan por su intensidad las que se produjeron entre los años 1647/1648 y 1678/1679, coincidiendo con dos de los ciclos arriba mencionados (Jiménez-Brobeil y Al Oumaoui, 2002; Jiménez-Brobeil *et al.*, 2003 y 2007). Entre 1678 y 1679 se produjeron tres epidemias: una de tifus (tabardillo), a caballo entre ambos años y de otoño a invierno, una de viruela en el otoño de 1678 y una de peste bubónica de junio a agosto de 1679. Se conserva abundante documentación de la época al respecto, sobre todo del brote de peste del verano de 1679 que constituyó la peor crisis de mortalidad que atravesó la ciudad a lo largo del siglo. Entre la documentación conservada destaca un texto impreso, sin firma de autor, escrito por un médico que realizó un diagnóstico certero de estas epidemias (Anónimo, 1679).

Sin embargo, la crisis de mediados de siglo, que se extiende por dos años consecutivos, no está tan bien estudiada. Hay documentación publicada sobre un importante déficit de subsistencias y revueltas populares (Garzón Pareja, 1980; Sánchez-Montes, 1989), pero por lo general y al coincidir con el segundo ciclo de peste bubónica en la Península, se ha considerado que esta última enfermedad fue la que se sumó a las causas anteriormente descritas. Este segundo ciclo de peste de mediados del siglo XVII se inició en el puerto de Valencia desde donde se extendió hacia el sur por Alicante y Murcia para afectar a ciudades como Málaga, Cádiz, Huelva y especialmente a Sevilla; hacia el norte lo hizo por la costa catalana penetrando en Aragón (Pérez Moreda, 1980; Scott y Duncan, 2001; Betrán Moya, 2006). La mortalidad fue especialmente alta en Valencia y Sevilla, ciudades en las que la epidemia supuso un cambio de rumbo en su devenir histórico. El hecho de que este ciclo epidémico afectara principalmente a las fachadas mediterránea y sur de la península ibérica y la proximidad de Granada con otras urbes infectadas fueron los factores determinantes para considerar que la peste también hizo su entrada en la ciudad de la Alhambra. Sin embargo, no se habían realizado estudios detallados de esta crisis que confirmaran lo que se venía aceptando (Jiménez-Brobeil *et al.*, 2007; Sánchez-Montes, 1989).

Así pues, el principal objetivo de este trabajo va a ser analizar esta crisis de mediados de siglo, prestando especial atención a la estacionalidad de las defunciones y a la distribución de la mortalidad para profundizar en su origen y comprobar si la peste que afectó a otras ciudades cercanas entró o no en Granada.

En este trabajo se va a describir, en primer lugar, el marco histórico de la ciudad para pasar posteriormente al estudio detallado de las defunciones. En este capítulo del mar-

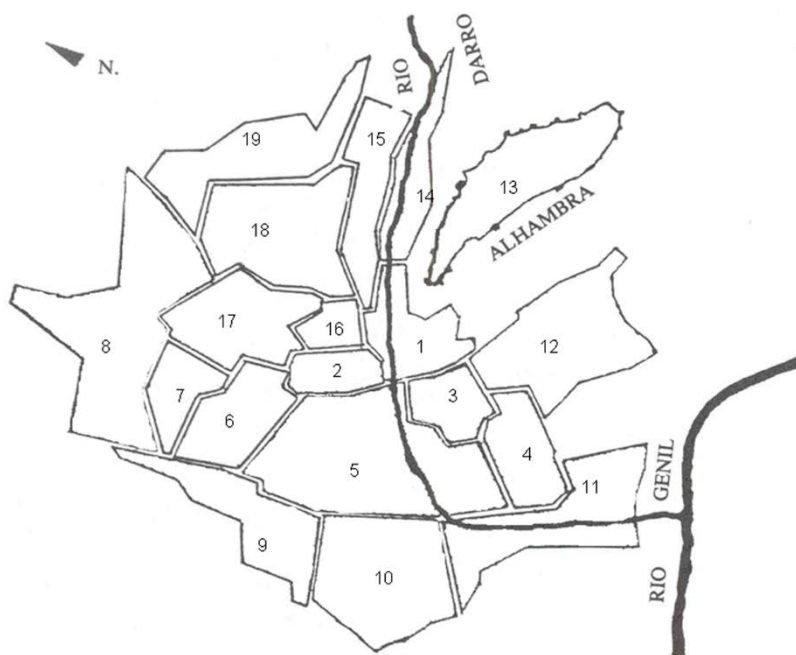
co histórico se publican por primera vez datos de la época sobre Ordenanzas de Agua y Abastos que se han obtenido de documentos conservados en el Archivo Municipal de Granada, así como algunas referencias a la ciudad por parte de autores extranjeros.

1. EL MARCO HISTÓRICO

La ciudad de Granada (figura 1), inmersa en la crisis del siglo XVII, hubo de afrontar un periodo que contrasta con su anterior imagen de prestigio. A partir de 1492, se instalaron las principales instituciones características del modelo de dominio castellano (Real Chancillería, Capitanía General, ciudad con Voto en Cortes, etc.), junto con otros diversos elementos que, de modo paradigmático, simbolizan al poder (Panteón Dinástico, Palacio del Emperador Carlos V).

Figura 1

Plano esquemático de la ciudad de Granada con la extensión de las diferentes parroquias



Nota: 1: Sta. Ana. 2: S. Gil. 3: S. Matías. 4: Sta. Escolástica. 5: El Sagrario. 6: Santiago. 7: S. Andrés. 8: S. Ildefonso. 9: SS. Justo y Pastor. 10: La Magdalena. 11: Las Angustias. 12: S. Cecilio. 13: Sta. M. de la Alhambra. 14: S. Pedro. 15: S. Juan. 16: S. José. 17: S. Miguel. 18: S. Nicolás. 19: El Salvador.

Fuente: Elaboración propia.

Su territorio fue considerado como Reino integrado en la Corona de Castilla (Vincent y Cortes, 2000), manteniendo Granada, su ciudad principal, el carácter e identidad de capital durante todo el periodo de la Edad Moderna hasta la reformulación del modelo decimonónico de 1833, en el que surge la división provincial. Destaca su capacidad de

atracción poblacional: en ella se asentaron nuevos habitantes procedentes de los más diversos puntos peninsulares, incluso extranjeros, debido a la salida condicionada de los moradores de origen musulmán; en un primer paso con la expulsión de los mudéjares (ciclo 1499-1503) y en especial con la saca de moriscos a partir de 1571.

El siglo XVII resulta distinto. Granada presenta un perfil decadente, estando inmersa en la miseria de un momento crítico en su historia por la fuerte regresión del periodo y el incesante castigo sobre ella de toda una serie de factores negativos. Entre estos no figuran solo las epidemias, sino también las carestías y hambrunas, o la huella de la depresión socioeconómica (Castellano, 2000; Gelabert, 2000).

La indicada expulsión de los moriscos supuso la culminación de dicho proceso de integración en el modelo de Castilla, completado con la pretendida (y falsa) uniformidad social de sus habitantes como "cristianos viejos". En realidad, las recientes investigaciones han mostrado un modelo diverso y compuesto por la mezcla social de una ficticia nobleza -capaz de falsificar su origen para justificar su acenso social- y una escasa burguesía, junto con una clase dirigente corrupta a que se le unía la marginación patente en su elevada tasa de expósitos, ilegítimos y esclavos. Hay que señalar la importante movilidad soterrada, caracterizada por un cierto reingreso de los expulsados, unido a la existencia de grupos de origen judeoconverso, que enmascararon su naturaleza al amparo de la propia movilidad poblacional del territorio (Soria Mesa, 2008; 2014).

En contraste con la realidad, y en un paralelismo investigador, el actual recurso documental de la vida cotidiana, historiográficamente revalorizada por ejemplos como el de los visitantes del siglo XVII en Granada (Sánchez-Montes, 2000), nos indican la paradoja de aquellos coetáneos foráneos que señalaban "la benignidad del sitio granadino" sin el menor atisbo de objetividad. Así, consideraron la urbe un "lugar saludable" para vivir y crearon una imagen idílica a la que no escapan los escasos extranjeros que conocieron la ciudad. Por ejemplo, Lady Anne Fanshawe, un raro modelo de mujer que visitó Granada en el año 1650 y que llegó a España huyendo de Inglaterra para librarse "de la espada y la peste", ensalza la belleza de la ciudad y su tierra, y entre otros elementos destaca su "profundo río de aguas cristalinas" (refiere al río Darro) bien distante en aquella su mirada de las contaminadas aguas que arrastraba por su cauce (Fanshawe, 1830: 99).

La realidad era pues la opuesta, en especial para el caso de los años centrales del siglo XVII, al sufrir la ciudad las más fuertes sacudidas demográficas, ya que de 1647 a 1650 toda una serie de circunstancias y elementos adversos actuaron sobre la población: años precedentes climatológicamente desfavorables, consecuentes malas cosechas, la interrupción del ciclo inmigratorio a Granada y la regresión de la tasa de natalidad.

El siglo XVII es demográficamente conocido, con importantes aportaciones acerca del mundo urbano (Fortea, 1995) y del estudio poblacional del Sur peninsular (Sánchez-Montes, 2002). Para el Reino de Granada (Vela Santamaría, 2005; Sánchez-Montes, 2000) destacan los análisis de ciudades como Málaga (Rodríguez Alemán, 2001 y Quintana Toret, 1986), junto con los múltiples existentes de ámbitos agrarios, caso

de su área de Levante (Peregrín y Romero, 1989). Todas las investigaciones, desde clásicas a recientes, muestran aquí las características regresiones a causa de las epidemias centrales de siglo (Sanz Sampelayo, 2003) que azotan los tres reinos de Andalucía; lo que sucede para el caso específico del Reino granadino (Gómez Alonso, 1978; Sanz Sampelayo, 1987; Pérez García, 1991), con la única excepción de su territorio más oriental que es sostenido por una fuerte inmigración (García Latorre, 1991).

Los años en estudio (1647-1648) se encuadran dentro del periodo conocido como Mínimo Maunder de la denominada Pequeña Edad del Hielo (Lamb, 1979; Le Roy Ladurie, 1983). En el sur de la Península Ibérica este periodo se caracterizó por la fuerte variabilidad climática donde las anomalías pluviométricas dominaron a las térmicas y estas últimas fueron de signo negativo, con tendencia a heladas y nevadas (Sánchez Rodrigo, 1994). Posteriormente tuvo lugar en el Reino de Granada la llamada "tropicalización" como consecuencia del cambio climatológico (Sermet, 1953). El periodo que nos ocupa actuó aquí de cambio de ciclo, pues el año 1646 fue muy seco mientras que 1647 tuvo fuertes precipitaciones y heladas en primavera. Así pues, no es de extrañar que los valores de los diezmos recaudados fueran muy bajos y que, como se verá más adelante, se disparara el precio del trigo junto al de otros productos esenciales para la subsistencia (Sánchez Rodrigo, 1994). De hecho, la cosecha de 1647 fue la peor del siglo en Andalucía (Domínguez Ortiz, 1973) y en aquellas sociedades de base agrícola dos años seguidos de malas cosechas suponían una crisis de subsistencias que impactaba fundamentalmente en las clases más desfavorecidas reduciendo su capacidad de respuesta inmune a las enfermedades. La concatenación de fenómenos naturales adversos precipitó a la ciudad a un grave retroceso vegetativo negativo, pues Granada perdió un importante efectivo poblacional en el corto plazo de dos años, siendo uno de los peores momentos de su historia (Sánchez-Montes, 1989, 228).

La crisis, que favoreció la expansión de enfermedades, tuvo su antecedente en el progresivo debilitamiento orgánico de la población por hambre a causa de una infra-alimentación en el marco de unas precarias o inexistentes condiciones higiénicas. A título de ejemplo, el precio de los productos esenciales para el año de 1650 refleja la carestía de la vida: una libra de azúcar valía dos reales y uno el litro de aceite, mientras que el sueldo de un trabajador no superaba los 4 reales diarios en el mejor de los casos. Pero fue el valor del trigo, junto con su derivado del pan, el más fiable barómetro de las dificultades y en tan solo una década el alza del precio medio de los dos productos mostraría la inflación sufrida.

Tabla 1

Precios del trigo y el pan en la ciudad de Granada

<i>Año</i>	<i>Trigo (en reales)</i>	<i>Pan (en maravedíes)</i>
1640	18	18
1648	26	28

Fuente: Archivo del Patronato de la Alhambra y Generalife, Leg. 138, f. 19; (Garzón Pareja, t. II, 244-245). Elaboración propia.

No es extraño que en 1648 fuera creada una ineficaz Junta de Provisión de Trigo¹, pues no pudo impedir la corrupción de un sistema incapaz de paliar la situación. La consecuencia fue la creciente tensión social, que tuvo su máxima expresión en la sucesión de motines y revueltas populares que azotaron no sólo a Granada pues fueron tiempos convulsos para toda Castilla (Domínguez Ortiz, 1973; Gelabert, 2001). De hecho, las primeras algaradas granadinas surgieron en el barrio del Realejo en septiembre del año 1642 (Garzón Pareja, 1980; Cortés y Vincent, 1986), siendo sus principales protagonistas los oficiales del arte de la seda -la tradicional industria granadina, tan castigada por la recesión- por causa de la crisis económica que derivó en la política monetaria de la baja del vellón. Aquel primer motín sirvió de anuncio y aviso de futuros problemas.

Es en el año 1648, ya en el periodo en estudio, cuando estalló la gran rebelión, inserta en el conjunto de las acaecidas por toda Andalucía. Su raíz fueron los señalados antecedentes malos años agrarios, la escasez y carestía del grano, así como la fuerte incidencia de los impuestos. Pero en Granada, agravando aún más la situación, se hubo de añadir la pésima actuación de un Concejo incompetente y corrupto, dominado por unos caballeros veinticuatro de origen noble, unidos a ricos burgueses, que acapararon el poder municipal de modo vitalicio y hereditario con la compra a la Corona de las regidurías y otros cargos, primando en su actuación los intereses particulares. De hecho, el antecedente fue la requisa del grano acaparado por ciertos pudientes, pero también la ineficacia absoluta de la Alhóndiga del Concejo que debía regular su precio, por lo que hubo de actuar la Real Chancillería granadina y la creada Junta de la propia capital "para la prevención y provimiento de trigo para su abasto", con el registro de ciertas casas en las que se encontró cereal escondido, caso de la vivienda del veinticuatro don Diego Arias Calderón en la que se escondían 300 fanegas de trigo².

Los panaderos en los días 16 y 17 de marzo detuvieron sus fábricas para manifestar su protesta y al día siguiente amaneció Granada con la concentración de sus habitantes en los barrios populares del Triunfo, San Lázaro y Realejo; algunos estaban armados, todos unidos en su protesta al conocido grito de "¡viva el rey! y ¡muera el mal gobierno!". Las iras populares se centraron contra los corruptos veinticuatro de la ciudad, pero sobre todo contra el corregidor don Francisco Arévalo de Zuazo, que hubo de huir para buscar refugio en lugar sagrado, ocultándose en los conventos de San Jerónimo y Santa Paula y perdiendo su cargo. Así, en una elección poco ortodoxa, fue nombrado como nuevo corregidor don Luis de Paz de Medrano por el presidente de la Chancillería, alguien que era una figura de amplio consenso. Pero pese a tal acto de voluntad conciliadora, no pudo ser restablecida la definitiva calma en la ciudad hasta que pasaron largos meses, por la sucesión a largo plazo de varios actos de enfrentamientos violentos³ (Domínguez Ortiz, 1973).

1 Archivo Municipal de Granada, Abastos, 108

2 Archivo Municipal de Granada, Leg. 307.

3 Biblioteca Nacional, Madrid: Mss.11.017, fols. 106-119

De este modo vivió entonces Granada su particular «Fuenteovejuna» y no se pudo restablecer la definitiva calma en la ciudad hasta que pasaron largos meses en los que se produjo la sucesión a largo plazo de varios enfrentamientos violentos. En aquel crítico año de 1648 también Granada hubo de acoger, para mayor desestabilización social, a un nutrido número de desheredados procedentes de una forzosa inmigración rural, lo que quedó reflejado en las sombrías palabras del ya nuevo corregidor que “manifestaba que nunca había visto a tantos niños desamparados de sus padres y pidiendo limosna por las calles, y que en la Casa de la Doctrina, donde solían acogerlos, le habían informado que no podían admitir más y que a duras penas podrían seguir manteniendo a los que albergaban”⁴ (Domínguez Ortiz, 1973).

Incluso se conoce la adopción por las autoridades de determinadas medidas de urgencia, como fue la del «reparto de pan a pobres», realizado también en aquel simbólico año de desgracias en las deprimidas parroquias de San Pedro y San Pablo y la de San Juan de los Reyes, que señala la cifra de 149 indigentes en la zona⁵.

Es evidente que Granada, de modo interno, había generado las condiciones propicias para el surgimiento y la propagación de la enfermedad, destacando la cuestión de la contaminación de sus aguas y la cuestión de su higiene, que se convierten en objeto principal de preocupación por su capacidad de difundir los contagios, tema del que se tratará más adelante, sobre todo en relación al suministro de las parroquias. La Chancillería era la encargada de regular el uso de “muros, cercas, puentes y alcantarillas” y ordenaba al Concejo el modo de actuar para “que tenga para el reparo de los muros, y cercas, y puentes de la dicha Ciudad, todo aquello, que siendo la ciudad de Moros tenía situado para esto [...] con encargo de tenello todo reparado y adobado, según es menester para el bien, y pro común de la dicha Ciudad y vecinos de ella y de los que a ella vinieran”, reglando, de modo pormenorizado, que el cascajo puede echarse en el Río Genil “en lugar que estará señalado para ello”. Pero en especial destacan las Ordenanzas de las Aguas para “el limpiar de las dichas acequias [...] muy bien dos veces al año, una entrada marzo y otra en septiembre” existiendo “el darrillo turbio” junto con un “repartimiento de agua sucia” que prohibía “el que echare bacinada o perro, gato, o gallina [muertos] con una pena de tres mil maravedís”, o bien “que no se laven paños ni lienzos ni manteles [y] que se lave el pescado” en las acequias de la ciudad⁶.

También se sumaron aquellas noticias procedentes de otros lugares del Reino granadino en los que surgen contagios dispersos (Sánchez-Montes, 2000) junto con la actuación gubernativa para tratar de aislar a la población. De hecho, en 1648 conocemos el gasto de 2.800 reales para la construcción de tapias que cierran la ciudad, estableciendo guardias en sus muros al conocerse la peste que, nacida en Valencia, estaba propagada por Murcia y Málaga⁷.

4 Archivo Municipal de Granada, Leg. 307

5 Archivo Municipal de Granada, Leg. 137, “Reparto de pan a pobres”.

6 Biblioteca Universidad de Granada, Hospital Real, *Ordenanzas*, 1670

7 Archivo del Ayuntamiento de Granada, *Libro de Actas del Cabildo*, 14, fols.171 y 173; Abastos, leg.103).

De la eficacia de tal medida se puede dudar pues se intentó su mantenimiento en el tiempo pese a que paradójicamente tuviera graves consecuencias en la propia Granada. Así, dos años después, en 1650, y siendo necesario atajar otro brote epidémico exterior, debido al acuciante problema del necesario abastecimiento a diario de la ciudad la Chancillería permitió que, pese al cierre prescrito, quedaran abiertas durante el día determinadas puertas de la ciudad, en especial las de comercio más intenso, caso de las de Bib-rambla, o bien la de Los Molinos, esencial para la entrada del grano, aunque estableciendo una especial vigilancia sobre ellas mediante una junta encargada de la ejecución de tal orden y presidida por el corregidor Álvaro Queipo de Llano⁸.

2. EL ESTUDIO DE LA MORTALIDAD. MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis e investigación de la mortalidad se han utilizado los datos registrados y conservados en los archivos de cada parroquia granadina⁹, contando con la autorización y siguiendo el protocolo del Arzobispado de Granada. Estos archivos han sido trabajados en diversas investigaciones debido a su importancia documental y su primera catalogación se encuentra en una aportación ya clásica (Casares Hervás, 1964). Se conservan todos los archivos de las antiguas parroquias granadinas con la excepción de los de El Salvador, Santiago y San Andrés, destruidos en diversos incendios. El estado de los libros es en general bastante bueno y su lectura resulta más o menos fácil según la calidad del papel, el tipo de tinta y pluma usados y la caligrafía de las personas que llevaron a cabo las anotaciones. Los registros son bastante completos, aunque en algunas parroquias, principalmente en las del barrio del Albaycín, se aprecia en varios años un posible subregistro de párvulos. Sin embargo, el principal escollo, en cuanto a este trabajo en concreto, radica en que se han perdido dos volúmenes que se describen más abajo.

En el caso de este proyecto, se han registrado 12 variables de cada entierro anotado: fecha, presencia de título, nombre, sexo, edad, estado civil, estatus económico (pobre o rico), existencia de testamento, característica social (extranjero, esclavo, religioso, etc.), causa de muerte (algo muy excepcional en la época), nombre del padre (solo para los niños) y varios (anotaciones particulares o inusuales). Generalmente, no consta

8 Archivo de la Real Chancillería, Granada, *Reales Cédulas*, III, fo.245).

9 Archivo parroquial de Sta. Ana: Libros de entierros de las parroquias de S. Gil y Sta. Ana.

Archivo parroquial de S. Matías: Libros de entierros de la parroquia de S. Matías

Archivo parroquial de Sto. Domingo: Libros de entierros de la parroquia de Sta. Escolástica.

Archivo parroquial de El Sagrario: Libros de entierros de la parroquia de El Sagrario.

Archivo parroquial de S. Cecilio: Libros de entierros de la parroquia de S. Cecilio

Archivo parroquial de S. José: Libros de entierros de las parroquias de S. José, S. Miguel y S. Nicolás.

Archivo parroquial de S. Pedro: Libros de entierros de las parroquias de S. Pedro y S. Juan de los Reyes.

Archivo parroquial de S. Ildefonso: Libros de entierros de la parroquia de S. Ildefonso.

Archivo parroquial de Sta. M. Magdalena: Libros de entierros de la parroquia de la Magdalena.

Archivo parroquial de SS. Justo y Pastor: Libros de entierros de la parroquia de los Santos Justo y Pastor.

Archivo parroquial de Nuestra Sra. de Las Angustias: Libros de entierros de la parroquia de Las Angustias.

la edad de defunción de los individuos, aunque en algunas parroquias se apuntó la de algunos niños. Ello ha obligado a establecer tres categorías de edad social con base en varios indicadores como la presencia o ausencia de apellido, inclusión del nombre del padre, tamaño y coste de la tumba, estado civil o capacidad de testar, etc. Estas categorías son niños (hasta los 8 años de edad), jóvenes (desde los 9 a la mayoría de edad) y adultos. El sexo de los individuos está perfectamente definido en los jóvenes y adultos, pero no viene indicado en muchos niños de muy corta edad, que aparecen calificados como "criaturas" y de los que no se especifica su nombre de bautismo.

Para esta investigación se han seleccionado en primer lugar una serie de siete años control de cara al establecimiento de la distribución de la mortalidad base por sexo y clase de edad. Se ha buscado que representaran los diferentes cuartos del siglo y que no se hubiera producido en ellos una crisis de mortalidad (Jiménez-Brobeil y Al Oumaoui, 2002; Jiménez-Brobeil *et al.*, 2003). En total, se han tomado datos de 9990 registros de entierros procedentes de 14 parroquias.

En segundo lugar, se han analizado los registros de entierros anotados en los años de 1647 y 1648. En total se han tomado datos de 4232 defunciones. Desgraciadamente, se ha perdido el libro de la amplia parroquia de S. Ildefonso donde se anotaron los años en estudio. A la hora de efectuar un análisis de estos datos hay que tener en cuenta una serie de factores fundamentales. En primer lugar, en los registros parroquiales solo se anotan las personas enterradas en la parroquia o aquellas residentes en la misma enterradas en otro lugar con sepultura en propiedad. En algunas parroquias se inhumaron personas que no vivían en ella pero que fallecieron dentro de la demarcación, como es el caso de los ajusticiados, enterrados en S. Gil o los fallecidos en el Hospital de Sta. Ana, enterrados en la parroquia homónima. En segundo lugar, hay un claro subregistro de enterramientos infantiles, sobre todo en determinadas parroquias. En el caso concreto de la de El Sagrario se ha perdido el libro con los entierros de párvulos que englobaba 1647-1648. Por otra parte, en la época no se solía anotar la causa de muerte (Alter y Carmichael, 1999) por lo que en los episodios de mortalidad elevada hay que analizar muchas variables para intentar averiguar su causa.

Los datos se han distribuido según sexo y clase de edad para conocer la estructura base de la mortalidad en años control y durante los años analizados. Las defunciones registradas se expresan en datos absolutos y en porcentajes. Se ha estimado la estacionalidad según Henry (1967) de los años control y de los años 1647 y 1648 para su comparación. Se han calculado las ratios de varones/mujeres mediante el índice de masculinidad y los resultados se han comparado con el test χ^2 . Se han cuantificado los entierros de pobres en varias de las parroquias, los fallecidos en un hospital y los posibles contagios dentro de una misma vivienda. Los datos se han elaborado con los paquetes estadísticos Microsoft Excel y SPSS de IBM.

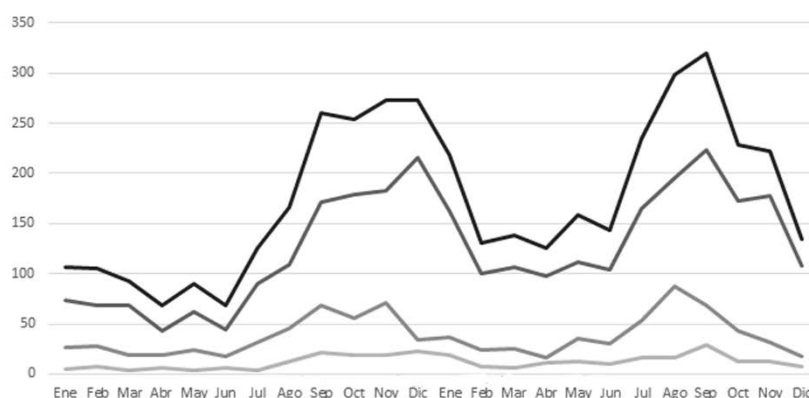
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Distribución estacional de la mortalidad

Como puede apreciarse en el gráfico 2, la mortalidad en la primera mitad del año 1647 tiende a mantenerse estable para elevarse en el verano, se dispara en el mes de septiembre, alcanza el pico en noviembre y diciembre y cae de forma brusca en el mes de febrero del año siguiente.

Gráfico 2

Distribución en cifras absolutas de las defunciones a lo largo de los años 1647 y 1648



Nota: La línea negra superior representa el total de defunciones, la gris más oscura el total de individuos adultos, la gris intermedia el total de niños y la gris más clara inferior el total de jóvenes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos parroquiales analizados.

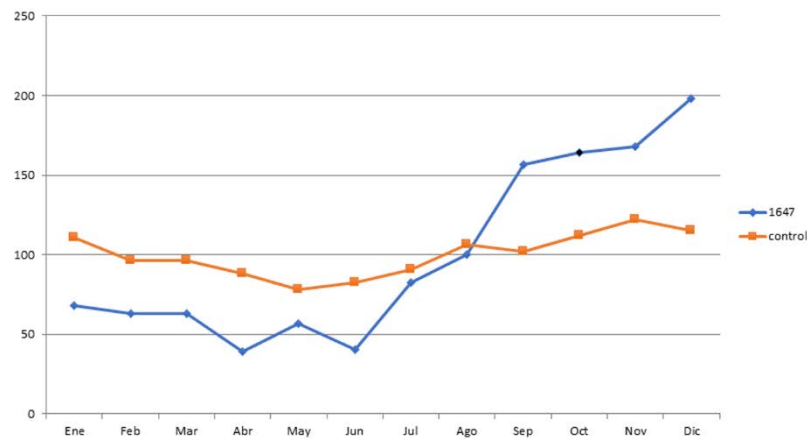
Si se tiene en cuenta la estacionalidad de los años control (gráfico 3), es normal que se produzca un incremento de la mortalidad en los meses de verano, fenómeno producido principalmente por el aumento de fallecimientos de niños, algo muy común por infecciones de transmisión oro-fecal (Minvielle, 2007).

En concreto en la parroquia de Las Angustias, una de las más grandes, la mortalidad de los niños fue especialmente elevada. Sin embargo, el ascenso brusco en septiembre no sería esperable según la mortalidad de los años control. Este incremento afecta a todas las parroquias y a todas las clases de edad y, por su ascenso y caída rápidos, apunta claramente a un fenómeno epidémico.

Tras este proceso, vuelve a producirse un periodo de estabilidad, pero con mayor número de defunciones que en la primera mitad de 1647, que se interrumpe con un brusco ascenso en el mes de julio, alcanza el pico en septiembre y va decayendo progresivamente en los meses siguientes. La distribución estacional también difiere de la estimada para los años control (Gráfico 4).

Gráfico 3

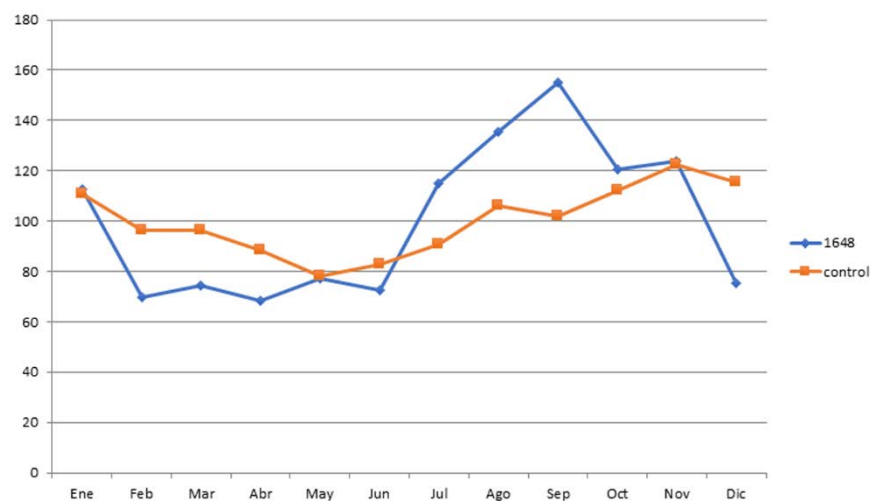
Estacionalidad de la mortalidad en los años control y en 1647



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos parroquiales analizados.

Gráfico 4

Estacionalidad de la mortalidad en los años control y en 1648



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos parroquiales analizados.

3.2. Distribución de la mortalidad por clases de edad

En cuanto a la distribución por clases de edad, en los años control los niños suponen el 41.0% de las defunciones, los jóvenes el 6.4% y los adultos el 52.5%. Esta distribución coincide con la esperada en la mortalidad habitual de una población del antiguo régimen demográfico, donde los niños suelen constituir al menos el 40% del total de las defunciones (Buchet, 1983; Livi-Bacci, 1988, 1999), tal como se reconocía en la propia época (Buffon, 1769). En el periodo de crisis de 1647 estos porcentajes son del 20,8%, 7,9% y 71,3%, respectivamente, y muy similares, de 24,4%, 7,3% y 68,3%, en el verano de 1648. En este caso los valores se asemejan más a los de una población viva. Por ejemplo, en el Censo de Aranda de 1768/69 (Sanz Sampelayo, 1980), los niños menores de 9 años suponen el 15,66% de los habitantes de Granada, los jóvenes entre 9 y 16 años, el 14,51% y los adultos el 69,83%. La distribución obtenida en los dos periodos de crisis es la propia de una mortalidad catastrófica que afectó a todas las clases de edad (Castex, 2007; Margerison y Knüsel, 2002).

3.3. Distribución de la mortalidad por sexo y edad

En cuanto a la distribución por sexo dentro de cada clase de edad establecida y en el total de la muestra, en la tabla 2 se expresa la de los años control y en las tablas 3 y 4 la de los periodos de crisis de 1647 y 1648, respectivamente.

Tabla 2

Mortalidad base e índice de masculinidad según sexo y edad a partir de años control

	<i>Niños/as</i>			<i>Jóvenes</i>			<i>Adultos</i>			<i>Total</i>		
	N	%	IM	N	%	IM	N	%	IM	N	%	IM
V	967	56,1	1,27	404	51,1	1,04	2.818	48,6	0,94	4.189	50,4	1,01
M	758	43,9		386	48,8		2.985	51,4		4.129	49,6	
I	1.672			0			0			1672		
Total	3.397			790			5.803			9.990		

Nota: V: varones. M: mujeres. I: Indeterminados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los archivos parroquiales consultados.

Tabla 3

Mortalidad e índice de masculinidad según sexo y edad de 1 de septiembre de 1647 a 31 de enero de 1648

	<i>Niños/as</i>			<i>Jóvenes</i>			<i>Adultos/as</i>			<i>Total</i>		
	N	%	IM	N	%	IM	N	%	R	N	%	IM
V	66	49,6	0,98	55	54,4	1,19	436	47,8	0,92	557	48,6	0,95
M	67	50,4		46	45,5		475	52,1		588	51,3	
I	144			0			0			144		
Total	277			101			911			1.289		

Nota: V: varones. M: mujeres. I: Indeterminados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los archivos parroquiales consultados.

El índice de masculinidad es el esperado en los años control con una cifra ligeramente más alta de fallecimientos de niños varones y una algo más elevada en las mujeres adultas. En los periodos de crisis hay más varones jóvenes en 1647 y más varones niños en 1648, pero en ningún caso se alcanza la significación estadística en la distribución entre varones y mujeres. La mortalidad diferencial por sexo en grandes epidemias, especialmente de peste bubónica, es un tema que ha generado varias publicaciones en los últimos años (Bardsley, 2014; Bramanti et al, 2018; Curtis y Roosen, 2017; DeWitte, 2009; Godde et al, 2020, entre otros).

Tabla 4

Mortalidad e índice de masculinidad según sexo y edad de 1 de julio a 30 de septiembre de 1648

	<i>Niños/as</i>			<i>Jóvenes</i>			<i>Adultos/as</i>			<i>Total</i>		
	N	%	IM	N	%	IM	N	%	IM	N	%	IM
V	63	60,0	1,50	32	51,6	1,07	279	47,8	0,92	374	49,9	0,99
M	42	40,0		30	48,4		304	52,1		376	50,1	
I	103			0			0			103		
Total	208			62			583			853		

Nota: V: varones. M: mujeres. I: Indeterminados.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los archivos parroquiales consultados.

En la gran mayoría de casos estudiados no hay mortalidad diferencial, pero en los restantes figura una sobremortalidad de un sexo u otro que se ha atribuido principalmente a factores culturales y socioeconómicos y no a biológicos (Kruger y Nesse, 2006). Con relación a la Biología exclusivamente, los varones, por cuestiones hormonales y de comportamiento, son más proclives a las enfermedades infecciosas y parasitarias que las mujeres (Zuk y Stoehr, 2010), aunque estas últimas son más sensibles durante el embarazo (Brabin y Brabin, 1992).

3.4. Otras variables analizadas

Además de las cifras directas del cómputo de fallecidos, en los propios libros de entierros se pueden tomar otros datos que proporcionan una interesante información. En este sentido se ha prestado especial atención a los fallecidos en hospitales, a los entierros de pobres y a los posibles contagios dentro de unidades familiares. Por ejemplo, en la parroquia de Sta. Ana se enterraban los fallecidos en el hospital que se encontraba muy cerca del edificio de la iglesia con la inscripción "murió en el hospital" (Roca, 2013). Este hospital acogía solo a varones, principalmente "enfermos de calenturas" (Henríquez de Jorquera, 1934). En los años más próximos, sin crisis de mortalidad, la media anual de fallecidos es de 10,75 pacientes, mientras que en los cuatro últimos meses de 1647 se anotaron 12 fallecimientos y entre julio y septiembre de 1648 se apuntaron 10, lo que demuestra el incremento de la mortalidad de los ingresados.

El número de entierros de pobres es muy indicativo de la situación económica del momento. En la tabla 5 se incluyen datos de algunas parroquias donde figuran la media anual de entierros de pobres en los años control y los producidos en 1647 y 1648 con el incremento porcentual que supusieron respecto a la media. En el caso de 1647 casi todos los entierros de pobres se produjeron en la segunda mitad del año. En muchos de ellos no se anotó el nombre del difunto y son comunes frases como "una mujer pobre que murió en la calle; un pobre que se halló muerto; un pobre del corral".

Tabla 5

Entierros de pobres en años control y en los años de crisis

<i>Parroquia</i>	<i>Media de entierros de pobres al año en años control</i>	<i>Entierros de pobres en 1647 e incremento porcentual sobre la media</i>		<i>Entierros de pobres en 1648 e incremento porcentual sobre la media</i>	
La Magdalena	15,5	31	100,0%	59	280,6%
Las Angustias	20	46	130,0%	111	455,0%
SS. Justo y Pastor	8	24	200,0%	43	437,5%
Sta. Escolástica	10,6	29	173,6%	41	286,8%
Sta. Ana	7	16	128,6%	30	328,6%
S. Pedro	2,7	5	85,2%	10	167,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los archivos parroquiales consultados.

El estudio de posibles contagios se ha realizado teniendo en cuenta anotaciones de fallecimientos en una misma unidad familiar en un plazo de una semana. En los meses de septiembre a diciembre de 1647 y del verano de 1648 es donde se han hallado la casi totalidad de este tipo de registros. Por ejemplo, entre el 21 y 23 de noviembre de 1647 se enterraron en SS. Justo y Pastor a María de Gracia y a Antonia de los Espíritus, dos esclavas de D. Juan Bernardo. Resulta interesante constatar que supondrían la parte

más débil de un domicilio de clase alta. Sin embargo, el episodio del verano de 1648 no hace distinguos sociales y, por ejemplo, en la parroquia de la Virgen de Las Angustias, entre el 2 y el 14 de septiembre, D. Cristóbal de Paz enterró a tres hijas (Dña. Isabel, Dña. María y Dña. Inés de Viedma) y a su sobrina (Dña. Francisca de Viedma).

3.5. Naturaleza de las crisis

La mortalidad de septiembre de 1647 a enero de 1648, tanto por el perfil de la gráfica como por la distribución por clases de edad indica un carácter catastrófico de naturaleza epidémica. Se parte de la crisis de subsistencias ocasionada por la pérdida de cosechas de la que se ha hablado con anterioridad, pero otros estudios (Minvielle, 2007) señalan que el hambre por sí sola no ocasiona directamente este perfil de mortalidad y que tiene que concatenarse con un brote infeccioso que encuentra en la población desnutrida e inmunodeprimida un campo perfecto para expandirse. La cuestión es cuál pudo ser el agente o agentes infecciosos implicados en este brote epidémico. El hecho de que se inicie con el otoño y aumente conforme va entrando el invierno descarta a priori procesos propios de meses cálidos como puede ser la peste. Aunque esta puede transmitirse entre humanos (peste pulmonar) la forma más común es la bubónica y las pulgas necesitan un rango de temperatura y humedad que no es propio del otoño/invierno del sur de la península Ibérica (Bertherat y Gage, 2011; Gottfried, 1989; Scott y Duncan, 2001). También habría que descartar enfermedades de transmisión oro-fecal, propias de meses cálidos, y que además no habrían afectado a la totalidad de la ciudad, como en esta ocasión, puesto que las fuentes de suministro de agua eran distintas entre las diferentes parroquias (Jiménez-Brobeil *et al.*, 2013). Los meses de otoño son los típicos de los brotes de viruela, sin embargo, no figura una sobremortalidad exclusiva de los niños, como sí ocurrió en otros brotes de esta enfermedad (Jiménez-Brobeil *et al.*, 2014). La mortalidad alcanzada apunta a uno de los clásicos "asesinos" de la humanidad: el tifus exantemático. En Granada se produjo otra epidemia en 1678/79, coincidente en los meses de septiembre a enero y también posterior a una pérdida de cosechas, que fue perfectamente descrita por un médico contemporáneo (Anónimo, 1689). El tifus es propio de los meses fríos y la mortalidad que causa aumenta con la edad -tal vez por ello afectó más al grupo etario de los adultos- y puede alcanzar al 40% de los afectados sin tratamiento (Raoult, 2011). El tifus es transmitido por los piojos y se desarrolla principalmente en entornos poco higiénicos y de hacinamiento, sobre todo en condiciones de hambrunas y guerras (Raoult, 2011). No se conoce un documento que señale que en 1647 hubo tabardillo, nombre tradicional del tifus, en la ciudad de Granada, pero es el causante más probable de la sobremortalidad detectada, tanto por sus características como por el número de pobres señalados, campo de cultivo perfecto para su difusión.

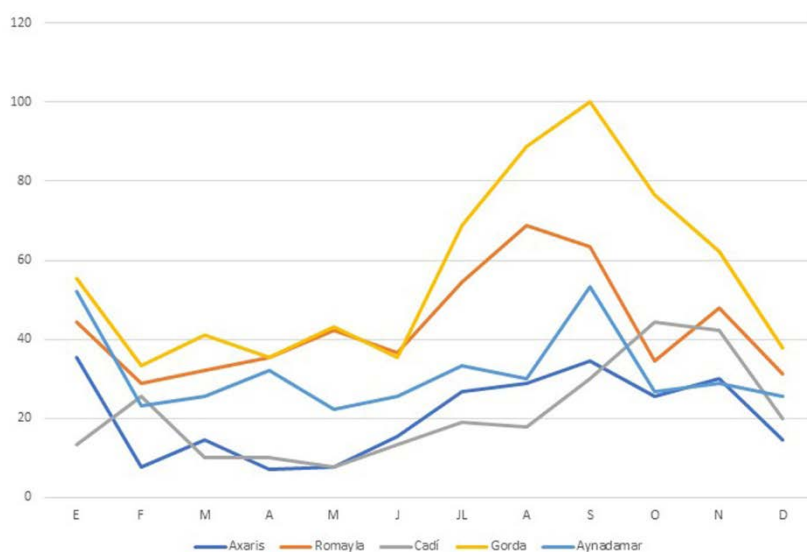
La sobremortalidad del verano de 1648 podría haber sido provocada por una epidemia de peste bubónica, al menos si se analizan en conjunto las defunciones de la ciudad. Sin embargo, hay varios hechos que apuntan en otras direcciones. En primer lugar, destaca la falta de documentos contemporáneos sobre la presencia de peste en la ciudad. Solo figura el documento citado más arriba precisamente con normas para evitar

la entrada de peste en Granada¹⁰. En segundo lugar, destaca que algunas parroquias, si bien tienen un incremento de defunciones en verano, este no es mucho más alto que el que se produce en años control e incluso, en varias de las del Albaycín no se produjo en absoluto. En tercer lugar, los gráficos no muestran el pico con ascenso y caída bruscos y repentinos que es característico de los brotes de peste (Scott y Duncan, 2001) y que debería producirse en todas las parroquias. En cuarto lugar, destaca que el Hospital de Santa Ana siguió tratando "enfermos de calenturas" (Roca, 2013) sin mencionar expresiones como "peste", "pestilencia" o "contagio". Para analizar qué pudo ocurrir con más precisión en el verano de 1648 se ha estudiado la mortalidad agrupando las parroquias según los diferentes suministros de agua que las abastecían.

En el gráfico 5 se representa la distribución de la mortalidad a lo largo del año 1648 y puede comprobarse que en los meses de verano es muy variable. La gran mortalidad de julio a septiembre se produjo en las parroquias cuyo suministro de agua dependía de la acequia Gorda, en este caso, las de la Magdalena y la de la Virgen de las Angustias.

Gráfico 5

Distribución (%) de la mortalidad de jóvenes y adultos a lo largo de 1648 según el suministro de agua de las distintas parroquias



Fuente: Elaboración propia a partir de los archivos parroquiales analizados.

Hay un pico, no coincidente, en las parroquias regadas por la acequia Romayla o de Santa Ana (Santa Ana, El Sagrario, San Matías y Santa Escolástica) y no se aprecia esta gran mortalidad en las surtidas por la acequia Axaris (San Pedro, San Juan y San Gil) ni en las suministradas por la acequia de Aynadamar (parroquias del Alto Albaycín). Esta diversidad apunta a diversos procesos de transmisión oro-fecal y rechaza la hipótesis

10 Archivo del Ayuntamiento de Granada, *Libro de Actas del Cabildo*, 14, fols.171 y 173; Abastos, leg.103).

de un brote de una única causa epidémica. El hecho de que las parroquias surtidas por la acequia Gorda sean de las más grandes de la ciudad y con una cifra alta de defunciones supone que la agrupación del total de datos refleje una curva propia de una epidemia que realmente no afectó a la totalidad de la urbe. Esto explicaría la ausencia de documentos sobre presencia de peste en la ciudad porque simplemente no se produjo un brote de la misma, aunque no se puede descartar que existieran algunos casos aislados importados que no llegaron a producir transmisión en la población.

CONCLUSIONES

Granada fue una de las ciudades más importantes en la España Moderna y como tal, los estudios biodemográficos que se realicen sobre ella resultan fundamentales para la comprensión de la evolución de los estados de salud y enfermedad en este periodo histórico. Sin embargo, una ciudad no tiene por qué suponer una uniformidad general ya que puede englobar realidades muy diferentes, puesto que cada barrio o parroquia tiene la capacidad de constituir un único microcosmos. Granada sufrió graves crisis de mortalidad coincidiendo con los tres ciclos de peste que asolaron la península ibérica a lo largo del siglo XVII, pero ello no supone que tuvieran forzosamente como causa esta patología. Este estudio coincide con los datos históricos y documentales de una importante crisis de subsistencias que llevó aparejadas revueltas sociales. La elevada mortalidad en algunos meses denota la presencia de agentes infecciosos que provocaron epidemias favorecidos por un estado general de malnutrición. Por la distribución de las defunciones se plantea que la elevada mortalidad del otoño-invierno de 1647-48 pudo ser producida por tifus exantemático. Por otra parte, la mortalidad del verano de 1648 no fue uniforme en la ciudad, sugiere una o varias causas infecciosas de transmisión oro-fecal y descarta la peste bubónica. Este estudio señala la importancia de realizar análisis detallados y no dejarse llevar por la generalidad a la hora de hacer diagnósticos sobre las posibles causas de las crisis de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTER, George C. y CARMICHAEL, Ann G. (1999): "Classifying the dead: toward a history of registration of causes of death", *Journal of the History of Medicine*, 54, pp. 114-132.
- BARDSLEY, Sandy (2014): "Missing women: Sex ratios in England, 1000-1500", *Journal of British Studies*, 53, pp. 273-309.
- BEAUVALET-BOUTOUYRIE, Scarlett (2007): "Les crises de mortalité à l'époque moderne: sources et méthodes", en CASTEX, Dominique y CARTRON, Isabelle (eds.), *Épidémies et crises de mortalité du passé*, Bordeaux, Ausonius, pp. 39-50.

- BERTHERAT, Eric y GAGE, Kenneth L. (2011): "Peste", en HEYMANN, David L. (ed.), *El control de las enfermedades transmisibles*, Washington, American Public Health Association, pp. 584-594.
- BETRÁN MOYA, José Luis (2006): *Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, Madrid, La Esfera de los Libros.
- BRABIN, Loretta y BRABIN, Bernard J. (1992): "Parasitic infections in women and their consequences", *Advances in Parasitology*, 31, pp. 1-81.
- BRAMANTI, Barbara; ZEDDA, N.; RINALDO, N. y GUALDI-RUSSO, E. (2018): "A critical review of anthropological studies on skeletons from European plague pits of different epochs", *Scientific Reports*, 8, 1, 17655.
- BUCHET, Luc (1983): "L'inhumation en basiliques funéraires. Observations, interprétations et commentaires", en BUCHET, Luc (ed.), *Le matériel anthropologique provenant des édifices religieux*, Paris, C.N.R.S., pp. 69-73.
- BUFFON, Georges-Louis Leclerc, Comte de (1769): "De l'Enfance", en BUFFON, Comte de (ed.), *Histoire Naturelle, Générale et Particulière. Histoire Naturelle de l'Homme*, Paris, L'Imprimerie Royale, IV, pp. 173-221.
- CASARES HERVÁS, Manuel (1964): *Memoria de los Archivos Diocesanos*, Boletín del Arzobispado de Granada, 5 (separata).
- CASTELLANO CASTELLANO, Juan Luis (2000): "El Reino de Granada en el siglo XVII", en SÁNCHEZ RAMOS, Valeriano (ed.), *El Reino de Granada en el siglo XVII*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses, pp. 71-76.
- CASTEX, Dominique (2007): "Les anomalies démographiques : clefs d'interprétation des cimetières d'épidémies en Archéologie", en CASTEX, Dominique y CARTRON, Isabelle (eds.), *Épidémies et crises de mortalité du passé*, Bordeaux, Ausonius, pp. 109-138.
- CORTÉS PEÑA, Antonio Luis y VINCENT, Bernard (1986): *Historia de Granada. La época Moderna. Siglos XVI, XVII y XVIII*, Granada, Don Quijote.
- CURTIS, Daniel R. y ROOSEN, Joris (2017): "The sex-selective impact of the Black Death and recurring plagues in the Southern Netherlands, 1349-1450", *American Journal of Physical Anthropology*, 164, pp. 246-259.
- DeWITTE, Sharon N. (2009): "The effect of sex on risk of mortality during the Black Death in London, A.D. 1349-1350", *American Journal of Physical Anthropology*, 139, pp. 222-234.
- DOMÍNGUEZ ORTIZ, Antonio (1973): *Alteraciones andaluzas*, Madrid, Narcea.
- GARCÍA LATORRE, Juan (1991): "El Reino de Granada en el siglo XVII: repoblación e inmigración", *Chronica Nova*, 18, pp. 145-166.
- GARZÓN PAREJA, Manuel (1980): *Historia de Granada*, Granada, Diputación Provincial de Granada (2 t.)

GELABERT GONZÁLEZ, Juan Eloy (2000): "El Reino de Granada en el contexto hispano Seiscentista", en ANDÚJAR CASTILLO, Francisco (ed.), *Historia del Reino de Granada. III. Del Siglo de la Crisis al fin del Antiguo Régimen*, Granada, Universidad de Granada y Fundación Legado Andalusi, pp. 11-32.

____ (2001): *Castilla convulsa (1631-1652)*, Madrid, Marcial Pons.

GODDE, Kanya; PASILLAS, Valerie y SÁNCHEZ, America (2020): "Survival analysis of the Black Death: Social inequality of women and the perils of life and death in Medieval London", *American Journal of Physical Anthropology*, First published 29-05-2020, <https://doi.org/10.1002/ajpa.24081>.

GÓMEZ ALONSO, José Félix (1978): "Evolución de la población en la Andalucía del siglo XVI al XVIII", *Revista Internacional de Sociología*, pp. 167-194.

GOTTFRIED, Robert S. (1989): *La muerte negra*, México DF, Fondo de Cultura Económica.

HENRÍQUEZ DE JORQUERA, Francisco (1934): *Anales de Granada: descripción del reino y ciudad de Granada, crónica de la Reconquista (1482-1492), sucesos de los años 1588-1646*. [Edición de MARÍN OCETE, Antonio, Granada, Universidad de Granada].

HENRY, Louis (1967): *Manuel de Démographie Historique*, Genève-Paris, Droz-Minard.

HOPPA, Robert D. y VAUPEL James W. (2002): *Paleodemography: Age Distributions from Skeletal Sample*, Cambridge, Cambridge University Press.

JIMÉNEZ-BROBEIL, Sylvia A. y AL OUMAOU, Ihab (2002): "Health and Disease in the city of Granada (Spain) during the 17th century", *Journal of Paleopathology*, 14, pp. 37-45.

JIMÉNEZ-BROBEIL, Sylvia A., SÁNCHEZ-MONTES, Francisco, GÓMEZ, Miguel y CABRE-RIZO, Elisa (2003): "Crisis de mortalidad en la ciudad de Granada durante el siglo XVII", en ALUJA, Pilar; MALGOSA, Assumpció y NOGUÉS, Ramón (eds.), *Antropología y Biodiversidad*, Barcelona, Bellaterra, pp. 290-299.

JIMÉNEZ-BROBEIL, Sylvia A.; SÁNCHEZ-MONTES, Francisco y GÓMEZ, Miguel (2007): "Plague epidemics in the city of Granada (Spain) during the 17th century", en SIGNOLI, Michel (ed.), *Peste entre épidémies et sociétés*, Firenze, Firenze University Press, pp. 183-186.

JIMÉNEZ-BROBEIL, Sylvia A.; MAROTO, Rosa M.; ROCA, M. Gracia y FERNÁNDEZ DE LA GALA, Juan V. (2013): "Un posible brote de disentería en Granada en 1635: Comprobación demográfica de las fuentes históricas", *Chronica Nova*, 39, pp. 237-250.

JIMÉNEZ-BROBEIL, Sylvia A.; ROCA, M. Gracia y MAROTO, Rosa M. (2014): "The mortality crisis of 1664 in Granada (Spain). A possible outbreak of smallpox?", *Journal of Paleopathology*, 24, pp. 29-38.

KRUGER, Daniel J. y NESSE, Randolph M. (2006): "An evolutionary life-history framework for understanding sex differences in human mortality rates", *Human Nature*, 17, pp. 74-97.

- LAMB, Hubert Horace (1979): "Climatic variation and changes in the wind and ocean circulation: the Little Ice Age in the Northeast Atlantic", *Quaternary Research*, 11, pp. 1-20.
- LE ROY LADURIE, Emmanuel (1983): *Histoire du climat depuis l'an mil*, Paris, Flammarion.
- LIVI-BACCI, Massimo (1988): *Ensayo sobre la historia demográfica europea*, Barcelona, Ariel.
- ____ (1999): *Historia mínima de la población mundial*, Barcelona, Ariel.
- MARGERISON, Beverley J. y KNÜSEL, Christopher J. (2002): "Paleodemographic comparison of a catastrophic and an attritional death assemblage", *American Journal of Physical Anthropology*, 119, pp. 134-143.
- MINVIELLE, Stéphane (2007): "Les crises de mortalité dans le Sud-ouest aquitain de la fin du XVIIe au milieu du XIXe siècle ", en CASTEX, Dominique y CARTRON, Isabelle (eds.), *Épidémies et crises de mortalité du passé*, Bordeaux, Ausonius, pp. 51-76.
- PÉREZ GARCÍA, José Manuel (1991): "La evolución de la población andaluza en la Edad Moderna", *Actas del II Congreso de Historia de Andalucía*, Córdoba, Junta de Andalucía, pp. 29-47.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Madrid, Siglo XXI.
- PEREGRÍN ROS, Juan Antonio y ROMERO MARTÍNEZ, Fernando (1989): *Estudio demográfico de Níjar en el siglo XVII*, Almería, Diputación Provincial de Almería.
- QUINTANA TORET, Francisco (1986): "Aspectos demográficos y urbanos de Málaga en la Edad Moderna", *Jábega*, 54, pp. 24-32.
- RAOULT, Didier (2011): "Tifus", en HEYMANN, David (ed.), *El control de las enfermedades transmisibles*, Washington, American Public Health Association, pp. 702-705.
- ROCA, M. Gracia (2013): *Comportamiento de un hospital en la Granada del siglo XVII en la época de la peste*, Trabajo Fin de Máster, Granada, Universidad de Granada.
- RODRÍGUEZ ALEMÁN, Isabel (2003): *Estructura sociodemográfica de Málaga en el siglo XVII*, Málaga, Universidad de Málaga.
- SÁNCHEZ-MONTES, Francisco (1989): *La población granadina del siglo XVII*, Granada, Universidad de Granada.
- SÁNCHEZ-MONTES, Francisco (1989): «Historiografía de la población andaluza. Una mirada a la visión demográfica del siglo XVII», *Historia y perspectivas de investigación. Estudios en memoria del profesor Angel Rodríguez Sánchez*, Badajoz, Junta de Extremadura, pp.151-162.
- ____ (2000): "La población del siglo XVII", en ANDÚJAR CASTILLO, Francisco (coord.), *Historia del Reino de Granada*, Granada, Universidad de Granada-Fundación Legado Andalusi, (vol. III).

- ____ (2020): "Los viajeros por el Reino de Granada en el Seiscientos", *El Reino de Granada y la Monarquía Hispánica en el siglo XVII*, Granada, Comares, pp. 83-130.
- SÁNCHEZ RODRIGO, Fernando (1994): *Cambio climático natural. La Pequeña Edad del Hielo en Andalucía. Reconstrucción del clima histórico a partir de fuentes documentales*, Granada, Universidad de Granada. Tesis doctoral disponible en <https://digibug.ugr.es/handle/10481/37533>.
- SANZ SAMPELAYO, Juan Félix (1980): *Granada en el siglo XVIII*, Granada, Diputación Provincial.
- ____ (1987): "La brusca evolución de la población andaluza", *I Coloquio de Historia de Vélez-Málaga*, Málaga, Ayuntamiento de Vélez-Málaga.
- ____ (2003): "Un cuarto de siglo en la investigación de la demografía histórica andaluza. Desarrollo, problemas y direcciones de investigación", *Balance de la Historiografía Modernista (1973-2001). Actas del VI Coloquio de Metodología Aplicada*, Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- SAUNDERS, Shelley R. y HOPPA, Robert D. (1993): "Growth deficit in survivors and non-survivors: Biological mortality bias in sub-adult skeletal samples", *Yearbook of Physical Anthropology*, 36, pp. 127-151.
- SCOTT, Susan y DUNCAN, Christopher (2001): *Biology of Plagues. Evidence from Historical Populations*, Cambridge, Cambridge University Press.
- SERMET, Jean (1953): *L'Espagne du Sud*, París, Arthaud.
- SORIA MESA, Enrique (2008): *Linajes granadinos*, Granada, Diputación Provincial de Granada.
- ____ (2014): *Los últimos moriscos. Pervivencia de la población de origen islámico en el Reino de Granada (siglos XVII-XVIII)*, Valencia, Universidades de Granada, Valencia y Zaragoza.
- VELA SANTAMARÍA, Francisco J. (2005): "La población del Reino de Granada en la primera mitad del siglo XVII", *Campesinos, nobles y mercaderes. Huéscar y el Reino de Granada en los siglos XVI y XVII*, Granada, Ayuntamiento de Huéscar-Granada, pp. 193-229.
- VILLALBA VILLALBA, Joaquín (1803): *Epidemiología española*, Málaga, Universidad de Málaga. [Edición facsímil a cargo de Carreras Panchón A. (1984)].
- VINCENT, Bernard y CORTES PEÑA, Antonio Luis (1986): *Historia de Granada en la Edad Moderna (siglos XVI al XVIII)*, Granada, Don Quijote.
- ZUK, Marlene y STOEHR, Andrew M. (2010): "Sex differences in susceptibility to infection: an evolutionary perspective", en KLEIN, S.L. y ROBERTS, C.W. (eds.), *Sex Hormones and Immunity to infection*, Berlin, Springer-Verlag, pp. 1-17.

FUENTES DOCUMENTALES IMPRESAS

ANÓNIMO (1679): *Breve discurso sobre si las calenturas que corren sean solo malignas (vulgo Tabardillos) o sean pestilenciales*, Granada, s.e. Biblioteca Universidad de Granada, Hospital Real sig. A-34-308.

CUEVA, Luis de la (1603): *Diálogos de las cosas notables de Granada, y lengua española, y algunas cosas curiosas*, Imprenta de Fernando de Lara, Sevilla, Biblioteca Nacional, Madrid, R/22747[1]

FANSHAWE, Lady Anne (1830): *The memoirs of Ann, Lady Fanshawe, wife of Sir Richard Fanshawe*. London, H. Colburn y R. Bentley.

ORDENANZAS que los muy ilustres, y muy magníficos señores de Granada mandaron guardar, para la buena gouernacion de su Republica, impressas año de 1552, que se han buelto a imprimir por mandado de los señores Presidente, y Oydores de la Real Chancilleria de esta ciudad de Granada, año de 1670, añadiendo otras que no estauan impressas. Biblioteca Universidad de Granada, Hospital Real sig. A-001-045.

El cólera en Salamanca: Análisis comparado de las epidemias del siglo XIX*

Cholera in Salamanca: Comparative analysis of the 19th Century epidemics

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

José Antonio Ortega ^a

Clara García-Moro ^b

Palabras clave

Cólera
Epidemia
Salamanca (España)
Exceso de mortalidad
Agua y saneamiento

Resumen

El cólera ataca Salamanca en tres brotes epidémicos en 1834, 1855 y 1885-86. Todos ellos causan una interrupción del curso general de la vida exigiendo una reorganización de las actividades sanitarias y económicas. Su impacto se ve facilitado por las limitaciones del abastecimiento de agua y de gestión de residuos que favorecen el consumo de aguas y alimentos contaminados por la bacteria que lo produce. Los avances en el conocimiento en la tercera epidemia permiten un enfrentamiento más efectivo, pero no pueden evitar el conflicto entre salud pública y vida económica y social. La utilización de fuentes inéditas y la confrontación de las fuentes epidemiológicas y de la mortalidad general a partir de los libros parroquiales y del registro civil nos permiten estimar los impactos de cada epidemia así como los efectos diferenciados geográficamente o por sexos y edades.

Keywords

Cholera
Epidemics
Salamanca (Spain)
Excess mortality
Water and Sanitation

Abstract

Cholera attacks Salamanca in three epidemic outbreaks in 1834, 1855 and 1885-86. All of them cause an interruption of the general course of life demanding a reorganization of sanitary and economic activities. Its impact is favoured by the limitations of the water supply and waste management leading to the consumption of water and food contaminated by the bacteria that produces it. Advances in knowledge at the third epidemic wave made a more effective management possible, but could not avoid the conflicts between public health and economic and social life. The use of unpublished sources and the confrontation of epidemiological sources and general mortality from parish books and civil registry allow us to estimate the impacts of each epidemic as well as the differential effects according to geography, sex and age.

* Este estudio ha sido parcialmente financiado a través del proyecto SA049G19 de la Junta de Castilla y León. Los datos y modelos asociados al artículo están disponibles en el harvard dataverse <https://doi.org/10.7910/DVN/WZV5BZ>

a Departamento de Economía e Historia Económica e IME, Universidad de Salamanca. C.e.: jaortega@usal.es. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-0315-1747>

b Facultat de Biologia, Universitat de Barcelona. ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-0130-1887>

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XIX el cólera fue la pandemia por excelencia¹. En el caso concreto de Salamanca, es la causante de tres grandes crisis de mortalidad en 1834, 1855 y 1885 (García-Moro y Esparza, 2013)². Debido a sus efectos disruptivos sobre la marcha de la vida, las epidemias de cólera causaron un gran impacto en las sociedades de la época, que se aprecia mejor en el análisis local.

El cólera es una enfermedad producida por la bacteria *Vibrio cholerae*. Hoy sabemos que su transmisión se produce por la ingesta de agua o alimentos contaminados, pero en la primera oleada epidémica se desconocía casi todo respecto a esta enfermedad de la que no había experiencia en Europa. El primer gran avance en el conocimiento fue la demostración de John Snow, por métodos epidemiológicos, del papel central del agua contaminada con datos procedentes de la epidemia de Londres en 1853-54 (Cerdeja y Valdivia, 2007; Coleman, 2019), el segundo sería la identificación del agente causal por Koch en 1883 (Lippi y Gotuzzo, 2014), y el tercero, la vacunación efectiva conseguida en 1884 por Ferrán y publicada en 1886, pero cuyo uso fue altamente polémico en la epidemia de 1885 (Fernández Sanz, 1990; Báguena Cervellera, 2011)³.

Pero conocer la etiología del cólera es algo muy diferente a saber qué regiones y localidades se verán afectadas y con qué intensidad. En esto intervienen una multitud de comportamientos y factores propiciatorios, así como la reacción de la sociedad a la epidemia.

Un primer factor es la capacidad de conocimiento de la propia epidemia. Es importante la existencia de un cuerpo médico capaz de reconocer la enfermedad. En el caso del cólera, se puede confundir con otras enfermedades intestinales. Por ello, y por precaución, era habitual que en las primeras fases de la epidemia se hablara de casos sospechosos (López Alonso, 1895: 75). Pero más allá de la capacidad técnica está la estrategia de información. Existen una diversidad de reacciones desde un seguimiento detallado hasta intentos de ocultación o minimización (Snowden, 1995; Almeida, 2011). En el caso del siglo XIX en España, la gestión de las epidemias estaba en manos de las Juntas Provinciales y Locales de Sanidad, organismos circunstanciales creados en el contexto de una epidemia concreta (Urquijo, 1983; Viñes Rueda, 2006). Su estrategia informativa variará entre epidemias y localidades o incluso dentro de una misma epidemia. En el caso de Salamanca, somos afortunados de disponer de un seguimiento día a día tanto en el caso de 1834, realizado por la propia Junta de Sanidad, como en

1 Ver Speck (1993); Coleman (2008); Kotar y Gessler (2014); Sánchez Lera y Pérez Vázquez (2014) o Thomas (2015).

2 Sobre los sucesivos brotes epidémicos en España ver, entre otros, Nadal (1984), Pérez Moreda (1980), Fernández Sanz (1989), Rodríguez Ocaña (1992), Serrallonga Urquidi (1996), Delange Segura (2003), Ferreira Ardións (2012), aparte de fuentes de la época como Sámano (1858) o Hauser (1887).

3 Existen numerosas referencias sobre las disputas científicas entre médicos de la época y los conflictos entre contagionistas y partidarios de la teoría de las miasmas, por ejemplo S.-Granjel Santander y Granjel (1980), Rodríguez Ocaña (1980), Sarrasqueta Saenz (2010), Uzcanga Lacabe (2017). En nuestro caso sólo nos interesan en la medida en que puedan haber influido sobre el curso de la epidemia en base al conocimiento actual.

el de 1885, analizado por López Alonso (1895). Para 1855 únicamente disponemos de un recuento global y de cifras fragmentarias. Una fuente de información alternativa a la Junta de Sanidad son los libros parroquiales (Urquijo, 1980; Ferreiro Ardións, 2012). En Salamanca se conservan la casi totalidad de los libros parroquiales en el Archivo Diocesano (ADS), con la particularidad de que las parroquias coinciden con la unidad administrativa civil hasta finales del XIX (Ortega y García-Moro, 2019).

En cuanto a quién ataca la epidemia, un primer requisito es la exposición al agente patógeno al consumir agua o alimentos contaminados por heces de coléricos. Esta está mediada por los patrones sociales de contacto que hacen que la difusión del cólera tienda a seguir las de las conexiones sociales y económicas. Por otro lado, serán importantes las políticas establecidas respecto a la movilidad de las personas, o la gestión de objetos contaminados como las ropas de los afectados. También existirán patrones de exposición ligados a la residencia o la profesión: las poblaciones institucionales como las de hospitales, *lazaretos*, hospicios, *casas de dementes*, cárceles o conventos tendrán mayor riesgo, así como las viviendas cercanas a cursos de aguas fecales, o profesiones en contacto con el agua o las heces como pueden ser lavanderas, limpiadoras, recogedores de basuras, hortelanos o personal sanitario (Hauser, 1887). Y, por último, la calidad del agua, de los alimentos y la gestión de las aguas fecales pueden estar relacionadas con el nivel socioeconómico a través del hacinamiento o malas prácticas higiénicas en la vivienda, o de la disponibilidad de recursos materiales. Sin embargo, la exposición no es la única condición para desarrollar la enfermedad: el estado nutricional de la persona puede influir puesto que el *V. cholerae* suele ser eliminado en el proceso digestivo de una persona sana y bien alimentada (Snowden, 1995; Richterman *et al.*, 2018).

Para identificar los patrones diferenciales de riesgo es necesario ir más allá del nivel local hacia una escala más pequeña: la del barrio o, si es posible, la del caso o la del grupo. Phelps *et al.* (2017) identifica patrones a nivel de barrio mediante técnicas geográficas de regresión en la epidemia de Copenhague en 1853. Scapoli *et al.* (2003) analizan la incidencia calle a calle en Ferrara en 1855 identificando la relevancia de las características del estado de las calles, así como factores demográficos como el número medio de habitantes por casa o el número de habitantes de la calle. Curiosamente estas variables están relacionadas de forma inversa con incidencia y letalidad cuando, de haber una relación causal, esperaríamos lo contrario. Esto podría sugerir que esas variables están representando una proxy de status socioeconómico: las casas de los ricos tienen más habitantes por la presencia de servicio doméstico, y las calles más pobladas tenderán a ser calles principales. Phelps *et al.* (2018) detecta en Korsør (Dinamarca) en 1857 que tanto las tasas de morbilidad como de mortalidad son casi tres veces mayores en el barrio de menor nivel socioeconómico medido por el precio de la vivienda. El meta-estudio reciente de Richterman *et al.* (2018) confirma la diferencia de riesgo asociada al material de la vivienda e indicadores de riqueza a nivel de hogar. En Madrid en 1834 la mayoría de los casos se daban en barrios populares o poblaciones institucionales, a diferencia de los barrios aristocráticos poco afectados (Puerto y San Juan, 1980; Vidal Galache, 1989), algo que se repetirá en 1854-56 (Urquijo, 1980), ob-

servándose además más casos en mujeres. Esto último, constatado también por Sámano (1858) para España en 1855 o por Orta en la ribera de Navarra (Orta Rubio, 1984), posiblemente esté ligado a sus profesiones, aunque tampoco se puede descartar un efecto protector del consumo de alcohol, mayor en hombres (Guthrie y Ho-Yen, 2011). En el caso de Plasencia, la epidemia de 1834 también se ceba en las viudas pobres (Sánchez de la Calle, 1990). Por último, es conocido el patrón por edades tanto en la incidencia como en la letalidad, con alta incidencia en adultos de entre 30 y 60 años (Rodríguez Ocaña, 1983; Phelps *et al.*, 2018).

Para el caso de Salamanca, la organización medieval de la ciudad en parroquias subsistió a lo largo de todo el período considerado. Esto supone una estructura urbana muy fina con 25 parroquias para una población que en 1836 es de escasos trece mil habitantes (Ortega y García-Moro, 2019). Los datos disponibles de mortalidad por parroquias para 1834 y 1885 nos permiten explorar si los patrones geográficos se mantienen en el tiempo, así como contrastar en qué medida éstos se encuentran ligados a condiciones de higiene y económicas. Para ello utilizaremos la proximidad a los cursos de agua internos y al río Tormes que pueden suponer un factor de riesgo, así como un censo de pobres realizado en 1835 tras la epidemia. La hipótesis es que la epidemia afecte más a los barrios con posible presencia de aguas fecales o cercanos al río y a los más pobres. También esperamos que, en la medida en que estos factores de higiene y sociales no cambiaron en gran medida en el medio siglo analizado, exista correlación entre los barrios afectados en las epidemias de 1834 y 1885.

Finalmente, en la discusión incidiremos sobre el posible papel que pudieron jugar las medidas adoptadas para la gestión de la epidemia a la luz de nuestro conocimiento actual. La política sanitaria concreta que se emprende tiene que ver con el estado del conocimiento respecto a la enfermedad, pero también con la existencia de intereses contrapuestos, como los económicos ligados a las migraciones estacionales de cuadrillas de segadores o la celebración de ferias, o los político-militares estando las dos primeras epidemias ligadas a la primera guerra carlista o a la revolución de 1854 respectivamente (Serrallonga Urquidi, 1996; Martín Sánchez, 1997). En el caso de Salamanca las fuentes oficiales como las circulares de la Junta de Sanidad Provincial y todo lo publicado en el BOPS, así como periódicos y revistas médicas de la época nos proporcionan información tanto del grado de conocimiento sobre la enfermedad como de los conflictos entre los distintos grupos de interés, algo documentado por Salas Vives y Pujadas-Mora (2016) para el caso de Mallorca. De este modo podemos acercarnos a los factores que pudieron complicar o facilitar la superación de la epidemia. En particular, en la epidemia de 1885, pese a que las medidas tomadas por las autoridades eran posiblemente más erráticas que en las anteriores, la profesión médica mostró estar al día⁴, identificando el papel del agua del Tormes en los momentos iniciales, y promoviendo el uso de prácticas, como hervir la ropa antes de lavarla, que se mostraron eficaces en los brotes surgidos en poblaciones institucionales.

4 Algo parecido constata Sarrasqueta Saenz (2010) para Navarra.

En cuanto a la actualidad de este estudio, podemos comprobar que la mayor parte de los factores señalados por su incidencia sobre la gravedad de la epidemia son relevantes también en la actual de COVID-19 causada por el coronavirus 2019-nCoV: desde los factores asociados al conocimiento fragmentario de una nueva enfermedad, a la estrategia informativa, o el impacto diferencial de acuerdo a la geografía, la profesión o el estado socioeconómico, así como la tensión entre proteger la salud o la economía. En este sentido conocer el pasado nos ayuda a comprender el presente.

La estructura del artículo es la siguiente: tras una presentación de los métodos y las fuentes, hacemos un estudio inicial sobre el abastecimiento de agua y el saneamiento, contexto fundamental para el desarrollo de la epidemia. A continuación, estudiamos la intensidad general de las epidemias evaluando de manera crítica las fuentes disponibles para llegar a una estimación de la incidencia y de la mortalidad basada en la confrontación de las estimaciones oficiales con el exceso de mortalidad general observado. Posteriormente analizamos el curso de la epidemia a nivel diario y mensual estableciendo este con bastante precisión. Finalmente analizamos los factores ligados a la intensidad epidémica, como los patrones geográficos o por sexo y edad, antes de establecer unas conclusiones.

1. MÉTODOS

En cualquier epidemia podemos confrontar dos formas de medición: la basada en los casos y fallecimientos diagnosticados, y la imputada como exceso de mortalidad por comparación de la mortalidad general con su tendencia (Aron *et al.*, 2020). En demografía histórica, un método habitual para la estimación del exceso de mortalidad y la caracterización de la intensidad de la crisis epidémica es el de Del Panta y Livi-Bacci (1977) basado en la comparación de una serie anual de mortalidad con la media móvil centrada de 11 años excluyendo dos valores extremos superiores e inferiores. También utilizaremos como indicador de intensidad de crisis el de Dupâquier⁵. En nuestro caso la principal limitación es que el cálculo del exceso de mortalidad sólo lo podemos efectuar sobre las defunciones registradas en las parroquias (ADS), que sabemos que son incompletas por no incluir las ocurridas en instituciones. Sin embargo, veremos que es posible proporcionar una estimación del exceso de mortalidad total basado en la comparación entre la mortalidad en las parroquias y según el registro civil para los años en que está disponible. Veremos que esta relación es bastante estable lo que permite caracterizar con bastante precisión la mortalidad ligada a cada epidemia.

Las cifras así obtenidas las compararemos con las de incidencia y mortalidad diagnosticada, que permiten estudiar la letalidad de cada epidemia y analizar con detalle el curso de la epidemia en los casos en los que contamos con datos diarios.

5 Ver Del Panta y Livi-Bacci (1977) para definiciones, y una discusión de ventajas y limitaciones de los indicadores en Pérez Moreda (1980: 103-105).

Respecto a la asociación entre la incidencia y la mortalidad epidémica y las variables geográficas, efectuamos un análisis gráfico complementado por tests estadísticos de la hipótesis de independencia y modelos lineales que incluyen como explicativas la localización sobre el río o sobre las albercas y las tasas de pobreza. Para las tasas de incidencia y mortalidad por edades acompañamos a la estimación puntual de un intervalo de confianza al 95% basado en la distribución binomial exacta con la función *binconf* de R (Harrell Jr et al., 2020), y hemos estimado modelos logit en función del sexo y la edad.

2. FUENTES

Utilizamos cuatro fuentes principales para el seguimiento de la epidemia:

- El *Boletín Oficial de la Provincia de Salamanca (BOPS)*, publicado a lo largo de todo el período. Se han analizado los números correspondientes a los años con cólera y siguientes, 1834-35, 1855-56 y 1885-86. El cólera recibe mucha atención en el *BOPS* durante las epidemias, generalmente en cada número⁶. En particular, en la primera epidemia la Junta Provincial de Sanidad realiza un seguimiento estadístico diario en cada número del *BOPS* de los casos y de los fallecidos por cólera en contraste con la práctica de otras provincias⁷. Esto es especialmente valioso al ser la única fuente para esta epidemia, salvo un número redondo (800) muy elevado propuesto por Villar y Macías (1887) que coincide con la valoración que anota el párroco de San Justo en el libro de entierros⁸. También se han consultado las estadísticas oficiales publicadas en *La Gaceta de Madrid*, generalmente al año siguiente de la epidemia.
- Datos procedentes de los libros de entierros de las parroquias de Salamanca conservados en el ADS. Hemos tabulado el número anual de entierros por parroquias y el número mensual durante los años de epidemia. El principal inconveniente es que los libros parroquiales no recogen el total de defunciones ni las causas de muerte. En concreto, no figuran poblaciones institucionales que no entierran en las parroquias como comunidades de religiosas, hospitales o el hospicio. Aun así, la comparación de las defunciones de los años de epidemia con años normales nos sirve para validar mutuamente las cifras. Por otro lado, para hacernos una idea de las omisiones en los datos del ADS, desde 1857 en adelante comparamos la cifra de defunciones en las parroquias con las correspondientes del Registro Civil.

6 En el caso de la provincia de Badajoz, Peral Pacheco y Pérez Torralba (2007) muestran que el cólera es con gran diferencia la enfermedad infecciosa con mayor cobertura en el *BOP*.

7 En Málaga, por ejemplo, el *BOP* intenta sistemáticamente ocultar y minimizar la epidemia (Delange Segura, 2003: 310-312).

8 ADS, Parroquia de San Justo, Salamanca, libro 8º de sepulturas.

- Libros y revistas de la época. Entre los primeros destacan Sámano (1858) para 1855 y López Alonso (1895) para 1885 que proporcionan cifras de morbilidad y mortalidad por cólera. Ambos serán nuestra fuente preferida debido a la cobertura errática del *BOPS* en el caso de 1855 y al carácter sistemático de López Alonso (1895)⁹. Las segundas son más abundantes en la última epidemia. Tanto *El Progreso* como el *Correo médico castellano* (*C. Médico*), dirigido por López Alonso, hacen un seguimiento detallado del curso de la epidemia con críticas a las fuentes oficiales.
- Registro Civil y Movimiento de la Población: El registro civil nos proporciona una cifra alternativa de defunciones que, en principio, incluye todos los casos. Las cifras de 1841-46 proceden del prerregistro civil (AMS, Registro Civil). Las cifras de 1859-1870 de la capital están disponibles en las publicaciones del *movimiento natural de la población*. Las de 1857 y 1858 no aparecen en la publicación, que sólo da las cifras provinciales, pero quedan recogidas en la prensa¹⁰, y se ha verificado que coinciden con el contenido de las actas que se conservan en el AMS. Las cifras de 1871-1880 han sido consultadas en el Registro Civil de Salamanca¹¹. Desde 1881 a 1886 aparecen en López Alonso (1895), si bien la cifra de 1885 es claramente errónea. Esto lo sabemos por los partes mensuales del Registro Civil que comienzan a publicarse en el *BOPS* en 1886 a partir del de julio de 1885: Sólo los últimos 6 meses de 1885 superan la cifra para todo el año proporcionada por López Alonso (1895). Sólo utilizamos las cifras de defunciones totales puesto que las cifras por causa de muerte no están disponibles para los años que nos interesan.

Aunque en el caso de la ciudad de Salamanca las fuentes son razonablemente coincidentes, en 1855 y 1885 existen intentos por ocultar la magnitud de la epidemia por parte de una Junta Provincial de Sanidad bien informada. En 1855 se detecta en los informes del brote inicial un continuo afán tranquilizador ("continúa estacionario", "sigue en descenso", "no hay tanta malignidad como en los precedentes"). Tras el rebrote de agosto se dejan de dar estadísticas. Las cifras para 1855 de Sámano (1858) proceden del Dr. Lucas García Martín, miembro de la Junta Provincial, y parecen razonablemente detalladas y fidedignas. El problema es que el propio Sámano publica una selección de los datos que no incluye el total de fallecidos, lo que requerirá un cálculo aproximado por nuestra parte. En cuanto a 1885, el Director General de Beneficencia declara al comienzo de la epidemia su voluntad de informar puntualmente sobre el curso de la epidemia porque "la publicidad de las alteraciones que sufra la salud pública, hecha con rigurosa exactitud, contribuirá a mantener la confianza de un lado y a hacer imposibles

9 La memoria consiguió la medalla de oro en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona y fue muy elogiada por San Martín (1899). Las estadísticas respecto al cólera son detalladas incluyendo estudios de caso y correspondiéndose con las estadísticas individuales que se publican en *El progreso* a partir de diciembre de 1885. Lo que no es fiable son las cifras del movimiento de población para el período 1881-1889 donde aparece 1885 como el año de menor mortalidad del decenio. El autor muestra su sorpresa, pero la justifica. No incluye mención del origen de los datos.

10 En *Adelante*, números 7-2-1862 y 15-9-1861.

11 El primer autor de este artículo agradece a la Jueza responsable del Registro Civil haber autorizado su consulta durante el año 2017, y a todo el personal del Registro su amable colaboración.

de otro falsos rumores que difundan injustificadas alarmas que pueden perturbar la conveniente serenidad de los ánimos y ocasionar alteraciones sensibles en los intereses que constituyen la vida y riqueza de la Nación." (*BOPS*, 19-6-1855). Parece ser que en esta tensión, el Gobernador Civil de Salamanca se decantó por la opción de no perturbar, pero un nuevo Gobernador desde finales de septiembre comenzó a proporcionar cifras fidedignas¹².

También utilizamos otras fuentes complementarias como son las siguientes:

- Cifras de población procedentes del recuento siguiente a la epidemia que, en los tres casos, corresponde a dos años más tarde: el Padrón municipal de 1836 conservado en el AMS y del que disponemos de los datos individuales (AMS 3348/1062), y los censos de población de 1857 y 1887. En los tres casos disponemos de cifras por parroquias, así como de cifras para el conjunto provincial.
- Fuentes auxiliares como el censo de pobres por parroquias de 1835 (*BOPS*, 2-9-1835) confeccionado por la Junta Superior de Caridad con el objeto de socorrer a los que la epidemia del año anterior dejó en situación delicada. En combinación con las cifras de población permite calcular tasas de pobreza por parroquias que relacionar con el impacto epidémico.

3. LA GESTIÓN DE LAS AGUAS Y DEL SANEAMIENTO

Dada la transmisión del cólera a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados con la bacteria, es esencial conocer cómo se gestionaban el agua y el saneamiento a lo largo del periodo indicado para comprender las epidemias.

Ya en el siglo XVIII, Salamanca se abastecía de agua procedente de tres orígenes: manantiales procedentes del oeste de la ciudad, algunos pozos y aljibes particulares, y, sobre todo, agua del Tormes (Rupérez Almajano, 1992; García Catalán, 2017). También en el Tormes era donde ejercían su oficio las lavanderas. Los aguadores llevaban el agua desde el río a los hogares que podían pagarlos. El padrón de 1836 recoge 37 aguadores residiendo en su mayoría en las parroquias más lejanas del Tormes y en las de las fuentes de la zona nordeste de la ciudad¹³. El agua de las fuentes, procedente de

12 "Resulta, pues, que se han omitido VOLUNTARIAMENTE en el parte oficial 37 invasiones y 18 defunciones, de donde se deduce: o que el Gobernador no concede la importancia que realmente tiene la exactitud de las estadísticas bajo el punto de vista demográfico, o que ha habido por su parte el interés decidido de ocultar la verdad en lo que se refiere al desarrollo que aquí ha alcanzado la epidemia colérica" (*C. Médico*, 27-9-1885, 30: 570), y tras el cambio de Gobernador: "se han registrado en estos días las siguientes invasiones y defunciones que están conformes en un todo con las publicadas en la *Gaceta*, lo cual demuestra que el nuevo Gobernador, don Manuel Ureña, es más amante de la verdad que su predecesor don Antonio Mataró, doctor en medicina" (*C. Médico*, 12-10-1885, 31: 599).

13 Nueve en la parroquia de San Mateo, 6 en la de San Román, 3 en la de San Cristóbal y 4 en la de Sancti Spiritus.

manantial, es más posible que no estuviese contaminada¹⁴, pero el problema eran las pérdidas y necesidad continua de reparaciones de la cañería principal y su escaso caudal en la época estival (García Catalán, 2017), precisamente cuando se manifiestan las epidemias de cólera. Desde 1790 existía un proyecto de traída de aguas de manantiales al este de la ciudad, realizándose proyectos e iniciándose obras en 1803. Pero estas, retomadas en varias ocasiones, no llegaron a ningún sitio (Rupérez Almajano, 1992: 173; García Catalán, 2015: 709-717). Mientras tanto, las cañerías van deteriorándose de modo que en 1852 se señalan como uno de los principales problemas de la ciudad por su escaso caudal de modo que el vecindario "se provee en lo general del agua del río"¹⁵.

En este contexto de progresiva decadencia, las fuentes se van secando quedando solo las dos más al oeste: la del caño de Mamarón y la del campo de San Francisco (García Catalán, 2017). Su agua estaba racionada desde 1821 en un máximo de dos cántaros y quedó prohibida a los aguadores. Esta limitación seguía vigente a finales de siglo con un máximo de 20 litros por turno. Si las colas eran ya en general exageradas, en el contexto de la epidemia de 1885 la situación se vuelve insostenible como resultado de la prohibición de beber agua del Tormes¹⁶.

El resumen respecto a las aguas de López Alonso (1895) no puede ser más desolador: "lo mismo las del río, que las de manantial, que las del pozo, carecen de cualidades potables: las primeras porque tienen en suspensión los residuos de los excreta urbanos; las segundas, porque atraviesan un terreno abundante en detritus que contaminan la cañería, y las últimas, porque además de estar muy cargadas de sales alcalino-térreas, suelen infectarse a menudo por las filtraciones del subsuelo" (p.61-62). Ante esta situación se habilitó desde finales de agosto de 1885 un sistema temporal de transporte por tren del agua del cercano manantial de la Golpejera que paliaría en parte la escasez (Pérez Díaz, 2013).

En cuanto al origen del agua de los aguadores estaba autorizado aguas arriba de dónde desaguaban las albercas, según indicara la papeleta de autorización municipal. Sin embargo, en 1856, justo tras la epidemia, se cerró el acceso en una parte más céntrica entre las dos albercas con protestas de los que allí recogían agua. Este agua sin duda debía de estar contaminada durante las epidemias, y ya era señalada por la Junta Municipal de Sanidad como práctica poco higiénica, sobre todo en verano con la

14 Pese a su proximidad al cementerio de la ciudad el filtrado natural a través de piedra arenisca la hace de gran calidad como evidencia el agua mineral llamada de "La Platina", declarada de utilidad pública en 1964 y que se estuvo embotellando hasta los años 1990 (*La gaceta de Salamanca*, 3-Mar-2020).

15 *Rev. Salmantina*, 1 de febrero de 1852, p. 212.

16 Las fuentes de la época recogen el siguiente testimonio en medio de la epidemia: *¡Sí, Señores! 1200 cántaros han llegado a verse juntos esperando turno en la fuente del Campo de San Francisco. ¡Pobres familias! ¡Desdichada población! [...] Es la preocupación de todas las familias; los ricos tienen que destinar sus criados a buscar agua, para beber y para lavar; los pobres tienen que sacrificar los pocos momentos que el trabajo les deja libres para acudir también en busca de agua. El lavado, principalmente, que tanta agua consume, y que no puede ni debe hacerse en el río por ahora, es el tormento de las familias. El Progreso*, 6 de agosto de 1885, Nº 135. El caudal de esta fuente venía a ser de 20 m³ al día (López Alonso, 1895: 36).

corriente escasa (García Catalán, 2015: 701)¹⁷. De este modo, y pese a la prohibición de consumo en 1885, se señala que "la mayor parte de la gente del pueblo bebe las aguas del Tormes, después de haberlas tenido en tinajas o cisternas, con objeto de dejar depositar las materias orgánicas o aminorarlas en suspensión." (Hauser, 1887: 89).

Las lavanderas, por su parte, tenían asignada la zona *del puente para abajo*, siguiendo un orden establecido: mujeres de la vecindad, más abajo las que trabajaban en los cuarteles, después las de hospitales y casas de beneficencia (García Catalán, 2015: 702). Se entiende, en este sentido, el doble riesgo que suponía la profesión: contacto con ropas contaminadas por heces de contagiados, sobre todo en las poblaciones institucionales, y contacto con el agua contaminada del Tormes.

En cuanto al saneamiento, Salamanca adolece a lo largo del período estudiado, y hasta bien entrado el siglo XX, de una red de alcantarillado. Las aguas fecales se gestionaban de tres maneras: la primera, y tradicional, el *¡agua va!*, permitido únicamente en horario nocturno desde el siglo XVIII (Rupérez Almajano, 1992). La segunda, en algunas casas, pozos ciegos y cloacas particulares, y, por último, los vertidos a las dos albercas que recorren la ciudad en sentido norte-sur (Ortega y García-Moro, 2019). Todas ellas presentan inconvenientes en caso de epidemia. En el primer caso, obvios. En la epidemia de 1834 una de las primeras medidas que se toma (*reglamento de policía*) exige barrer las aceras 3 días a la semana y verter las aguas fecales únicamente en las albercas y en horario nocturno¹⁸. En cuanto a los pozos ciegos y las cloacas particulares, "son focos infecciosos por su construcción pésima, por su capacidad deficiente, por la forma viciosa de su sección, por su mal calculado declive, por su poca profundidad, por la permeabilidad de sus paredes, por su ventilación nula" (López Alonso, 1895: 39). Por último, las albercas "más bien merecen el nombre de fétidas sentinas, arroyos de fango, heces, materias fecaloides y aguas sucias, no son sino largas filas de pozos negros a cielo abierto, en cuyo fondo se estancan los detritus, contaminando el suelo por la infiltración de líquidos, impurificando la atmósfera por la emanación de gases y corrompiendo el agua fluvial al verter en el Tormes miríadas de microorganismos y sustancias inmundas resultantes de la fermentación" (López Alonso, 1895: 39). De esta descripción podemos esperar sin duda que haya una concentración de los casos en los barrios por los que discurren las albercas.

A esto se debe añadir el sistema para guardar y transportar las aguas fecales: "consiste en cubetas portátiles, de las cuales existen tantas en cada casa como familias la

17 A partir de 1875 se añade una alternativa: agua canalizada desde río arriba impulsada mediante una máquina de vapor a un depósito subterráneo desde el que se redistribuía a la ciudad. Se incorporan las fuentes a la red quedando la del campo de San Francisco como única procedente del manantial tradicional. El sistema tuvo problemas de funcionamiento y escaso caudal (Rivas Calvo, 2016; García Catalán, 2017), y además ya en 1875 unos análisis químicos indicaban contaminación, cambiándose el punto de captación en unas nuevas obras desde 1882 hasta 1886 (García Catalán, 2015: 749). En 1884 se bombeaban únicamente 80 m³ diarios (García Catalán, 2015: 756). En la epidemia de 1885 estas fuentes se paralizan por provenir del Tormes quedando sólo la del campo de San Francisco (García Catalán, 2015: 775). A partir de 1886 el sistema ya funcionará a pleno rendimiento.

18 BOPS, 6-8-1834, p. 463.

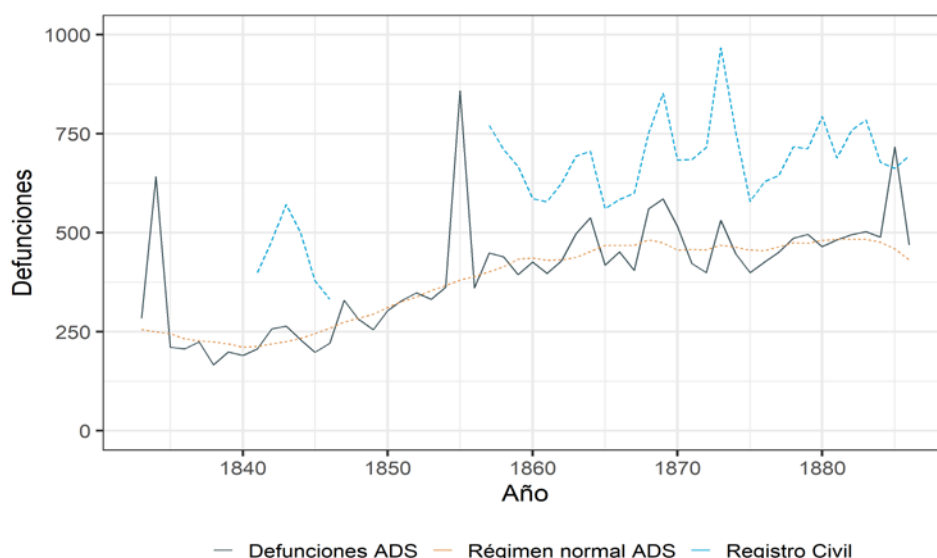
habitan, y se vierten estando llenas en una gran tinaja común a todas" (Hauser, 1887: 89). Posteriormente, las *vertedoras* llevan por la noche estas grandes ollas a las albercas, constituyendo otra profesión de riesgo.

4. DESARROLLO E INTENSIDAD DE LAS EPIDEMIAS DE CÓLERA EN SALAMANCA

El desarrollo de la mortalidad en Salamanca durante todo el período considerado queda resumido en el gráfico 1 que presenta el número de defunciones anuales en las parroquias recopiladas en el ADS junto a las cifras correspondientes al régimen normal (García-Moro y Esparza, 2013). Sirven para identificar las crisis de mortalidad ligadas al cólera pese a no incluir las defunciones institucionales. Además, entre 1841 y 1846 y a partir de 1858 disponemos de cifras correspondientes al registro civil que nos permiten hacernos una idea de la magnitud de las omisiones del ADS.

Gráfico 1

Mortalidad general en la ciudad de Salamanca 1833-1886



Fuentes ADS: García Moro y Esparza (2013); Registro Civil: AMS, MNP, y López Alonso (1895).

La serie de defunciones parroquiales (ADS) muestra una tendencia al alza ligada al crecimiento de la población. Llamen la atención los tres principales picos de las tres epidemias de cólera de 1834, 1855 y 1885-86. La comparación entre las series del registro civil y las del ADS muestra que, si bien una parte importante de los fallecidos, un 35% de media, no se registra en las parroquias, la evolución a corto plazo de las series

se corresponde razonablemente¹⁹. En 1885 la cifra del registro civil tomada de López Alonso (1895) es inferior a las del ADS ratificando que es claramente errónea.

Los indicadores de mortalidad de crisis correspondientes a las tres epidemias de cólera²⁰ basados en las series parroquiales aparecen en la tabla 1. Vemos que las dos primeras epidemias fueron mucho más intensas, cerca del 8 en la escala de Dupâquier, y con un índice de Del Panta y Livi-Bacci que implica más del doble de defunciones de las esperadas. En comparación la epidemia de 1885 es mucho menos intensa, con sobremortalidad del 56% e índice de Dupâquier por debajo de 3. Para estimar el exceso de mortalidad asociado a las epidemias, realizamos un ajuste al exceso registrado en las defunciones en las parroquias (ADS) en base al porcentaje de omisiones medias en los libros parroquiales del ADS respecto al registro civil en 1858-1884. Esto nos indica que la sobremortalidad absoluta sería máxima en 1855, por encima de 700 fallecidos, comparada con unos 600 en 1834 y en torno a 400 en 1885.

Tabla 1

Defunciones en las parroquias en los años de epidemia colérica

Año	Defunciones		Exceso		Intensidad de crisis	
	Observadas	Régimen normal	Observado	Ajustado	Del Panta	Dupâquier
1834	641	250	391	603	2,57	7,62
1855	858	380	478	736	2,26	7,69
1885	716	460	256	395	1,56	2,72

En la tabla 2 presentamos los indicadores globales correspondientes a las fuentes oficiales²¹ tanto en números absolutos como en relación con la población. Pese al crecimiento de población el número de casos va disminuyendo. El alto número de afectados de 1834 puede tener que ver con el hecho de ser una enfermedad nueva para la que no se ha desarrollado inmunidad. En las epidemias sucesivas, habría una parte importante de la población que ya la habría desarrollado. Llama la atención la baja letalidad, que sin embargo está en línea con las letalidades en Andalucía²², o con la letalidad me-

19 El coeficiente de correlación entre las dos series para los años con datos comunes es +0.86.

20 Restringiendo los datos de 1885-86 a 1885, aunque aún se presentaron algunos pocos casos durante la primera mitad de enero de 1886.

21 La única cifra que se ignora de las cifras oficiales son los fallecidos de 1855. Conocemos la de invadidos, y las de invadidos y fallecidos para tres subgrupos: los afectados por la segunda ola a partir de agosto (Maldonado Aparicio, 1997: 282): 575 con 219 muertes; las mujeres: 510 afectadas con 340 muertes, y los párvulos, 104 fallecidos en 302 casos (Sámano, 1858: 195-196). La cifra derivada se ha obtenido aplicando a los hombres una letalidad igual a la media de las dos primeras tasas de letalidad y se corresponde con 670 fallecidos para una tasa de letalidad media de 44%, cercana al 50% típico señalado por Speck (1993), y dentro también del rango de las observadas en Guipúzcoa en 1855 que de media se situaban en el 52% entre los enfermos graves (Monedero, 1855: 146:148).

22 30,5% de media, 25%, por ejemplo, en Sevilla. También la incidencia fue similar o mayor, 250‰ en Sevilla, 180‰ en Granada con 147‰ de media (Rodríguez Ocaña, 1992).

dia para España de 22,8% (Sámano, 1858: vol. 2, 484). En contraste, las epidemias sucesivas presentan menos incidencia pero crecientes tasas de letalidad, desconocemos si por mutación de la bacteria o por el sub-reporte o la menor gravedad de los casos leves, que de hecho ya eran mayoría en 1834²³. En concreto, sorprenden las bajas cifras de incidencia y mortalidad de la epidemia de 1885, que requieren más investigación. En cuanto a la comparación con la provincia, en esta la incidencia y la mortalidad son mucho más bajas por no verse afectadas muchas localidades, aunque también es cierto que se sabe de municipios con casos que no figuran en las estadísticas oficiales.²⁴ Lo disperso de la población salmantina en pequeños pueblos pudo ser un factor protector. Las tasas de letalidad tienden también a ser más bajas.

Tabla 2

Impacto de los brotes de cólera según datos oficiales y comparación con el exceso de mortalidad estimado:

Año	Ciudad			Provincia		
	1834	1855	1885-86	1834	1855	1885-86
Casos	2.426	1.243	285	5.687	16.625	1.288
Fallecidos	580	670*	181	1 372	4 192	476
Población	13.170	15.203	22.199	210.314	263.516	314.472
Letalidad (%)	24	44*	64	24	25	37
Incidencia (‰)	184	82	13	27	63	4
Mortalidad (‰)	44	44*	8	7	16	2
Exceso ADS	391	478	256			
Exceso ajustado	603	736	395			

*La estimación de los fallecidos de 1855 se basa en letalidad imputada para hombres, como se describe en el texto

En cuanto a la posibilidad de subregistro, las cifras de 1834 casan casi exactamente con el exceso de mortalidad ajustado con lo que se refuerzan mutuamente. Las de 1855 también están cerca teniendo en cuenta la incertidumbre respecto a la tasa de letalidad de varones que tuvo que ser imputada. Para 1885, donde ya detectamos algunos síntomas de ocultamiento, solo el exceso observado en las defunciones del ADS es

23 Las cifras del BOPS indican 935 casos graves, y 1480 leves. En las epidemias sucesivas no se hace esta distinción. Es muy posible que en las epidemias sucesivas solo se registraran los casos graves como vemos que se hizo en Guipúzcoa (Monedero, 1855).

24 Las fuentes de datos son, para 1834, *La Gaceta de Madrid* de 21-5-1835, para 1855, *La Gaceta de Madrid* de 12-12-1857 (provincia) y Sámano (1858) (ciudad). Para 1885 López Alonso (1895) (ciudad) y Ministerio de la Gobernación (1887) (provincia). Las cifras de población se corresponden con los censos de población de 1857 y 1887, y para 1836, BOPS, 4-6-1836. Sobre localidades sin datos, hay menciones en la fuente de 1835 y en el debate en la prensa para 1885 (Pérez Díaz, 2013).

ya mayor que los fallecidos oficiales, sugiriendo el exceso ajustado que la mortalidad real fue más del doble que la oficial²⁵.

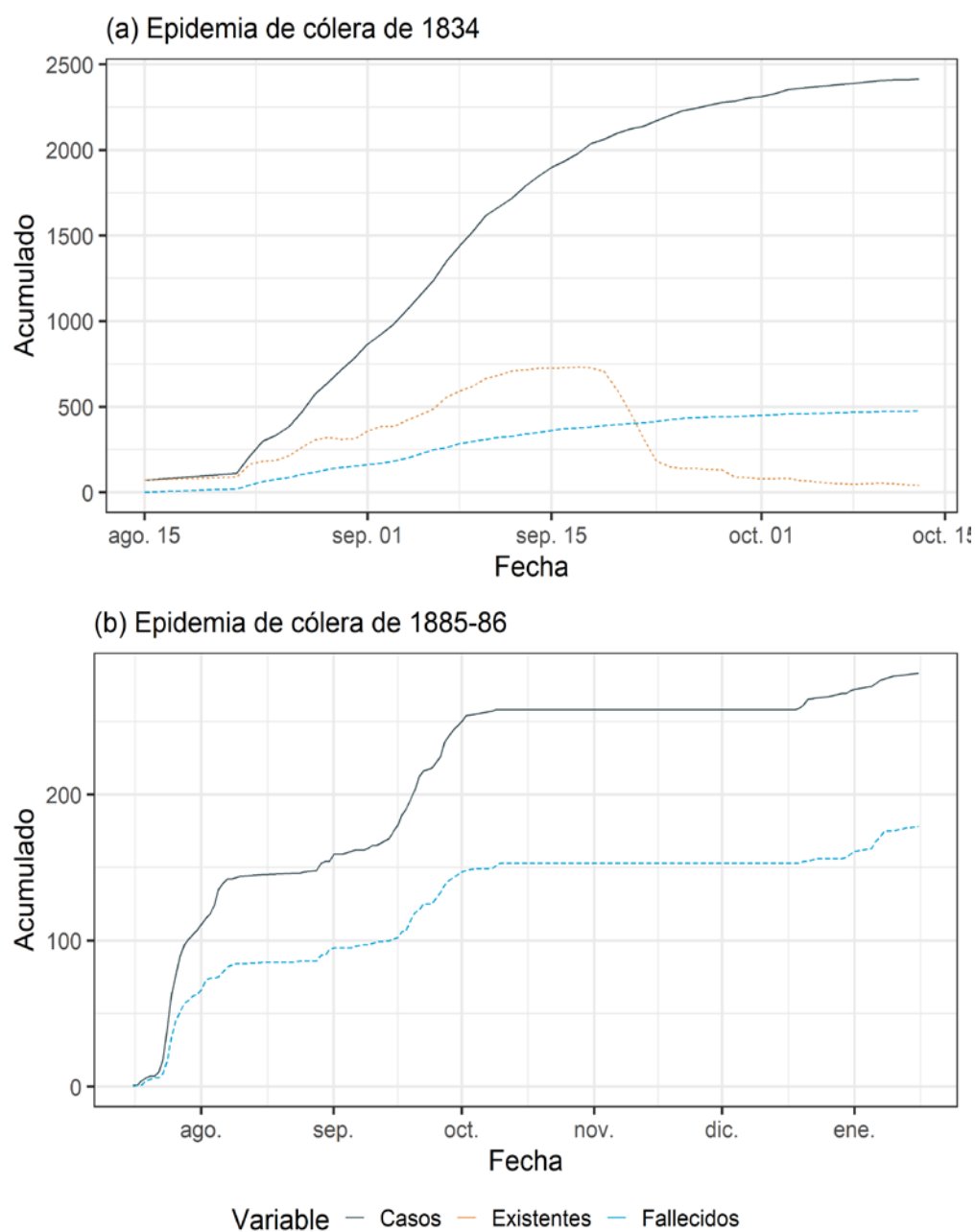
4.1. El curso de la epidemia

Disponemos de información bastante detallada sobre la llegada de las epidemias a Salamanca por los partes de la Junta Provincial de Sanidad publicados en el *BOPS* y por el informe que se le encargó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca en 1885 (*BOPS*, 20-8-1885), además de las obras de Sámano (1858) o Hauser (1887). En 1834 la epidemia llega durante la primera guerra carlista, en la que Salamanca juega un papel secundario, pero con tropas movilizadas (Martín Sánchez, 1997). Según el informe de la Facultad de Ciencias, el cólera lo trajo un escuadrón instalado por orden de la autoridad en el cercano pueblo de Villares de la Reina, de donde saltaría a la ciudad el 15 de agosto. En esta época del año las circunstancias higiénicas son las peores por el estío, y ya desde el mes de junio se venían señalando problemas de acumulación de inmundicias en la alberca occidental (Martín Sánchez, 1997: 344). El *BOPS* informa de la llegada del cólera el día 27 de agosto diciendo que, en cuánto se pueda, hará públicos los datos. Estos se publicarán el 3 de septiembre con detalle diario desde el primer día con fallecidos, el 22 de agosto, incluyendo en el siguiente número la información de los casos detectados desde el día 15 de agosto. Continuará actualizándose en cada número hasta el final de la epidemia con el tradicional *Te Deum* el 19 de octubre. La curva epidémica se puede apreciar en el gráfico 2(a). La fase de crecimiento rápido dura hasta el 10 de septiembre, con una meseta hasta el 20 de septiembre, en que comienzan a disminuir rápidamente el número de casos activos. Es una epidemia rápida en su desarrollo y la mayor por el número de afectados, posiblemente por el efecto *sue-lo virgen*. También por este carácter novedoso la reacción de la sociedad fue rápida y fuerte. Se tomaron medidas con rapidez: antes de la llegada del cólera a la provincia se constituyen las Juntas Municipales de Sanidad en cada municipio y se crean 4 lazaretos en la provincia para someter a cuarentena a los sospechosos que lleguen de fuera (*BOPS*, 30-7-1834). La ciudad afronta la epidemia con 11 médicos y 16 cirujanos si nos sirven las cifras del padrón de 1836. También desde antes de llegar la enfermedad a la ciudad se suspendió la feria anual de ganado que habría comenzado el 8 de septiembre en Salamanca (*BOPS*, 13-8-1834). Aunque se hablaba mucho de medidas preventivas, la mayoría, basadas en la purificación del aire, no serían efectivas. Otras podían ir en la buena dirección como la prohibición de baños en el Tormes (*BOPS*, 6-8-1834). La tensión entre salud pública y pobreza se reflejó en medidas de promoción de obras públicas para evitar la *indigencia* (*BOPS*, 27-8-1834) que es posible que facilitaran la extensión de la epidemia.

25 Para comprobar si este ajuste, basado en la omisión media, es razonable para 1885-86, hemos empleado los datos mensuales del Registro Civil disponibles para Julio 1885-Enero de 1886. El porcentaje de omisión basado en esa comparación es prácticamente el mismo que el que habíamos calculado anteriormente por lo que no merece la pena proponer una cifra alternativa. En concreto, si el porcentaje medio de omisiones en los libros parroquiales del ADS era del 35,1%, en el caso del período Julio 1885 - Enero 1886 es del 33,4%.

Tabla 2

Evolución diaria de las epidemias de cólera en Salamanca. Valores acumulados



Fuente: Comisión Provincial de Sanidad, BOPS (1834), y López Alonso (1885).

Para la epidemia de 1855 no disponemos de datos diarios, pero sí que conocemos los grandes rasgos de la evolución. La epidemia se extiende desde la feria de botijeros de Zamora del 23 de febrero. De su llegada a la provincia de Salamanca hay dos relatos: el de Sámano (1858) es que llega a través de los Baños de Ledesma que se abren a mediados de mayo y donde ese año van centenares de personas a curarse. Estas llevarían el cólera a Salamanca y otras muchas localidades al cierre de la temporada de baños

en julio. Por su parte, el informe de la Facultad de Medicina apunta a su difusión desde la localidad de Corrales de Zamora, donde llegaría desde la feria de botijeros (Hauser, 1887: 2, 197); de allí procedían los primeros fallecidos en Salamanca atendidos en el hospital. Las primeras informaciones de víctimas en el BOPS hacen referencia al 5 de abril. Inicialmente hubo muchas víctimas en el hospicio (Toribio Andrés, 1944: 217). Para el 9 de abril se habían producido 13 fallecimientos y había 4 ingresados en el Hospital de Calatrava y 48 en el hospital de coléricos habilitado en el Colegio del Arzobispo Fonseca. De este contamos con la siguiente descripción:

"los enfermos existentes en el hospital del colegio del Arzobispo están asistidos con el mayor esmero y solicitud; teniendo dos facultativos, cuatro clínicos y el número de practicantes y enfermeros necesario [...] Aquellos están en dos grandes salas los graves y otras dos los leves, todas cuatro con la correspondiente separación de sexos" (BOPS, 9-4-1855).

Los casos siguen aumentando, dos días más tarde llegan a 60 en Fonseca con 5 muertes y una muerte en la ciudad. A partir de ese momento se va informando de una situación estacionaria, o en descenso, dando la continua impresión por la elección de adjetivos de un intento de minimizar el problema. Un factor que pudo ayudar a la difusión de la epidemia es la realización de las operaciones ligadas al servicio de quintos, entre el 18 de abril y el 6 de mayo, que afectaron a 400 mozos de la provincia (BOPS, 1-6-1855). Finalmente, en circular de 30 de mayo se manifiesta que "la Divina Providencia nos ha libertado ya del cólera morbo asiático que durante dos meses ha pesado sobre esta capital" (BOPS, 1-6-1855), celebrándose el *te Deum* ritual el día 3 de junio. Pero el cólera volvió. De nuevo fueron inmigrantes de Corrales de Zamora los primeros fallecidos (BOPS, 20-8-1885). El rebrote se inició el 7 de agosto y, según el diario "Las Cortes", duró hasta el 4 de septiembre con 575 casos de los que fallecen 219 (MalDONADO Aparicio, 1997: 282). Curiosamente, en esta última fase hay una total opacidad informativa no informando el BOPS al respecto. Toribio Andrés (1944) habla de que siguió hasta fines de septiembre sin citar fuente y en los datos del ADS se percibe sobremortalidad posiblemente hasta el mes de octubre (gráfico 3). Esta epidemia sería la de mayor magnitud experimentada en Salamanca pese a contarse con la inmunidad de parte de la población.

En último lugar, la epidemia de 1885 se esperaba tras su extensión a Madrid en el mes de junio. El 21 de ese mes llega a Peñaranda de Bracamonte, aunque aún se habla de "enfermedad sospechosa" (Pérez Díaz, 2013). De nuevo está ligada a la Feria de la localidad y a alguien con contacto probado con otros coléricos (BOPS, 20-8-1885). El 11 de julio ya se admiten oficialmente "casos sospechosos de enfermedad colérica" en Peñaranda en el BOPS, pero entre las primeras medidas están las dirigidas a restablecer la "libre circulación de viajeros y mercancías". En particular se prohibirán lazaretos para cuarentena de viajeros salvo que haya casos en la ciudad, en que tendríamos entonces hospitales de coléricos. En Salamanca ya se iba acondicionando un hospital con 40 camas en el ex-convento de los Mostenses, junto al río (López Alonso, 1895:

165)²⁶. Por otro lado, aunque el conocimiento de la enfermedad y su vinculación con el *Vibrio cholerae* y con el agua era ya conocida y se toman medidas de salud pública como promover la reparación y limpieza de los conductos de aguas sucias y albercas o la inspección de alimentos y bebidas, no había desaparecido todavía la teoría de las miasmas y persisten medidas contra lo que pueda "viciar el aire". La segunda medida del 13 de julio es aún más sorprendente: prohibir terminantemente la vacunación con el método de Ferrán. Mientras tanto, el cólera llega a la ciudad. El Informe de la Facultad de Medicina relata que se llevaron a lavar ropas de afectados a la localidad de Alconada, lavándose en el Río Almar, afluente del Tormes, que pudo quedar contaminado (BOPS, 20-8-1885)²⁷. Pero, por otro lado, la primera afectada en la ciudad, la esposa de un Guardia Civil que vivía en el Cuartel, había recibido ropas de Peñaranda (Pérez Díaz, 2013). Tras este primer caso saltó a las lavanderas del Hospital de Dementes donde morirían 6 mujeres entre el 18 y el 21 de julio. En todos los casos habían bebido agua del río y, por otro lado, la situación del Hospital en el curso alto del río pudo contribuir a la contaminación de este. El informe de la Facultad de Ciencias relata cómo se recomendó hervir tanto el agua como las ropas y que no se registraron más casos en ese Hospital. Estos informes fueron muy claros identificando los mecanismos de transmisión y la necesidad de evitar el agua del Tormes que había sido analizada y encontrada contaminada (López Alonso, 1895: 79). También en insistir en la vacunación (la inoculación del Dr. Ferrán), que siguió prohibida²⁸. Mientras tanto la epidemia había explotado rápidamente como se observa en el gráfico 2(b): inicialmente en su mayoría lavanderas y obreros que trabajaban junto al río y habían bebido su agua, pasando después a las parroquias (López Alonso, 1895; Pérez Díaz, 2013). Es posible que las medidas de prevención tuvieran efectos. Es la época de las grandes colas en la fuente no contaminada. El informe de la Facultad de Ciencias señala que se notó "un descenso rápido en las invasiones y defunciones, desde el momento en que el público se abstuvo del uso de dichas aguas".

Las medidas, sin embargo, se relajaron y se tomaron decisiones que llevaban a desplazamientos y concentraciones de gente como la manifestación con más de 6000 asistentes en protesta por la invasión alemana de las Islas Carolinas a finales de agosto (*La Liga*, 30-8-1885), la reanudación en septiembre de las tareas de tallaje de los mozos de reemplazo del ejército de toda la provincia en la capital, y la celebración de la Feria de septiembre en un contexto de repunte de los casos (López Alonso, 1895; Pérez Díaz, 2013). Este rebrote parará en el mes de octubre, aunque la epidemia seguiría su curso en pueblos de la provincia registrándose algunos casos en la ciudad en el mes de diciembre. Desde mediados de enero cesará por completo. En cualquier caso, es llamativo que la epidemia siguiera causando casos en los meses de invierno con temperaturas bajo cero (Hauser, 1887).

26 El hospital aparece descrito con detalle en el *Progreso* de 23-8-1885, incluyéndose los datos de los que ingresaron en él, 24 enfermos hasta el 18 de agosto, de los que murieron 13.

27 Hay que hacer notar que estos informes, encargados por la Comisión Provincial, tuvieron gran difusión, publicándose además de en el BOPS en la prensa local (tanto en *El Progreso* como en *la Liga*).

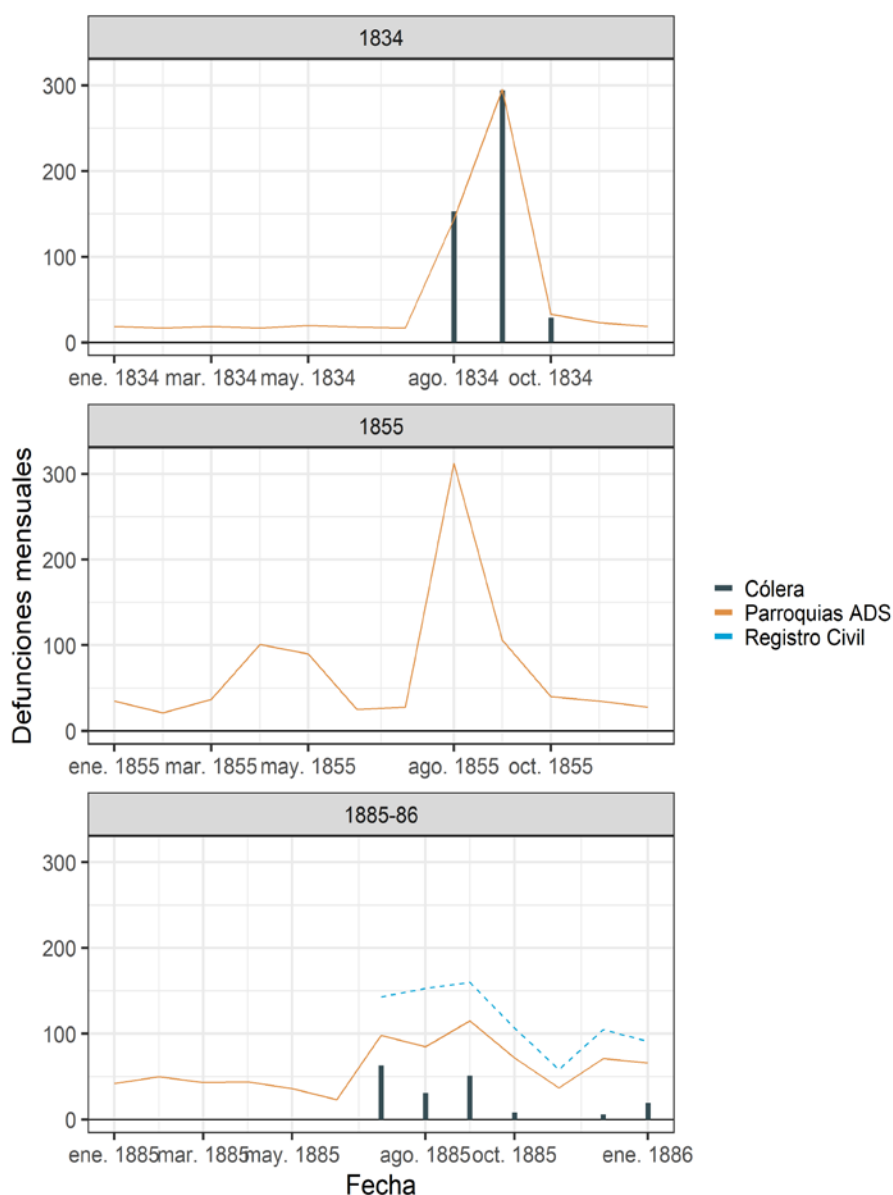
28 Pese a su prohibición, los médicos de la ciudad eran fervientes partidarios del método y se lo aplicaron a 5 individuos que no enfermaron (López Alonso, 1895: 167).

4.2. Mortalidad mensual

En el gráfico 3 presentamos de manera comparada las defunciones totales por mes correspondientes a los libros parroquiales (ADS) y las del registro civil disponibles para la epidemia 1885-86. Para 1834 y 1885 aparecen como barras las cifras oficiales de fallecidos por cólera agrupadas por meses. Como hemos visto, las cifras del ADS no incluyen todas las defunciones sino sólo las registradas en las parroquias, pero en la medida en que la omisión no sea selectiva nos dan una verificación de las cifras oficiales además de darnos detalle sobre la estacionalidad y el curso de la epidemia en casos con menos información como 1855.

Gráfico 3

Ritmo mensual de las defunciones en los años de epidemia



Fuente: ADS (García Moro y Esparza, 2013), Registro Civil, MNP, BOPS, y López Alonso (1895).

En primer lugar, se corrobora que el cólera era una enfermedad típicamente estival, y que en ese período es cuando alcanza una mayor intensidad, aunque también hay casos primaverales en el primer brote de 1855 e invernales en el último de 1885.

En cuanto a la intensidad, se observan con claridad los dos picos máximos correspondientes a septiembre de 1834 y a agosto de 1855. También que se produjeron rebrotes tanto en 1855 como en 1885. En el primer caso el rebrote estival fue más mortal que el primero primaveral. En 1885 hubo dos rebrotes, uno al final del verano y otro invernal cada uno más débil que el anterior.

En 1885-86 se observa la discrepancia entre las defunciones observadas y las notificadas por cólera, que suponen sólo una pequeña fracción de las registradas. Por este motivo pensamos que hay subregistro de las defunciones por cólera en esta última epidemia. No está claro el motivo, puesto que sabemos que los médicos, y López Alonso en particular, hicieron todo lo posible para que el registro fuera completo. Quizás la explicación sea la reacción contra los médicos que explica López Alonso (1895): estos eran culpados de inocular la enfermedad para cobrar la cantidad dotada por atención de coléricos. Esto pudiera explicar defunciones sin atención médica, pero aun así debería constar el motivo en la partida de defunción del registro civil.²⁹ También pudo ocurrir que el conflicto entre partidarios y contrarios a la celebración de la Feria, y la presión sobre los facultativos de no declarar casos de cólera antes y durante la Feria afectase a la credibilidad de los datos a partir de agosto. A esto se añade la incógnita de la cifra errónea del registro civil que da López Alonso (1895) cuando, como vemos, las cifras mensuales que se comenzaron a publicar en 1886 sí que parecen creíbles³⁰. La combinación de fuentes nos ha permitido comenzar a descifrar esta clave.

5. FACTORES ASOCIADOS A LA INTENSIDAD EPIDÉMICA

Las 25 parroquias en las que se dividía la ciudad de Salamanca eran muy heterogéneas en cuanto a características socioeconómicas (Ortega y García-Moro, 2019). Para el año 1834, y en base a las series parroquiales del ADS, podemos relacionar el indicador de intensidad de crisis de Del Panta y Livi-Bacci con la tasa de pobreza calculada a partir del censo de pobres de 1835. Por otro lado, para el año 1885-86 López Alonso (1895) proporciona el reparto del número de casos por parroquias, que, poniéndolo en relación con la población en el censo de 1887, nos proporciona una tasa de incidencia a nivel parroquial. De acuerdo a lo que sabemos del cólera, esperaríamos encontrar más incidencia del cólera en los barrios más pobres, así como en los barrios cercanos a las albercas, por donde circulaban aguas fecales, y al río Tormes.

29 En Barcelona en 1885 se constata un aumento en la mortalidad por diarrea que probablemente corresponda a muertes por cólera erróneamente inscritas (Hauser, 1887: 251-252)

30 A este respecto son proféticas las palabras de la *Liga* de que "ha habido ocultación de datos", y que "esta ocultación deja a la posteridad una clave falsa en que necesariamente tienen que hacer sus estudios las futuras generaciones epidemiadas" (25-10-1885).

El panel (a) del gráfico 4 muestra sobre el mapa de la ciudad³¹ la intensidad de la crisis de mortalidad de 1834 por parroquias. El índice de intensidad de crisis oscila entre 0,45 para la parroquia de San Martín y 5,9 en la pequeña parroquia de San Boal. El test marca claramente la asociación entre la mortalidad epidémica y la geografía parroquial³². El menor de los índices de intensidad de crisis se da en la parroquia de San Martín, parroquia central y rica en torno a la plaza Mayor. Señala que aquí el número de defunciones fue muy inferior al de otros años. Es la única parroquia en la que ocurre esto. La explicación más coherente es la emigración de la población más acomodada huyendo de la epidemia. De la existencia de dicho comportamiento puede ser una indicación la prohibición explícita de que se marcharan los médicos inserta en el *BOPS* de 12-7-1834. Se señala explícitamente en 1855 que "algunas personas o familias acomodadas han huido presurosas al primer amago de la enfermedad" (*BOPS*, 1-6-1855). Y, de nuevo, en 1885-86 observamos que la incidencia del cólera es casi nula en san Martín (panel b). Sabemos de nuevo de la huida emprendida por muchas familias ante el cólera, pudiendo estar asociados los rebrotes observados al retorno de huidos a la ciudad (López Alonso, 1895: 100). El caso de San Boal es el de una parroquia muy pequeña donde el índice no es fiable por la alta variabilidad. Entre las parroquias más afectadas se aprecia una mayor mortalidad en las parroquias cercanas al río Tormes, como cabría esperar. Por otro lado, el panel (c) muestra las proporciones de pobres en el censo de 1835. Apreciamos que las parroquias con más pobres se sitúan en el perímetro de la ciudad a lo largo de toda la muralla, habiendo relativamente pocos pobres en las parroquias centrales así como en las situadas junto al río. Un patrón similar se observa en los patrones de sobremortalidad, con especial intensidad de la crisis en las parroquias perimétricas situadas al este de la ciudad como San Cristóbal, Sancti Spiritus o San Mateo. También son estas algunas de las que tienen mayor tasa de pobreza.

En el panel (d) se puede apreciar la asociación entre las tasas de pobreza por parroquias y la intensidad de la crisis ($r=+0.60$), aunque la relación no es más fuerte por existir barrios con altos índices de pobreza y poca incidencia, como los situados al oeste de la ciudad, y otros más acomodados, como San Isidro, donde la epidemia tuvo un fuerte impacto³³. Para caracterizar la capacidad de la pobreza y la localización geográfica de explicar los patrones de sobremortalidad hemos estimado un modelo lineal incluyendo como variables explicativas la tasa de pobreza, la localización sobre el río y la localización sobre las albercas. La asociación más importante es con la tasa de pobreza, aunque también existe mayor riesgo en las localizadas en el río. Las localizadas sobre las albercas no presentan mayor sobremortalidad³⁴.

31 El mapa de fondo corresponde a IGN (1934). La principal diferencia con el período analizado sería el puente nuevo, al este, que no existía.

32 Se obtiene un estadístico de 246,3 cuyo p-valor es infinitesimal para 24 grados de libertad.

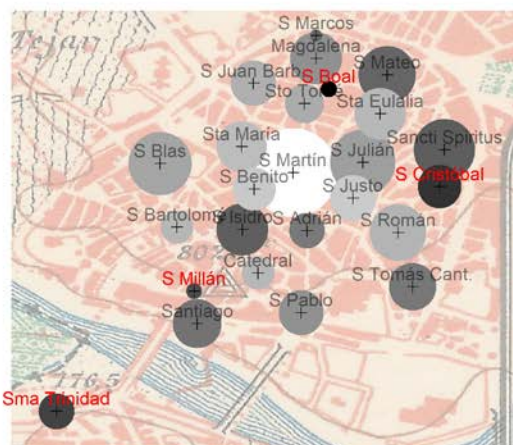
33 De otro lado existirá también causalidad inversa: el censo de pobres se hizo en 1835 precisamente para responder a necesidades creadas tras la epidemia, como pueden ser viudas recientes sin recursos. En ese sentido esperamos que haya más pobres donde más incidió la epidemia.

34 Para la tasa de pobreza se obtiene un coeficiente de 0.11 (p-valor de 0.002), para la ribera un coeficiente de 1.17 (p-valor de 0.057) y para las albercas -0.61 (p-valor de 0.14), con una bondad de ajuste de R^2 de 0.53.

Gráfico 4

Epidemias de cólera en Salamanca por parroquias (1834,1885-86) y su relación con la tasa de pobreza en 1835

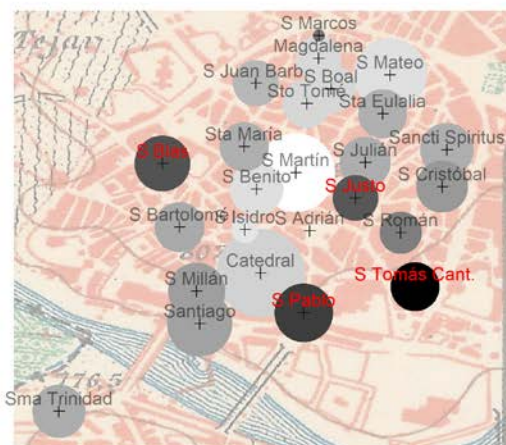
(a) Intensidad de crisis en 1834



Índice Livi-Bacci del Panta

1 2 3 4 5

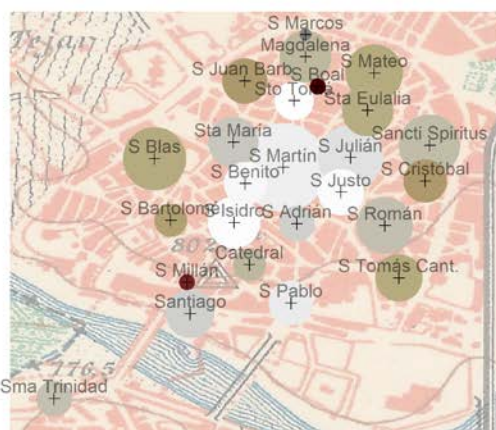
(b) Incidencia en 1885-86



Casos por 1000 hab.

10 20 30 40

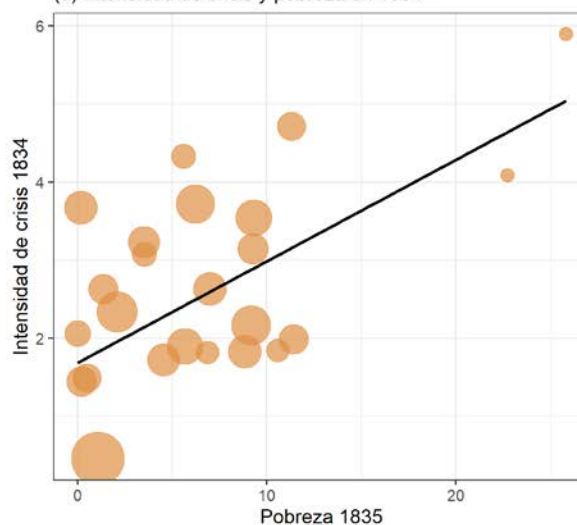
(c) Pobreza en 1835



Proporción de pobres (%)

0 5 10 15 20 25

(d) Intensidad de crisis y pobreza en 1834



Población 1836

500 1000 1500

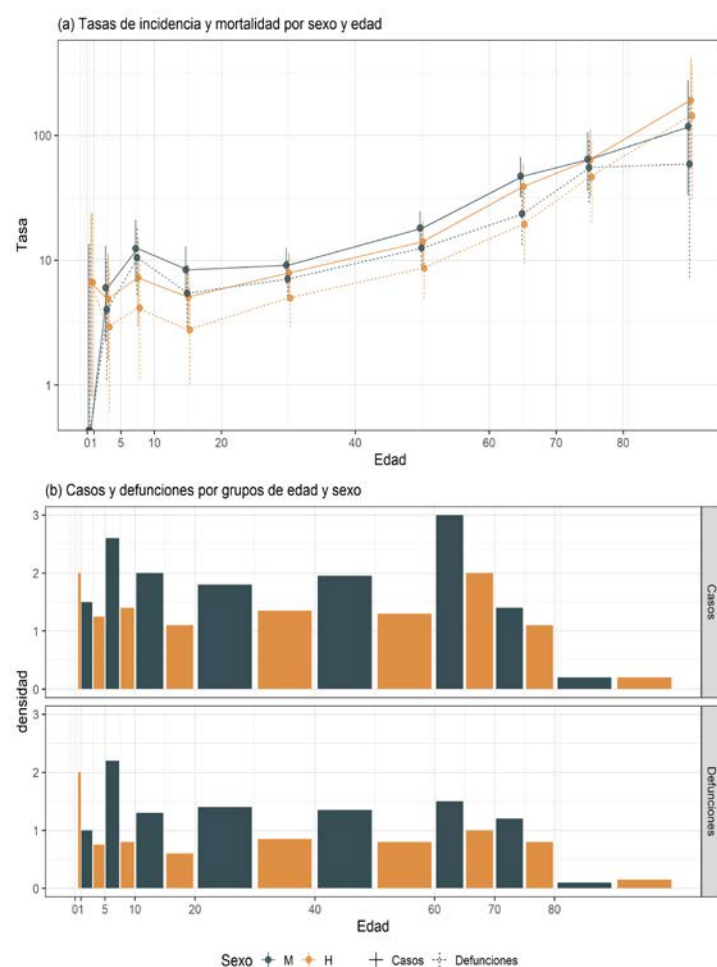
En cuanto a la epidemia de 1884-85, las tasas de incidencia por parroquias se muestran en el panel (b) y también muestran claras diferencias por parroquias³⁵. Hay que

35 Estadístico de 142.7 con p-valor infinitesimal para 23 grados de libertad.

señalar que las cifras no son estrictamente comparables ya que estas incluyen las defunciones institucionales dentro de la parroquia en que se sitúa. Las parroquias con incidencia máxima incluyen a San Blas, donde se sitúa el hospicio, San Pablo, donde estaba el hospital de coléricos, y Santo Tomás Cantuariense donde se localiza el hospital de *Dementes*, instituciones todas ellas con numerosos casos. Hay también alta incidencia en la parroquia de San Justo, una de las parroquias situadas sobre la alberca en el este. La incidencia también es relativamente elevada en las parroquias cercanas al río, como cabía esperar, y de nuevo hay un cierto gradiente del centro a la periferia que podría estar asociado a factores socioeconómicos. Esta es precisamente la tesis de López Alonso al hablar de los factores propiciatorios de que la enfermedad se centra en la *gente de camisa sucia*: "mal alimentada y peor vestida, sin limpieza ni régimen higiénico de ninguna especie y tiene por hogar alguna miserable zahurda, más merecedora del nombre de sepulcro que del de vivienda" (López Alonso, 1895: 95). Hemos estimado un modelo lineal para las tasas de incidencia en función de las variables de pobreza en 1835, la localización en la ribera o en las albercas, y ninguna de ellas es significativa, pudiendo deberse a los cambios en la localización de la pobreza, a que funcionaran las prevenciones sobre el consumo del agua del río, al subregistro de casos o a la inclusión de poblaciones institucionales.

Gráfico 5

Incidencia y mortalidad por edades y sexos: Cólera de 1885-86



Nota: La línea vertical representa el intervalo binomial exacto al 95%

Respecto a las diferencias por edades y sexos, para 1855, aunque no tenemos datos completos, Sámano (1858) llamaba la atención sobre la sobremortalidad femenina en Salamanca, pero no aportaba los datos de mortalidad de hombres. En el caso de 1885 tenemos datos más completos sobre la distribución de los casos por edades y sexos con los cuales hemos elaborado el gráfico 5. En primer lugar, se confirma que la epidemia afectó más a las mujeres, algo que ocurre a cada edad y que López Alonso (1895) liga al mayor riesgo por actividades como lavar ropas, verter las deyecciones, fregar las vasijas donde se transportan o recoger agua (p. 96). En cuanto al patrón por edades, en el panel (a) vemos que el riesgo de contraer la enfermedad o de fallecer por ella aumenta con la edad. López Alonso (1895: 96) habla de más ataques entre adultos por su mayor número y por las ocupaciones con más exposición como criados, lavanderas, enfermeros, etc. Sin embargo, vemos que al tener en cuenta el tamaño distinto de los grupos de edad como en el panel (b) no es a las edades adultas sino entre los de 60 y 70 años donde hay mayor densidad de casos, habiendo otro máximo local entre 5 y 10 años. Y tampoco es entre los adultos sino entre los más mayores donde encontramos mayor riesgo de acuerdo al panel (a). Hemos estimado modelos logit relacionando la mortalidad y la incidencia en función de la categoría de sexo y edad. En ambos casos no se rechaza que no existan interacciones entre sexo y edad. En el modelo aditivo con sexo y edad el mínimo de riesgo sería para el grupo de edad de 1 a 5, con patrón de riesgo creciente con la edad salvo un máximo local para el grupo de 40-59 años. En cuanto a la sobremortalidad femenina, el riesgo relativo para hombres es de 0.71 (p-valor de 0.03). En el caso de la incidencia hay menos diferencia por sexos, con riesgo relativo de hombres de 0.81, sin que se pueda rechazar la igualdad de sexos para un nivel de significación del 5% (p-valor de 0.09).

Respecto a otros factores, necesitaríamos tener microdatos respecto a la distribución en la población de los que no disponemos, pero indiciariamente la asociación con las profesiones sí que se desprende del análisis de casos presentados por López Alonso (1895): además de las lavanderas que fueron las primeras afectadas, relata casos de cólera fulminante en profesiones relacionadas con el saneamiento, como un *seronero* (recogedor de basura) o una *vertedora*.

CONCLUSIONES

Las epidemias de cólera supusieron las principales crisis de mortalidad en la Salamanca del siglo XIX. Aunque su impacto no fuera tan fuerte como en otras regiones españolas, los primeros ataques en 1834 y 1855 causaron una notable mortalidad más del doble de la normal con cifras en torno a 600 y 700 defunciones respectivamente. El impacto fue menor en el caso de 1885, con unos 400 fallecidos según el exceso de mortalidad frente a los 181 en las cifras oficiales. Hemos podido estimar el exceso de mortalidad con cierta precisión gracias al uso de los datos de mortalidad procedentes de los libros parroquiales de entierros y a su confrontación con los datos del prerregistro civil y el registro civil.

El impacto del cólera, además de la morbilidad y mortalidad producida, se observa en la alteración completa de la vida social. La epidemia se erigió en centro de la vida en todos los casos, como se manifiesta en la creación de instituciones específicas como los hospitales de coléricos o las Juntas de Sanidad, en la huida de parte de la población acomodada, y en tensiones sociales asociadas. Las razones por las que el cólera pudo afectar tanto en las primeras epidemias están ligadas al desconocimiento de los factores de transmisión. En las primeras epidemias, pero también en 1885-86 cuando ya se había descubierto el agente transmisor, existen teorías diversas sobre cómo reaccionar o cómo tratar la enfermedad. El consumo de agua contaminada por el *V. cholerae* o la eliminación inadecuada de aguas fecales contribuyeron a la transmisión, más controlado en la última epidemia en la que, pese a los costes que implicaba, se prohibió el consumo de agua del río. Por otro lado, la respuesta social también pudo influir. En la primera epidemia, ante lo desconocido, se suspendieron ferias, romerías y todo tipo de actividades, si bien también se pusieron en marcha obras públicas para asistir a los más pobres. En las otras dos epidemias se aprecia un conflicto entre actividad económica y salud pública representadas por el ayuntamiento y los empresarios (*contribuyentes*) por un lado y la profesión médica, realizándose actividades que requerían desplazamientos de personas, desde Ferias, a operaciones del servicio militar o manifestaciones. Tampoco se emplearon todos los medios contra la epidemia puesto que la vacuna de Ferrán estaba disponible y las autoridades impidieron su uso. Lo cierto es que tanto en 1855 como en 1885-86 hubo rebrotes del cólera, en el primer caso más importante que el brote inicial. En esta gravedad pudo influir la época del año, pues se produjo en el verano cuando el cólera se difunde más.

Respecto al papel de los factores individuales o sociales, se detectan fuertes patrones geográficos tanto en las epidemias de 1834 como 1885-86 para las que disponemos de datos. En el caso de 1834 comprobamos una incidencia mayor en las parroquias con mayor proporción de pobres y en las más cercanas al río. En la de 1885-86 hay también fuertes patrones geográficos, con alta incidencia en las poblaciones institucionales como el Hospicio y el Hospital de Dementes, y concentración entre profesiones de riesgo. No se encuentra mayor incidencia en las parroquias cercanas al río, posiblemente debido al control del consumo de su agua. En general la enfermedad ataca a los más pobres, a los más enfermos y a las personas de mayor edad. Las mujeres se ven más afectadas, probablemente por actividades de riesgo ligadas a la limpieza y los cuidados personales, observándose una cierta sobremortalidad.

El paralelismo de la situación con el COVID-19 es evidente. Como en la primera epidemia tenemos una enfermedad nueva contra la que no hay un tratamiento efectivo, que supone un reto organizativo para el sistema sanitario. Tenemos una enfermedad que se erige en el centro de la vida durante unos meses, se desarrolla un conflicto entre objetivos alternativos como sanidad y actividad económica y social y siempre quedan incógnitas respecto a qué factores pudieron pesar más en el curso de la epidemia. Nuestra aportación ha sido la de confrontar fuentes alternativas, muchas de ellas inéditas, para acercarnos a lo que ocurrió. En este sentido, la comparación entre excesos en la mortalidad general y casos diagnosticados se ha manifestado muy útil para el cólera, como lo ha sido para el COVID-19.

FUENTES

Archivo Diocesano de Salamanca (ADS)

Libros de entierros, Parroquias de la Ciudad de Salamanca. Años 1830 a 1887.

Archivo Municipal de Salamanca (AMS)

Padrón Municipal, Año 1836. AMS 3348/1062.

Registro Civil de Salamanca (RCS)

Libros de Fallecidos, Salamanca, 1871-1880.

Biblioteca General, Universidad de Salamanca (BG)

"Boletín Oficial de la Provincia de Salamanca" (1834), Salamanca. Consultados los números correspondientes a los años 1834, 1835, 1855, 1856, 1885 y 1886. (*BOPS*)

Prensa Histórica, <http://prensahistorica.mcu.es>

"Adelante: revista salmantina de ciencias, artes, literatura e intereses materiales", Salamanca (1860-1880). Consultado nº 1 (1 marzo 1860) al nº 176 (29 diciembre 1861) (*Adelante*)

"Correo médico castellano: revista decenal de medicina, cirugía, farmacia y ciencias auxiliares", Salamanca (1884-1888). Consultado nº 13 (12 enero 1885) al nº 40 (10 febrero 1886). (*C. Médico*)

"La Liga de Contribuyentes de Salamanca: paz, justicia, buena administración, trabajo, economías", Salamanca (1882-1899). Consultado nº 75 (4 enero 1885) al nº 133 (14 febrero 1886). (*La Liga*)

"El Progreso: periódico político bisemanal", Salamanca (1884-1887). Consultado nº 74 (4 enero 1885) al nº 188 (7 febrero 1886). (*El Progreso*)

"Revista Salmantina: Periódico literario", Salamanca (1851-1852). Consultado nº 1 (5 octubre 1851) al nº 41 (11 julio 1852). (*Rev. Salmantina*)

Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (boe.es)

Gaceta de Madrid. En *Gazeta: colección histórica*. Búsqueda sistemática en números desde 1834 a 1887.

REFERENCIAS

ALMEIDA, Maria Antónia Pires de (2011): "The Portuguese cholera morbus epidemic of 1853-56 as seen by the press", *Notes and Records of the Royal Society*, 66, 1, pp. 41-53.

- ARON, Janine; MUELLBAUER, John; GIATTINO, Charlie y RITCHIE, Hannah (2020): "A pandemic primer on excess mortality statistics and their comparability across countries", *Our World in Data*, en: <https://ourworldindata.org/covid-excess-mortality>.
- BÁGUENA CERVELLERA, Maria José (2011): "Jaime Ferrán y su papel en las epidemias de cólera de Valencia", *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)*, 12, pp. 1-9.
- CERDA, Jaime y VALDIVIA, Gonzalo (2007): "John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna", *Revista chilena de infectología*, 24, 4, pp. 331-334.
- COLEMAN, Thomas (2019): "Causality in the time of cholera: John Snow as a prototype for causal inference", *SSRN Electronic Journal*, en <https://doi.org/10.2139/ssrn.3262234>.
- COLEMAN, William (2008): *Cholera (Deadly diseases and epidemics)*, Philadelphia, Pennsylvania, Chelsea House Publishers.
- DELANGE SEGURA, David Alberto (2003): *Enfermedad y sociedad en Málaga. El cólera morbo asiático (1833-1885)*, Tesis doctoral, Universidad de Málaga.
- DEL PANTA, Lorenzo y LIVI-BACCI, Massimo (1977): "Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie: 1600-1850", *Population*, 32, 1, pp. 401-446.
- FERNÁNDEZ SANZ, Juan José (1989): *El cólera de 1885 en España*, Madrid, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- _____ (1990): *El año de la vacunación Ferrán. Transfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*, Madrid, Fundación Ramón Areces.
- FERREIRO ARDIÓNS, Manuel (2012): *El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. La epidemia de 1834*, Tesis doctoral, Universidad del País Vasco, UPV-EHU.
- GARCÍA CATALÁN, Enrique (2015): *Urbanismo de Salamanca en el siglo XIX*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- _____ (2017): *Salamanca abandonada, sucia y oscura. Las infraestructuras del siglo XIX*, Salamanca, Centro de Estudios Salmantinos.
- GARCÍA-MORO, Clara y ESPARZA, Mireia (2013): "La mortalidad en la ciudad de Salamanca. Análisis de las crisis de mortalidad", Albacete, X Congreso de la ADEH.
- GUTHRIE, Janet S. y HO-YEN, Darrel O. (2011): "Alcohol and cholera", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104, 3, pp. 98-98.
- HARRELL JR, Frank E, CHARLES DUPONT et al. (2020): *Hmisc: Harrell Miscellaneous*, en: <https://CRAN.R-project.org/package=Hmisc>.

- HAUSER, Philipp (1887): *Estudios epidemiológicos relativos a la etiología y profilaxis del cólera : basados en numerosas estadísticas, hechos y observaciones recogidos durante la epidemia colérica de 1884-85 en España...*, [en línea], Madrid, Imprenta y Fundación de Manuel Tello, en: <http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/consulta/registro.cmd?id=31639>.
- IGN (1934): *Salamanca. Hoja 478.*, Madrid, Instituto Geográfico Nacional, MTN50-0478-1934-NNN-SALAMANCA.ZIP, Madrid, en <http://centrodedescargas.cnig.es>.
- KOTAR, S. L. y GESSLER, J. E. (2014): *Cholera: A Worldwide History*, Nueva York, McFarland.
- LIPPI, D. y GOTUZZO, E. (2014): "The greatest steps towards the discovery of *Vibrio cholerae*", *Clinical Microbiology and Infection*, 20, 3, pp. 191-195.
- LÓPEZ ALONSO, José (1895): *Estudio histórico-clínico de la epidemia de cólera morbo asiático ocurrida en Salamanca en 1885-86, precedido de unos apuntes de la climatología de la ciudad*, [en línea], Salamanca: Imprenta de Calatrava, en: <http://hdl.handle.net/10366/115662>.
- MALDONADO APARICIO, Joaquín (1997): "La población de Salamanca en el siglo XIX", en *Historia de Salamanca*, vol. 4, Salamanca, Centro de Estudios Salmantinos, pp. 261-309.
- MARTÍN SÁNCHEZ, Lorenzo (1997): "La Primera Guerra Carlista en la provincia de Salamanca", *Salamanca. Revista de Estudios*, 40, pp. 327-364.
- MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN (1887): *Boletín de estadística sanitario-demográfica: Cólera morbo asiático en España durante el año de 1885*, [en línea] Madrid, Ministerio de la Gobernación, en: <http://bibliotecavirtual.ranm.es/ranm/i18n/consulta/registro.cmd?id=1131>.
- MONEDERO, Juan Antonio (1855): *Apuntes acerca del cólera morbo asiático que se ha manifestado en Guipúzcoa en el verano y otoño del año 1855*, [en línea] San Sebastián, Imprenta de la Provincia, en: <http://hdl.handle.net/10357/4886>.
- NADAL, Jordi (1984): *La población española (siglos XVI a XX)*, Barcelona, Ariel.
- ORTA RUBIO, Esteban (1984): "El cólera: la epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra", *Príncipe de Viana*, 45, 172, pp. 271-308.
- ORTEGA, José Antonio y GARCÍA-MORO, Clara (2019): "Las parroquias de Salamanca desde la edad moderna a 1887: Continuidad y Adaptación", en *II Congresso Histórico Internacional As Cidades na História: Sociedade, Volume V - Cidade Moderna II*, Guimarães, Portugal, Ed. Câmara Municipal de Guimarães, pp. 5-38, en: https://ch.guimaraes.pt/static/uploads/actas/2CHI/vol5_2/CHlv5.2art01.pdf.
- PERAL PACHECO, Diego y PÉREZ TORRALBA, Tomás (2007): "Las enfermedades epidémicas en el Boletín Oficial de la provincia de Badajoz en el siglo XIX (1833-1873)", *Norba. Revista de Historia*, 20, pp. 143-160.

- PÉREZ DÍAZ, Rafael Luis (2013): "La epidemia de cólera de 1885 en Salamanca", *Salamanca: Revista de Estudios*, 58, pp. 103-119.
- PÉREZ MOREDA, Vicente (1980): *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*, Madrid, Siglo XXI.
- PHELPS, Matthew D.; AZMAN, Andrew S.; LEWNARD, Joseph A.; ANTILLÓN, Marina; SIMONSEN, Lone; ANDREASEN, Viggo; JENSEN, Peter K. M. y PITZER, Virginia E. (2017): "The importance of thinking beyond the water-supply in cholera epidemics: A historical urban case-study", *PLoS neglected tropical diseases*, 11, 11, pp. e0006103.
- PHELPS, Matthew; PERNER, Mads Linnet; PITZER, Virginia E.; ANDREASEN, Viggo; JENSEN, Peter K. M. y SIMONSEN, Lone (2018): "Cholera epidemics of the past offer new insights into an old enemy", *The Journal of infectious diseases*, 217, 4, pp. 641-649.
- PUERTO, Francisco Javier y SAN JUAN, Carlos (1980): "La epidemia de cólera de 1834 en Madrid. Aspectos sanitarios y socioeconómicos", *Estudios de Historia Social*, 15, pp. 9-61.
- RICHTERMAN, Aaron; SAINVILIEN, Duarxy Rodcnel; EBERLY, Lauren e IVERS, Louise C. (2018): "Individual and Household Risk Factors for Symptomatic Cholera Infection: A Systematic Review and Meta-analysis", *The Journal of infectious diseases*, 218, pp. S154-S164.
- RIVAS CALVO, Emilio (2016): "Vicente Maculet y la modernización del abastecimiento de aguas en Salamanca", en GARCÍA FIGUEROLA, Miguel (ed.), *Actas de las VI Jornadas celebradas en el Museo del Comercio*, Salamanca, Museo del Comercio y la Industria de Salamanca, pp. 81-99.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban (1980): "Ciencia e ideología en torno a la primera epidemia de cólera en España: (1833-1835)", en GARMA PONS, Santiago (ed.), *El científico español ante su historia: la ciencia en España entre 1750-1850*, Madrid, Diputación Provincial de Madrid, pp. 251-260.
- ____ (1983): *El cólera de 1834 en Granada: enfermedad catastrófica y crisis social*, Granada, Universidad de Granada.
- ____ (1992): "Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía", *Revista de Demografía Histórica*, 10, 2, pp. 87-112.
- RUPÉREZ ALMAJANO, María Nieves (1992): *Urbanismo de Salamanca en el siglo XVIII*, Salamanca, Delegación en Salamanca del Colegio Oficial de Arquitectos de León.
- SALAS VIVES, Pere y PUJADAS-MORA, Joana M. (2016): "El cólera como conflicto y factor de legitimación. Palma, 1865", *Ayer. Revista de Historia Contemporánea*, 101, 1, pp. 189-212.
- SAN MARTÍN, Basilio (1899): "De la sección de Medicina sobre la obra "Estudio de la Epidemia de cólera ocurrida en Salamanca en 1885 y 1886", por el Dr. D. José López Alonso", *Anales de la Real Academia de Medicina*, 19, 4, pp. 275-291

- SARRASQUETA SAENZ, Pilar (2010): *La epidemia de cólera de 1885 en Navarra y en Tudela*, Tesis doctoral, Universidad de Navarra.
- SÁMANO, Mariano G. de (1858): *Memoria historica del colera-morbo asiatico en España*, [en línea] Madrid, Imprenta de Manuel Álvarez, en: <http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/consulta/registro.cmd?id=7207>.
- SÁNCHEZ DE LA CALLE, José Antonio (1990): "El cólera de 1834 en Plasencia", *Alcántara: revista del Seminario de Estudios Cacerreños*, 21, pp. 197-214.
- SÁNCHEZ LERA, Rita María y PÉREZ VÁZQUEZ, Isael Armando (2014): "Cólera: historia de un gran flagelo de la humanidad", *Humanidades Médicas*, 14, 2, pp. 547-569
- SCAPOLI, Chiara; GUIDI, Enrica; ANGELINI, Laurotta; STEFANATI, Armando y GREGORIO, Pasquale (2003): "Sociomedical indicators in the cholera epidemic in Ferrara of 1855", *European Journal of Epidemiology*, 18, 7, pp. 617-622.
- SERRALLONGA URQUIDI, Joan (1996): "Epidemias e historia social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865", *Historia Social*, 24, pp. 7-21.
- S.-GRANJEL SANTANDER, Luis y GRANJEL, Luis S. (1980): *El cólera y la España ochocentista*, Salamanca, Ediciones Universidad de Salamanca.
- SNOWDEN, Frank M (1995): *Naples in the Time of Cholera, 1884-1911*, Cambridge, Cambridge University Press.
- SPECK, Reinhard (1993): "The Cambridge World History of Human Disease", en KIPPLE, Kenneth F. (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 642-649.
- THOMAS, Amanda (2015): *Cholera: the Victorian plague*, Barnsley, RU, Pen & Sword History.
- TORIBIO ANDRÉS, Eleuterio (1944): *Salamanca y sus alrededores su pasado, su presente y su futuro*, [en línea] Salamanca, Talleres tipográficos Cervantes de Avelino Ortega, en: <http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/consulta/registro.cmd?id=712>.
- URQUIJO, José Ramón (1980): "Condiciones de vida y cólera: la epidemia de 1854-1856 en Madrid", *Estudios de Historia Social*, 4, 15, pp. 63-139.
- ____ (1983): "Madrid ante la epidemia de cólera de 1854-56", *Asclepio: Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 52, pp. 27-51.
- UZCANGA LACABE, Clara (2017): *Las referencias españolas de las primeras discusiones sobre enfermedades infecciosas entre bacteriólogos (Pasteur, Koch) e higienistas (Pettenger) (Resumen): Jaime Ferrán (1852-1929) y Ph. Hauser (1832-1925)*, Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- VIDAL GALACHE, Florentina (1989): "La epidemia de cólera de 1834 en Madrid, asistencia y represión a las clases populares", *Espacio Tiempo y Forma. Serie V, Historia Contemporánea*, 2, pp. 271-279.

VILLAR Y MACÍAS, Manuel (1887): *Historia de Salamanca*, [en línea] Salamanca, Imprenta de Francisco Nuñez Izquierdo, en: <http://bibliotecadigital.jcyl.es/i18n/consulta/registro.cmd?id=5850>.

VIÑES RUEDA, José Javier (2006): *La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de la sanidad navarra (1870-1902)*, Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.

La “peste atlántica” de 1600 en el Obispado de Cuenca: Estudio de caso, Palomares del Campo y San Clemente

The “Atlantic plague” of 1600 in the Bishop of Cuenca: case study, Palomares and San Clemente

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

José Andrés Prieto Prieto ^a

Palabras clave

Peste bubónica
Pandemia
Concejo
Cuarentena
Médicos

Resumen

La peste de 1600, por su intensidad, hace que deba ser colocada entre las grandes epidemias europeas de los tiempos modernos. Se desató en el puerto de Santander en 1596 extendiéndose por el resto de la Península. El impacto fue importante en el interior peninsular especialmente en alguna de las principales villas de la provincia de Cuenca sobre todo las situadas en las comarcas de La Mancha y Alcarria –no tanto la Serranía- por situarse éstas en las principales vías de comunicación entre Madrid y los puertos de la España, Valencia, Alicante y Murcia. El impacto demográfico fue muy desigual; mientras unas villas, como Palomares del Campo, apenas tuvieron contagios y defunciones debido a la rápida intervención del Concejo, otras como San Clemente tuvieron tasas de contagio y letalidad muy por encima de la media europea y castellana.

Keywords

Bubonic plague
Pandemic
Council
Quarantine
Doctors

Abstract

The plague of 1600, due to its intensity, makes it one of the great European epidemics of modern times. It was unleashed in the port of Santander in 1596, spreading throughout the rest of the Peninsula. The impact was important in the interior of the peninsula, especially in some of the main towns in the province of Cuenca, especially those located in the regions of La Mancha and Alcarria -not so much the Serranía- because they are located in the main communication routes between Madrid and the ports of Spain, Valencia, Alicante and Murcia. The demographic impact was very uneven; While some towns, such as Palomares del Campo, barely had infections and deaths due to the rapid intervention of the Council, others such as San Clemente had contagion and lethality rates well above the European and Spanish average

a Universidad de Murcia. C.e.: japrieto@um.es

INTRODUCCIÓN

El siglo XVI estuvo dominado por la presencia de la peste bubónica, enseñoreada prácticamente en todas las riberas del Mediterráneo, de forma casi endémica. En Castilla, sin ser excesivamente letal, estuvo presente a lo largo de todo el siglo XVI.

La centuria se inició con la peste de 1507 y se cerró con la de 1600 desatándose parcialmente en puntos concretos de Castilla en distintas fechas: 1518 en Valladolid, 1519 en Valencia, 1524 en Sevilla y Córdoba, 1527-30 en varios puntos de la Península, 1530 en el País Vasco, 1522 en Segovia, 1563 en Zaragoza, 1566 en Castilla la Vieja y La Rioja, 1589, 1579 en varios pueblos de Guadalajara y Toledo. La peste que se propagó por Castilla el último año del siglo XVI estuvo presente en muchas ciudades, villas y aldeas hasta finales del siglo XVII, siendo éste *el siglo de la peste* con tres brotes verdaderamente catastróficos: 1596-1602, 1647- 1652 y 1677-1648 (Pérez Moreda, 1980: 249-251).

La de 1600 fue llamada peste del norte o peste atlántica. Conviene recordar que de un total de 75 obras localizadas sobre la peste, que se publicaron entre 1475 y 1610, 38 lo fueron en torno a 1599 y 37 en el resto de todo ese largo período, dando una clara idea de su intensidad (Carreras, 1976).

A diferencia de otras crisis que azotaron a la población castellana, donde la mayor parte de los contagios procedían de algún puerto del Mediterráneo, ésta se propagó desde el Cantábrico, siendo Santander la ciudad donde se vivieron los primeros brotes de la enfermedad en noviembre de 1596 provocada, según Pérez Moreda (1980: 235) por la presencia en el puerto de un barco procedente de Flandes, donde la epidemia ya había causado estragos, con la tripulación enferma. La intensidad de esta crisis hace que deba ser colocada entre las grandes epidemias europeas de los tiempos modernos, más grave que en otras latitudes por estas fechas, como Inglaterra, Francia, aunque no tan especialmente catastrófica como otras incursiones de la peste en aquellos países a lo largo del siglo XVII. Se calcula que la pandemia finisecular supuso para Castilla una pérdida del 7,5% de la población; unas 600.000 víctimas de un total de 8.000.000 de habitantes (Pérez Moreda, 1980: 276-321).

La mayoría de los expertos coinciden en señalar que la crisis no se circunscribe, ni mucho menos, al marco de los centros urbanos; es más, en los núcleos rurales del interior hubo muchos más muertos y afectados que en las ciudades. La intensidad de la crisis fue máxima en el interior de Castilla, en las zonas más pobladas, mientras que las zonas marginales, como pueden ser las sierras, el impacto fue menor; así en el obispado de Cuenca los principales casos de peste los encontramos en la Mancha y Alcarria mientras que la Sierra al parecer estuvo menos expuesta.

Aun siendo esto así, el presente trabajo viene a demostrar que la peste no se comportó de la misma manera, en cuanto a contagios y letalidad, en todos los núcleos conquenses afectados por la peste. Mientras unas poblaciones como Huete o San Clemente tuvieron unas pérdidas enormes de población, otros como Palomares del Campo apenas tuvieron víctimas mortales. La clave, como siempre, estuvo en las decisiones

que llegaron a tomar los encargados de gestionarla; es decir, las autoridades municipales: corregidor, alcaldes y regidores.

Hasta el siglo XVIII, en que desaparece casi por completo la pandemia, sin que a ciencia cierta pueda decirse el porqué, las pestes vinieron azotando periódicamente, casi permanentemente, a la población mundial y muy particularmente a la población europea. Su intensidad varió al compás de las circunstancias, en especial de las economías, pero siempre constituyeron una amenaza hasta para los países más prósperos (Nadal, 1982: 8).

Evidentemente, no siempre la peste tuvo la misma intensidad, ni todas las zonas fueron contagiadas por igual. En función del incremento de la mortalidad, Livi Bacci (1978: 10) sugiere que debe existir más de un 50 por 100 en el incremento de la mortalidad normal para hablar de una "petite crise", mientras que para hablar de las grandes crisis, la mortalidad debe cuadruplicarse, con lo cual el impacto de las crisis sobre el crecimiento o el declive demográfico debe venir determinado tanto por la frecuencia de la crisis como por su severidad.

Las crisis de mortalidad en la Europa de los primeros siglos de la Edad Moderna se debieron a una variedad de causas. Fundamentalmente, la población moría por inanición o como consecuencia de una enfermedad, probablemente de origen infeccioso. Recientemente existe la tendencia de afirmar que la muerte por inanición era realmente rara, que el sistema agrícola de los primeros siglos de la Edad Moderna en Europa era suficiente para alimentar a la población, por lo que la causa de la muerte en una "crise de subsistance" fue, por lo general, una enfermedad específica, aunque sin duda en muchas situaciones de escasez grave de alimentos la enfermedad que ocasionaba la muerte fue producida por una terrible situación de subalimentación (Flinn, 1989: 78). Los contemporáneos, no obstante, tenían conciencia de que la peste y el hambre, especialmente para las capas más humildes y vulnerables de la sociedad iban totalmente de la mano; decía Mateo Alemán en su novela picaresca *Guzmán de Afalache*, publicada precisamente en este periodo, "*líbrate Dios de la muerte que baja del norte y del hambre que sube del sur*" (Pérez Moreda, 1980: 271).

La peste, en cualquier caso, fue considerada como una manifestación de la ira de Dios por los pecados de los hombres; por lo tanto no hubo nada que el hombre pudiera hacer aparte de la oración y la exhortación a observar una conducta menos pecaminosa. Sin embargo, algunas autoridades civiles y médicas, observando el proceso de infección, en especial su aparición en una comunidad tras algunos indicios de su existencia anterior en algún otro lugar, con el que la comunidad tenía algún tipo de contacto, propusieron diversas formas de aislamiento, en un intento de romper la cadena de infección. Cada vez hay más datos que nos llevan a pensar que la derrota de la peste bubónica, entre el decenio de 1640 y la década de 1670, se debió al triunfo de la organización humana para aislar la enfermedad; sin embargo su etiología no se comprendió hasta las postrimerías del siglo XIX, cuando se descubrió que el agente de la infección de la peste era el bacilo *Pasteurella pestis*, que se introduce en la sangre de las ratas y del hombre a través de la mordedura de la pulga. La pulga de la rata, *Xenopsylla cheopis* (aunque se conocen

otras pulgas portadoras), ingiere el *Pasteurella pestis* al succionar la sangre de una rata infectada. Cuando muere la rata, la pulga busca un nuevo huésped que encuentra en los vecinos humanos de la rata. Las ratas eran estrechas compañeras del hombre en los siglos XVI y XVII, cuando compartían casas, barcos y despensas (Flinn, 1989: 87-89).

Las epidemias de enfermedades infecciosas se producían totalmente al azar; sus ataques irregulares eran independientes de los ciclos irregulares de las cosechas, aunque en algunas ocasiones las crisis más agudas, como las de España en 1597-1603 y 1647-1652 y Francia en 1672, fueron producidas por esa coincidencia. Con frecuencia, durante las crisis graves de hambre se producían epidemias a las que la comunidad bien alimentada pudo resistir mucho mejor.

Los efectos demográficos de las epidemias han sido determinados por su difusión espacial, así como por su severidad y frecuencia (Livi-Bacci, 1982: 80). Pocas epidemias alcanzaron difusión a escala continental; excepto la Peste Negra de mediados del siglo XIV y el cólera del decenio de 1830, en Europa no se producen episodios graves de contagio general en los siglos intermedios.

A escala europea podemos decir que la enfermedad pasó a ser endémica aunque determinados países, regiones o lugares, sufrieron la enfermedad como epidemias periódicas. No hubo un año en el que pueda hablarse de un fenómeno europeo general, aunque a escala continental hubo numerosas epidemias locales y regionales y todos los países, desde el sur al norte de Europa y desde este al oeste, se vieron afectados.

Todos los ayuntamientos de las principales ciudades italianas bien de forma permanente, bien cuando sospechaban que la peste podría llegar a la localidad organizaban comisiones formadas por varios regidores denominados consejos de salud. Los consejos de salud tenían dos funciones fundamentales: arbitrar medidas que se tomaban antes y durante una epidemia, entre las que podía incluirse la creación de un *cordons sanitaire* y de lazaretos de cuarentena, además de la actuación en todo momento de un servicio de inteligencia o información cuyo objetivo era conocer por anticipado la aparición de la peste en las proximidades o en cualquier lugar próximo o distantes con el que la ciudad tuviera lazos comerciales. Se nombraban corresponsales en los puertos o centros terrestres importantes del extranjero para mantener al consejo de salud informado sobre la situación de la infección (Cipolla, 1973).

La experiencia italiana también cundió con rapidez en las distintas ciudades españolas; así en Barcelona el Consell de Cent, a mediados del siglo XVI, nombraba una de estas juntas sanitarias permanente, la Junta del Morbo, constituida por los consellers y un número determinado de personas encargadas de su asesoramiento. Sus decisiones afectaban no sólo a la ciudad de Barcelona sino que eran extensibles al resto de villas y pueblos del principado (Beltrán, 1993: 213). En Córdoba, el concejo nombraba a finales del siglo XVI unas Juntas o Diputaciones de Salud (Ballesteros Rodríguez, 1982: 163).

Parece ser que en Castilla las juntas locales sanitarias estuvieron formadas por representantes de diversos sectores de la vida municipal al frente de las cuales estaba el corregidor (Prieto Prieto, 2007: 250-255), pudiendo estar asesoradas por algunos

especialistas de la medicina, como ocurrió en Valladolid durante el contagio de 1599 (Rojo Vega, 1989: 21). En casos concretos, como Madrid, sede del gobierno monárquico, el mismo Consejo de Castilla, ayudado por miembros del ayuntamiento, participó en la guarda de la ciudad en alguna ocasión (Arquiola et al., 1976: 30).

En tierras de jurisdicción señorial la situación pudo ser muy dispar; así en villas como Cabra (Córdoba) durante la epidemia de 1648 a 1651, era el propio señor de la localidad el que designaba los miembros que componían la junta sanitaria (Luque Muriel, 1989: 87-108); en otros lugares como Gandía, las decisiones tomadas por las autoridades municipales fueron fruto de continuas disputas con el señor a cuya jurisdicción correspondía la villa (La Parra López, 1984: 73).

En tierras de Aragón hay que destacar el papel de la monarquía y sus órganos inmediatos, como el Consejo de Aragón, en la articulación de medidas contra la epidemia desde un nivel superior al poder municipal (Maiso González, 1982: 54-56).

Una de las funciones fundamentales de las juntas de sanidad era poner en cuarentena a la ciudad o los lugares afectados. Un excesivo rigor en la aplicación de las cuarentenas podía ocasionar graves perjuicios económicos a los comerciantes que, en tales casos solían quejarse. A veces los intereses económicos y hacendísticos contaban mucho más, de ahí que, en muchas ocasiones, las autoridades aplicasen una política del "disimulo" (Villari, 1987: 18-19); así, por ejemplo, Barcelona siempre jugaba en función de sus intereses particulares, potenciando el incumplimiento deliberado de su propia normativa si así interesaba (Beltrán, 1996:238).

A las epidemias que se difundieron por el occidente de Europa, Braudel (1987) ha querido hallarles un epicentro en la lejana Constantinopla. La tendencia a que la peste se difundiera por toda Europa desde el Este hacia el Oeste cuando estallaba una epidemia nunca pasó inadvertida: fuera cual fuera su origen, la infección penetraba en Europa occidental desde los territorios turcos. En el siglo XVII no faltaron teorías disparatadas que culpaban del contagio a posibles "untadores" y que sirvieron de chivos expiatorios, tal y como ocurrió en la ciudad de Milán con ocasión de la peste de 1630 donde un grupo de hombres tras sufrir innumerables suplicios fueron condenados a una muerte atroz por el tribunal de la Inquisición después de ser denunciados como propagadores de la peste (Manzoni, 1984).

En el siglo XVIII, siguiendo la opinión de los médicos, el gobierno Habsburgo promulgó una serie de decretos que convirtieron los 900 kilómetros de frontera militar entre los imperios Habsburgo y Otomano en un gigantesco y permanente cordón sanitario. El movimiento a lo largo de la frontera se controlaba por la fuerza permanente de los campesinos que recibían tierras en los territorios conquistados a cambio de un servicio de cinco meses en la frontera. Lo que, tal vez fue el mayor cordón sanitario que el mundo haya conocido estaba reforzado por un servicio de inteligencia que alertaba al gobierno Habsburgo de la situación de peste en todas las partes del imperio Otomano. Este sistema se mantuvo, con algunas modificaciones, hasta 1873. Aunque no garantizaba totalmente que la infección no penetrara la frontera, los casos en que eso sucedía

eran raros y la enfermedad se controlaba con relativa facilidad, gracias a las medidas de tipo local que se venían aplicando desde hacía siglos.

Probablemente la peste bubónica se extinguió en Europa occidental durante el siglo XVIII gracias a la enérgica acción local que impedía que la enfermedad se extendiera entre los vecinos de una localidad pero también gracias a la acción gubernamental que obstaculizaba e impedía la migración internacional de la infección. (Flinn, 1989:82).

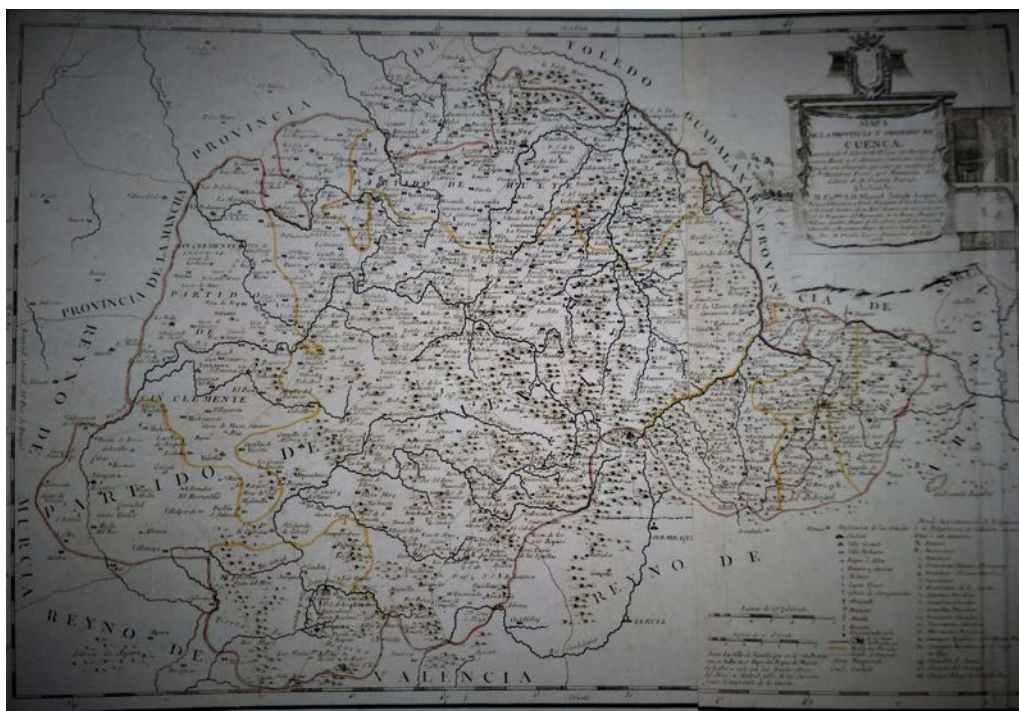
Precisamente el objetivo del presente trabajo es comparar las actuaciones de gobiernos locales en el obispado y provincia de Cuenca ante la inminente llegada de la peste atlántica de 1600. La tarea no ha sido fácil pues para esta provincia la peste finisecular ha sido la gran desconocida. Para el presente trabajo, una comparativa referente a la actuación de las autoridades de varios concejos, hemos utilizado las actas capitulares del concejo de Palomares del Campo que se guardan en el archivo de la iglesia parroquial y que un día utilicé como fuentes primarias fundamentales para la defensa de mi tesis doctoral (Prieto Prieto, 2007); en dichas actas se conserva la única referencia a la peste de 1600 en Palomares del Campo. Para Huete, uno de los municipios más afectados, apenas he obtenido información pues curiosamente en el Archivo Histórico Municipal de aquel municipio alcarreño faltan las actas de esos años; las únicas referencias de la gravedad de la peste en aquella localidad las hemos obtenido en el archivo palomareño. También hemos utilizado las actas capitulares del Archivo Municipal de San Clemente, de muy difícil acceso pues no está abierto al público, por lo cual he tenido que complementar dicha documentación con una colección de documentos inéditos de los años 70 (Torres Pérez, 1975). Salvo en algún caso puntual (Azpiazu, 2011) creemos que el tema de la actuación concejil en esta epidemia está muy poco estudiado para el conjunto peninsular por lo que con este trabajo pretendo aportar mi grano de arena al conocimiento de esta faceta de la peste.

1. ESTUDIO SOCIO-ECONÓMICO DE PALOMARES DEL CAMPO Y SAN CLEMENTE

Como es bien sabido, la actual provincia de Cuenca, a efectos geográficos se divide en tres comarcas: Alcarria, Sierra y Mancha, aunque, a efectos agrarios, la Mancha se subdivide en Mancha Baja, Manchuela, Mancha Alta y la Sierra en Serranía Alta, Media y Baja. En 1584, la provincia de Cuenca se dividía en tres partidos a efectos administrativos y contributivos: el partido de Cuenca, en el que quedaba incluido el Marquesado de Moya, el señorío de Molina y la Tierra de Requena; el partido de Huete, en el que quedaban incluidas, la Tierra de Villarejo, Tierra de Montalbo y Tierra de Pareja y el partido de San Clemente. En 1586 el Marquesado de Villena se divide en dos corregimientos, el de Chinchilla que queda dentro del obispado de Cartagena y el de San Clemente dentro del obispado y provincia de Cuenca (Santamaría Conde, 1997).

Mapa 1

Provincia y obispado de Cuenca, Tomás López, siglo XVIII



Fuente: Archivo Histórico Nacional

San Clemente se convierte en cabeza de Partido, con residencia fija del corregidor, siendo conocido como el Partido de las 17 villas, pues tal era el número de pueblos comprendidos: Villarrobledo, La Alberca, Las Mesas, Pedroñeras, El Pedernoso, Quintanar del Marquesado, Santa María del Campo, Minglanilla, Tarazona, Villanueva de la Jara, Barchín, Motilla, Iniesta, El Peral, El Cañavate y Vara del Rey y Pozoamargo (Torres Pérez, 1975: 398-394).

Aunque el comienzo y el final del siglo XVI, desde el punto de vista demográfico, fueron verdaderamente catastróficos, podemos afirmar que el obispado de Cuenca experimentó a lo largo de la centuria un notable crecimiento de la población. En las respuestas que dan los pueblos en las *Relaciones Topográficas* en 1578 todas las villas afirman que han experimentado un fuerte crecimiento en los últimos 70 años por ser lugares sanos y sin enfermedades, tal y como responde Carrascosa del Campo (Zarco Cuevas, 1993: 211)

"Respondiendo al segundo capítulo declararon: que en la dicha villa al presente hay número de seiscientos y setenta y seis casas y vecinos, sin los clérigos, que son hasta seis, poco más o menos, y que éstos que declaran vieron esta villa con fasta doscientos y cincuenta vecinos y que la causa cómo ha venido en crecimiento entienden porque en esta villa ha habido salud y no muertes muchos años ha y es lugar sano y la gente de él no se sale a casar fuera".

La provincia de Cuenca no se vio especialmente afectada, como el resto de Castilla, a partir de 1555, cuando se extiende otro ciclo pestífero que va a durar hasta los

años sesenta; es posible que en 1558 apareciera algún conato en Villanueva de la Jara (Santamaría Conde, 1997: 27); tampoco se vio afectada por la peste presente casi de forma endémica en muchos lugares de la Península durante las décadas de los 70 y 80. Habrá que esperar a 1599-1600 para que la provincia sufra el paroxismo de *la gran peste* (Pérez Moreda, 1980).

El antecedente más inmediato de la crisis de 1600 hay que buscarlo noventa y tres años atrás en la otra gran peste, la de 1507. La conjunción de la crisis agraria y de la crisis epidémica se manifestó agudamente a partir de 1504. La crisis agrícola estalla con violencia en 1505 y la peste en 1506.

No obstante, 1507 se puede considerar como el año más desastroso desde el punto de vista epidémico. En la Península Ibérica prácticamente ninguna región se salvó de la enfermedad. Una crónica de la época de los Reyes Católicos recogida por Pérez Moreda (1980: 248) dejó una referencia clara de la catástrofe:

"En todas estas provincias y en otras muchas de Castilla despoblaron sé los lugares e las villas e dexadas sus casas e naturalezas se ivan los onbres e las muxeres de unas tierras a otras con sus hijitos acuestas por los caminos a buscar pan, e con otros por las manos, muertos de hambre, demandando por Dios a los que lo tenían que era muy grand dolor de ver. Y muchas personas murieron de hambre".

Si consultamos las *Relaciones Topográficas de Felipe II* para el obispado de Cuenca (Zarco Cuevas, 1983) podremos comprobar cómo la mayoría de los encuestados hacia 1575 o 1578, que por otra parte solían ser los ancianos venerables de las localidades, hombres de más de 70 años, manifiestan que la construcción de ermitas por voto a San Roque, San Sebastián, Santa Ana u otros santos y las romerías y procesiones a estos lugares, se debieron al voto particular que hicieron los vecinos cuando se declaró la peste setenta años atrás. En las respuestas de Villarrubio que en 1507 era una sencilla aldea dentro del alfoz de Uclés, todavía recuerdan que la peste duró desde el 15 de agosto, fiesta de Nuestra Señora, hasta el 27 de septiembre, festividad de san Cosme y san Damián. Al parecer todos los vecinos de la aldea salieron huyendo excepto 7 vecinos que se quedaron y cuando, pasada la pandemia, los huidos regresaron a su aldea encontraron ésta vacía; los siete que no huyeron habían fallecido (Zarco Cuevas, 1983: 617).

Las Mesas, por ejemplo, declara que se juró la festividad de San Sebastián por la pestilencia *"que fue en el año siete y después acá no se ha visto esta enfermedad en este lugar"*; en El Peral declaran que en una casa durmieron una noche dos valencianos contagiando a la hija del dueño; tras el hecho hicieron voto a San Cosme y San Damián y nunca más hubo peste. En la Puebla de Almoradiel, declaran que se votó la fiesta de San Sebastián porque *"más ha de setenta años por razón que en esta villa hubo muy gran pestilencia"*. De las respuestas de los 58 pueblos del obispado de Cuenca que se conservan en el Escorial, al menos 28 declaran tener algún voto a San Roque, San Sebastián, Santa Ana u otros santos cuando tuvieron o se salvaron del año de la peste: 1507 (Zarco Cuevas, 1983). Según William y Christian (1991: 49) muchos pueblos hicieron votos como consecuencia de la catástrofe provocada por la peste; los aldeanos

prometían devoción, ayuno y obediencia a cambio de la intercesión del santo ante Dios ya que el pueblo tenía la idea de un Dios encolerizado que intervenía directamente en los asuntos humanos.

Desde el punto de vista demográfico la población de Palomares del Campo se amolda bastante bien al modelo genérico que podemos considerar para Castilla. En primer lugar un fuerte crecimiento en el siglo XVI: ya que si en 1553 contaba con 260 vecinos, en 1591 llegó a tener 430. El siglo XVII va a ser un siglo de declive demográfico, de tal manera que a comienzos del siglo XVIII contaba la villa con tan sólo 130 vecinos. Históricamente, la villa va a pertenecer a la provincia de Cuenca, pues es esta ciudad quien habla por ella en Cortes. Dentro de la provincia va a formar parte del corregimiento de Cuenca y Huete. A efectos contributivos va a pertenecer al Partido de Huete, sexmo del Campo, primero como aldea dentro de su alfoz y después de 1553 como villa eximida. Desde el punto de vista económico la principal actividad era la agricultura del cereal, trigo y cebada y algunos ganados transhumantes que, al final de la centuria, al igual que el resto de la ganadería conquense, mostraban claros signos de decadencia. La economía era básicamente de subsistencia donde el pósito municipal, administrado por el concejo jugó un papel muy importante en época de malas cosechas para que al campesinado no le faltara trigo para sembrar ni pan para comer. No había ningún tipo de industria de exportación. El espectacular crecimiento de población que experimentó Palomares desde mediados del siglo XVI fue acompañado de unas necesidades expansivas de la agricultura. Un momento clave en esa expansión lo tenemos en 1560 cuando la villa amplía su término municipal incorporando el de la aldea de Fuente del Pez, comprado ese mismo año, aunque la gran fiebre expansiva se produce en la década de los noventa, cuando el concejo decide roturar todas las tierras que pertenecían a sus bienes de propios. Se roturaron algunos bienes comunales, como los dos ejidos y cien almudes de tierras baldías y la dehesa de San Cristóbal, que hasta la fecha se venía utilizando como usos ganaderos (Prieto Prieto, 2007: 299-300).

A finales del siglo XVI, San Clemente se encontraba en plena expansión demográfica, política y económica. Su población creció sin interrupción; en tan solo 150 años pasó de tener 130 vecinos en 1.445, cuando siendo aldea de Alarcón se convierte en villa eximida, a tener más de 1.800 en 1600. A mediados del siglo XVI se convierte en la villa más importante y capital del Marquesado de Villena ya que se establece de forma fija y permanente la residencia del gobernador; una de las funciones principales del gobernador era la de administrar justicia y atender las apelaciones de sentencias dadas en primera instancia en los demás municipios. De esta manera, hacia 1600, San Clemente era el principal centro económico y administrativo de La Mancha puesto que, aunque había dos corregimientos, era en esta villa donde todos los pueblos del marquesado, antes y después de 1586, ingresaban el producto de alcabalas y tercias. En el primer tercio del siglo XVI la principal actividad agrícola era el cultivo de la vid, floreciendo una creciente industria vinícola de exportación; el vino se vendía en las ciudades de Cuenca o Madrid, aunque también las vecinas villas del marquesado preferían el vino de San Clemente por su excelente calidad (Santamaría Conde, 1997:18).

2. DESARROLLO Y EXPANSIÓN DE LA PESTE EN LAS ZONAS DE ESTUDIO (1596-1601)

En 1591 se advierte una mortalidad anómala en Castilla la Nueva. En alguna de las villas de la provincia de Cuenca como Motilla del Palancar y Belmonte, la mortalidad adulta se eleva al doble y en otras, como Barajas de Melo y El Cañavate, además de elevarse la mortalidad, la natalidad registra pérdidas de más de dos terceras partes de sus niveles habituales (Pérez Moreda, 1980: 248-256). Sin embargo, no tenemos registros que demuestren que el aumento de la natalidad obedezca a motivos pandémicos.

El gran desastre se va a producir de 1599 a 1602 en alguno de los municipios conquenses como consecuencia de *la gran peste* como es el caso de la ciudad de Huete o la villa de San Clemente, ambos cabeza de corregimiento.

Uno de los itinerarios de la peste de 1599 se muestra con claridad descendiendo de las costas cantábricas (Vicent, 1976: 5-25), a través de Burgos (Brumont, 1987) y por tierras de Aranda, cruzando, después de esparcirse por Castilla la Vieja (Díez Sanz, 1995), la cordillera Central, por el puerto de Somosierra, para invadir Madrid y toda la zona centro del norte de Castilla la Nueva (Benassar, 1969:43). Las referencias a los diversos casos andaluces y portugueses: Sevilla, Jaén, Cádiz, Lisboa, no dejan ningún lugar a dudas respecto a la extensión de la peste finisecular, por toda Andalucía. En el caso andaluz y, desde luego, en el portugués, la epidemia pudo tener un carácter relativamente independiente de la que se extendió por el norte y centro de la Península (Pérez Moreda, 1980: 260).

Al parecer la epidemia se declaró en el verano de 1599 y, tras permanecer larvada en el invierno, reapareció en la primavera de 1600 en ciudades como Sevilla, León, Segovia y Valencia. En ese año la ciudad de Sevilla se vio obligada a improvisar hospitales y procurar servicios médicos extraordinarios para atender a las víctimas de la enfermedad; a comienzos del verano, la cofradía de la caridad había agotado sus reservas para sufragar funerales de caridad (Carmona García, 2004: 147-202). El índice de mortalidad de los pacientes admitidos en el hospital real de Granada, desde el 6 al 20 de agosto de 1600, fue extraordinariamente alto. En mayo de 1601 también está documentada la peste en Córdoba (Ballesteros Rodríguez, 1992: 104).

Los fuertes aumentos en la remuneración de casi todas las categorías de trabajo, en todas las regiones de 1601 a 1605, se debieron principalmente a la epidemia de 1599-1600, que eliminó una importante porción de la población española, sobre todo en Andalucía y Castilla la Nueva (Hamilton, 1983: 231). En esta última región, en agosto de 1599 está documentada la presencia de la peste en Madrid; en ese año hay un aumento de fallecimientos, con respecto a años anteriores, de un 39 a un 50%. No obstante, aunque hubo muchas víctimas, no fueron en un número tan elevado que dejara diezmada la capital. Como es fácil de suponer, en una concentración urbana del tamaño de Madrid, la propagación de la epidemia podría haber sido fácil, sin embargo, Madrid se convirtió en el refugio de los angustiados que venían de fuera, pues por ser residencia del rey y por la presencia de una serie de hospitales y fundaciones pías, pensaban que

allí se podía velar mejor por la salud de la población. Hay que tener presente que la gran novedad de esta peste, frente a las anteriores, fue su letalidad en el mundo rural (Alvar Ezquerro, 1989:85-89). También en este año se manifiesta en algunos núcleos toledanos, Burguillos, Almonacid de Toledo, Orgaz y Villacañas.

En la provincia de Cuenca, irrumpió con fuerza en 1599, siendo la villa de San Clemente y la ciudad de Huete, ambas cabezas de corregimiento, las que sufrieron un mayor impacto. En el verano de 1599 está presente en Belmonte, El Cañavate, Barajas de Melo y Huelves, pueblos donde la mortalidad se disparó (Pérez Moreda, 1980). En agosto de ese año, la ciudad de Huete, cabeza de corregimiento, rápidamente envió mensajeros a las villas de su partido, ordenando que se *guardasen de la peste*. El 2 de agosto llegó el alguacil de la ciudad, Luis de Ávila, a la villa de Palomares del Campo *"con un mandamiento del corregidor ynsera una cédula Real, mandando a esta villa en la guarda della sobre la peste guardase y tuviese el orden"*¹. En el verano de 1600 la peste llegó a San Clemente y a Iniesta (Santamaría Conde, 1997: 28-54). A la villa de Palomares del Campo la peste llegó en el otoño del mismo año, en concreto, el jueves 12 de octubre; en esta villa el impacto fue mínimo –como después veremos– pues se cumplió un estricto protocolo de cuarentena².

La propia ciudad de Huete, que tantas molestias se tomó con las villas de su partido, un año antes para evitar que se contagiasen, en el verano de 1600 se vio fuertemente apestada. La noticia de la peste de Huete llegó incluso a la villa de Albacete, donde se temía un contagio tanto desde Andalucía (Sevilla, Córdoba) como desde Cuenca (Huete, Iniesta, San Clemente), adoptándose, a mediados de 1600, las medidas preventivas oportunas (Santamaría Conde, 1997: 28-54). Huete, un año después, septiembre de 1601, aún no había superado la pandemia y las propias villas de su partido tuvieron que enviarle alimentos.

Eso sí, la solidaridad por parte de los pueblos vecinos en estos casos tan graves siempre estuvo presente. En el caso de Huete el concejo Palomares del Campo ordenó gastar del caudal de tercias 461 reales para comprar comida *"que se tuvo de gasto en ynvíar a la ciudad de huete al tiempo questubo apestada en huebos y otras cosas de socorro"*³. Las villas próximas a San Clemente también mostraron rápidamente su solidaridad; el 2 de septiembre la villa de Villarrobledo envía una carta al concejo ofreciéndole su ayuda; 4.000 fanegas fueron inmediatamente enviadas⁴ y el 3 de octubre reciben una carta de la villa de La Roda: *"ofreciendo a esta villa lo que fuere necesario respeto de la enfermedad que al presente tiene: acordose que respondan agradeciendo el ofrecimiento"*⁵.

1 A.P.P.C., L.A.M. 1599, Acta: 2-VIII-99, fº 188r.

2 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 15-X-00, fº 229v.

3 A.P.P.C., L.A.M. 1601, Acta: 21-IX-01, fº 247v. y 1602, Acta: 13-IV-02, fº 259v.

4 A. M. S. C., L.A. M., 1600, Acta: 2-IX-1600.

5 A. M. S. C., L.A. M., 1600, Acta: 3-X-1600.

La peste se desencadenaba con los calores del verano y se apaciguaba en el invierno. Lo mismo podría decirse con respecto a las demás epidemias del mediterráneo, salvo el tifus exantemático, mal endémico en el norte de África, que remitía a la llegada del verano (Braudel, 1987: 342).

3. DOS MANERAS DE GESTIONAR LA CRISIS

Cuando aparecía la peste en una localidad era el concejo, haciendo uso de sus competencias, el encargado de gestionarla tomando decisiones.

Pocos asuntos de la vida local escapaban a la intervención de la junta concejil, de tal manera que, analizando los distintos acuerdos, año tras año, podemos obtener una fuente de información muy importante a la hora de reconstruir los distintos aspectos económicos, sociales, políticos y culturales.

En lo que los oficiales denominan juntarse *"a proveher y deliberar las cosas tocantes al concejo y gobierno y bien de la rrepublica"* y de las órdenes que emiten, para conseguir ese buen gobierno, se desprenden todas las funciones y facultades que desarrollaba el concejo. Los oficiales, justicia y regimiento solían referirse a gobierno y bien de la república; los elementos esenciales de ese buen gobierno eran: paz, sosiego, concordia y amor entre los habitantes de cualquier demarcación política (Prieto Prieto, 2007).

El mantenimiento de la paz entendía, no sólo el bien común del pueblo, sino el principio sobre el que se basaba el servicio a Dios y al Rey.

La junta concejil, en el ejercicio de competencias, abarcaba un amplio campo de actuaciones: administración de los bienes de propios, gestión de los bienes comunales, abastecimiento de la villa, revisión, vigilancia y defensa de los términos municipales, promoción de obras públicas, prevención de epidemias y enfermedades contagiosas, patrocinio de fiestas, cumplimiento de las órdenes reales, especialmente en lo referente a exacción, etc.

Los registros municipales de las villas de Palomares del Campo y de San Clemente nos han aportado la suficiente información para poder ver cómo la gestión municipal y las decisiones que tomaron sus ministros fueron determinantes para la salud y la vida de muchas personas.

En el caso de Palomares del Campo la peste llegó en el otoño de 1600, en concreto, el jueves 12 de octubre. El brote apareció en casa de un vecino, Matías de la Fuente, donde *"dio una enfermedad de la qual murió su muger y enfermaron él y sus cinco [hijos] y dellos murieron otros tres hijos"*⁶.

6 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 15-X-00, fº 229v.

El concejo rápidamente tomó cartas en el asunto y, ante la sospecha de que se trataba de un brote de peste, hizo llamar a un médico y un cirujano de fuera⁷, quienes, en efecto, confirmaron que se trataba de la temida enfermedad. La primera medida que se adopta es sacar a los apestados de la villa y ponerlos en cuarentena, al igual que a las personas que habían estado en contacto con ellos:

*"para su remedio se llevaron el dho. Matias de la fuente e hijos a San Crystoval, hermita fuera desta villa questa en parte alta y dispuesta para no comunicarse con la gente de la villa donde están [...] y ansi mismo estevan sánchez vecino desta uilla y persona que a llevado, digo, ydo a enterrar los difuntos a la hermita al qual se le a mandado se esté en la ermita y por agora no venga a la billa"*⁸.

Estaban Sánchez, que posiblemente era el enterrador de la villa, como se encargó de enterrar a los apestados que murieron fuera de la población, fue puesto en cuarentena fuera de la población, a la vez que se encargó de alimentar a los afectados.

Otra medida que se adoptó fue la de cerrar la casa donde vivían los apestados, quemar los enseres e, incluso, se prohibió el tránsito por la calle donde estaba ubicada la vivienda⁹.

Del mismo modo, el concejo nombró como diputado a Julián de Valdés, regidor, para que comprase ropas nuevas y, terminada la cuarentena de los afectados, poder *"vestirlos de cordellate, dalles camisas"*¹⁰, pues las recomendaciones en la época eran que, en tiempos de peste, los ciudadanos debían *"andar linpio, mudar camisa y ropa limpia amenudo"* (Alvar Ezquerra, 1989: 91). Lo que demuestra que la limpieza y la higiene fue motivo de preocupación de los más avisados.

Como la mayoría de los expertos comulgaba con las teorías de Galeno, quien consideró que las infecciones provenían de la putrefacción esencial del aire, producida por los cadáveres sin enterrar o por vapores corruptos, se optó por llevar a los afectados a un lugar, lo más alto posible, la ermita de San Cristóbal, *"fuera desta uilla questá en parte alta y dispuesta para no comunicarse con la gente de la villa"*¹¹, donde se suponía el aire era más puro. Hay que tener en cuenta que durante toda la Edad Moderna, y hasta la introducción de los antibióticos en el decenio de 1840, no existía posible cura para la peste bubónica; la única esperanza de contrarrestarla residía en la prevención y la limitación. También es curioso observar cómo a los enfermos se les mandó un tratamiento por prescripción médica; medicinas que se encargó de comprar el concejo¹². No sabemos que medicinas se recetaron aunque en esta época, los remedios espirituales,

7 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 1-XII-00, fº 231r.

8 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 20-XII-00, fº 232r y Acta: 22-XII-00, fº 233v.

9 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 1-XII-00, fº 231r. Se llegaron a quemar los enseres de Julián Pablo y su nieta, posiblemente vecinos de los afectados, "para el remedio de la peste" (A.P.P.C., L.A.M. 1601, Acta: 29-XII-01, fº 252v.).

10 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 9-XI-00, fº 231r.

11 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 15-X-00, fº 229v.

12 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 20-XII-00, fº 232r.

como el confesarse, y terrenales, como el aislamiento, tenían algún acompañamiento con recetas de incierta eficacia: mezcla de frutos secos con ruda aún verde, sal, miel y azúcar y, naturalmente, la curalotodo piedra bezoar, o las píldoras del moro Razés; acompañando a cualquier preparado *un buen vino blanco* (Alvar Ezquerro, 1989: 91).

Además de estas medidas de orden interno, se adoptaron otras de cara al exterior, y fue el poner la villa en cuarentena, con respecto al territorio circundante. La virulencia del azote en el recién estrenado reinado, impele a Felipe III a solicitar a Luis de Mercado, médico de su cámara y de su Protomedicato, que se elaborase una especie de manual contra la peste:

"Para que en todas las provincias y ciudades, villas y lugares dellos, se entienda y sepa con certidumbre qué enfermedad es, y qué orden se debe tener en la guarda y providencia de los lugares sanos y cómo se atajará en los que ya están tocados y lo que cada uno debe hazer en guarda y defensa de su salud y cómo y con qué se curarán los que ya estuviesen heridos".

El 9 de noviembre el concejo decide enviar a una persona *"que se baya a Huete sobre la peste y se tome allí la Raçon de lo que se despachó para quencia y madrid"*¹³. Lo que se ordenó en Huete, fue que nadie entrase ni saliese de la villa, para lo cual el concejo nombraría unas personas encargadas de vigilar las entradas y salidas. El concejo nombró a Juan Lozano y Francisco Valiente, que guardaron la villa, al menos durante 18 días¹⁴. Además, la villa quedó incluida en una lista, *"la tablilla"*, en la ciudad de Cuenca, donde constaba las ciudades, villas y lugares de los corregimientos o del obispado, en las cuales no se podía entrar ni salir¹⁵.

El poner la villa en cuarentena no supuso ningún trauma ni para el concejo ni para los vecinos pues el pósito municipal estaba totalmente abastecido y el precio de la fanega de trigo totalmente estable, 14 reales la fanega, precio de la tasa de aquel año (Prieto Prieto, 2007: 318-319). Hay que tener en cuenta que las villas tenían más miedo al aislamiento que al propio contagio y que la sensación de desabastecimiento podía provocar inseguridad, incertidumbre y el pánico pues, por regla general, dicho desabastecimiento generaba más muertes que la propia peste (Azpiazu, 2011: 24-25).

La peste de 1600 en Palomares del Campo, la debemos considerar como un simple conato; en ningún caso se puede hablar de una gran epidemia que diezmará la población. Bien fuera porque la epidemia se desató tarde, ya entrado el otoño, y la bacteria de la peste (*Yersinia pestis*) no actúa en el invierno porque sólo es activa con temperaturas entre 15-20°C (Carreras Panchón, 1991: 16) bien por la contundente y eficaz actuación del concejo, lo cierto es que tan sólo un mes después de declararse, el concejo consideró que el peligro ya había pasado. A principios de noviembre de ese año, el concejo de la villa envió a una persona a Huete para informarse de lo despachado para Cuenca y Madrid. A este emisario se le recomienda que intente sobornar al alcalde

13 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 9-XI-00, fº 230v.

14 A.P.P.C., L.A.M. 1601, Acta: 21-III-01, fº 241v.

15 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 1-XII-00, fº 231v.

mayor de aquella ciudad, para que diese buenos informes y así, posteriormente, poder ir a Cuenca y solicitar *"en aquella çudad se omita de la tablilla a esta vylla"*¹⁶. Esto era importante pues significaría liberar la villa de la cuarentena y normalizar las relaciones, especialmente comerciales, con el exterior.

Todo parece indicar que en el mes de diciembre la villa recobró la normalidad. Los últimos libramientos para este fin se hicieron en este mes. El 1 de diciembre mandaron librar en el receptor de Propios 5.380 maravedís que Eugenio de Agreda, alcalde ordinario de la villa gasto *"en las ziudades de huete y Cuenca quando fue a negoçiar quitar esta uilla de la tablilla de los apestados"*¹⁷. Del mismo modo el 22 de diciembre hace el último libramiento; por orden del concejo se pagan 16 reales a Julián de Valdés, regidor, *"de tres días que se ocupó uno en torrexonçillo y dos en huete que fue a negociar sobre lo de la peste a torrejonçillo que fuesse un rregidor de allí a negociar a quenca que dejassen entrar en esta vylla y a huete a lo mesmo"*¹⁸.

Es posible que los vecinos consideraran la salvación de sus habitantes de esta terrible enfermedad como un hecho milagroso –al poco tiempo la villa hizo voto a la Virgen de la Cabeza como patrona de la villa- lo cierto es que, sin la intervención decisiva y contundente y eficaz, desde un punto de vista sanitario, del ayuntamiento, la historia podría haberse leído de otra manera.

La otra cara de la moneda, en cuanto a la respuesta concejil, la encontramos en la villa de San Clemente.

Cuando llegan las primeras noticias de la peste en 1598 el concejo, con el corregidor a la cabeza, acuerda reconstruir tapias y tapiar las cuatro principales calles de la villa instalando unas puertas de control, la vigilancia correspondería a los vecinos¹⁹. El acuerdo municipal tuvo que tener poco o ningún efecto ya que un año después, en el mes de agosto de 1599, se vuelve a repetir la orden:

*"El señor Corregidor dixo que, como es notorio la falta de la salud aprieta tanto ques necesario tener en esta villa el cuidado de guardalla de las enfermedades contagiosas que ay, así es necesario se nonbren personas deste ayuntamiento que tengan el cuidado de hacer que las salidas a los campos como son puertas, portillos y postigos se çierren de manera que no se pueda tener ninguna salida"*²⁰.

El acuerdo más importante que tomó el concejo este último año como medida preventiva fue el juramento, por voto, de guardar la fiesta de San Roque, patrón de la peste para que intercediera con el fin de proteger al vecindario:

16 *"y siendo nescesario por quel alcalde mayor de huete haga buena rrelación se le den hasta quatro escudos"* (A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 9-XI-00, fº 230v.).

17 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 1-XII-00, fº 231v.

18 A.P.P.C., L.A.M. 1600, Acta: 22-XII-00, fº 233v.

19 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 20-VI-1598.

20 A. M. S. C., L.A.M., 1599 Acta: 7-VIII-1599

*"En 16 días de agosto de 1599, abiendo ydo la proçesión con la clereçia, justicia y reximiento desta villa a la ermita de señor San Roque y abiéndose dho en la dicha ermita misa solene por el sr. Juan Gómez de Santa Cruz, clérigo, el señor don Francisco Pacheco, rexidor más antiguo, en nombre de los demás y de toda esta villa, en manos del dho señor Juan Gómez de Santa Cruz, hizo juramento y boto de guardar la fiesta de sr. San Roque en su día con proçesión y misa solene como oy se a gecho y que todos los años lo fagarán y lo pidieron por testimonio, estando presente mucha gente y el señor don Antonio López de Calatayud, corregidor desta villa"*²¹.

La peste llegó a San Clemente, al parecer de forma leve, a principios del verano de 1600 pues, por esas fechas, ya había aparecido en *la tablilla* de villas contagiadas de la ciudad de Cuenca.

Cuando surgía el primer brote de peste la medida más inmediata –según la legislación vigente– era poner la villa en cuarentena tanto para los de dentro como para los de fuera aplicando si fuera preciso penas severas a los infractores, azotes, destierros incluso en los casos más graves, la pena capital.

La decisión de cerrar a cal y canto la villa tuvo que ser muy complicada para el concejo pues estaba en juego, en caso de aplicar cuarentena estricta, la prosperidad económica de la villa. Había que decidir entre salud y economía y, según se desprende de las actas capitulares, los alcaldes y regidores, en connivencia evidente con el señor corregidor optaron por la segunda opción. Según Azpiazu (2011: 25) las villas temen más al aislamiento que al propio contagio debido a los problemas que solía acarrear la falta de alimentos.

La medida externa preventiva más importante, consistente en poner la villa en cuarentena, en ningún caso se llegó a respetar pues en mayo de 1600 *"se trató cómo conviene que esta villa se guarde, atento que se dize aver en muchas partes y lugares peste y estar apestados"*; simplemente se acordó comunicarle a los vecinos que vivían en las calles de entrada y salida que las debían de cercar en el plazo de ocho días sin acordar ningún tipo de multas ni penas para los que no cumpliesen las normas, tanto vecinos como forasteros²².

La falta de medidas preventivas provocó que en el mes de julio o incluso antes, aparecieran los primeros apestado en San Clemente. La noticia llegó a Cuenca, a Madrid y a los pueblos vecinos y rápidamente fue incluida en la lista, *la tablilla*, de pueblos apestados del obispado de Cuenca, aunque el concejo de San Clemente siguió negando la evidencia y defendiendo con uñas y dientes la falta de contagio. Llegaron a solicitar al Consejo de Castilla que emitiera una orden de desconfinamiento:

*"Item acordaron que un regidor baya a la villa de Madrid a tratar con los señores de la Junta de Salud que envíe médico de aquella Corte a esta villa, que la bisite y lleve relación de la salud que ay en ella acerca del mal"*²³

21 A. M. S. C., L.A.M., 1599 Acta: 16-8-1599.

22 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 26-5-1600

23 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 29-7-1600

Se producen algunos altercados con los vecinos que seguían sin ningún tipo de confinamiento: así en el mes de junio varios vecinos de San Clemente son expulsados de la ciudad de Cuenca cuando el corregidor de esta ciudad se entera que son originarios de San Clemente. El concejo hizo llegar a la ciudad de Cuenca su más enérgica protesta²⁴.

En el mes de julio, ya en plena pandemia, en un acto de auténtico cinismo, acordaron acudir a la Corte para que se comprobara la salud que, según ellos, había en la villa y los sacara de la tablilla:

*"Item acordaron que un regidor baya a la villa de Madrid a tratar con los señores de la Junta de la Salud que envíe médico de aquella Corte a esta villa, que la visite y lleve relación de la salud que ay en ella acerca del mal, atento questa villa e gente de ella, por la misericordia de Dios, está buena"*²⁵

Esto en el mes de julio, curiosamente en la misma junta se informa de que ha llegado a la villa el licenciado Muñoz, médico y cirujano, contratado por el ayuntamiento "para que cure los enfermos de Santa Ana y del hospital y otros probes de esta villa y se le dé de salario 60 ducados"; hecho que demuestra que el ayuntamiento jugaba al disimulo (Villari, 1987: 18-19)

Los vecinos de la villa siguieron saliendo con total libertad. Dos días después acudieron varios a la vecina Vara del Rey a moler en los molinos propiedad del concejo de San Clemente y, lógicamente, las autoridades de aquella villa les impidieron entrar; el alcalde mayor de San Clemente fue a Vara y estando en la posada se personó el alférez de aquella villa, junto a los alcaldes ordinarios acompañados por 200 vecinos con el fin de lincharlo y "le hizieron muchos desacatos"²⁶. El lugar de Perona, que por entonces era una aldea de San Clemente se intentó aislar de la cabecera en el mes de septiembre y de nada le sirvió:

*"Tratose cómo el lugar de Perona se guarda desta villa e no dexa entrar a ninguna persona por orden de Juan Pacheco; acordose que se sepa si es verdadero y si es verdad se pida al señor alcalde mayor que mande que no se guarde dicho lugar de Perona"*²⁷

Decisión bastante incomprensible a mediados de septiembre cuando San Clemente estaba totalmente apestada. Queda claro que por motivos económicos, por presión de las familias poderosas, por intereses personales del corregidor, alcaldes y regidores, el ayuntamiento de forma cínica e irresponsable, poniendo en peligro a vecinos de otros municipios, seguía practicando la política del disimulo (Villari, 1987: 18-19).

Ni el voto a San Roque ni las procesiones celebradas, impidieron que la peste se propagara como un reguero por la villa (Torres Pérez, 1975: 224). El 12 de junio había ya

24 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 25-6-1600

25 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 6-8-1600

26 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 8-8-1600

27 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 16-9-1600

una gran cantidad de infectados, casi todos pobres, como manifestaron los médicos a los diputados del ayuntamiento; al drama de la peste se unía la falta de alimento:

*"Dixeron que por quanto los médicos que a este efecto se llamaron dixen que es de grande importancia e mucha necesidad para remediar mayores males el acudir a las grandes necesidades que tienen muchos hombres pobres desta villa que, por falta de no tener con qué se alimentar, están enfermos"*²⁸.

El que el mal sólo afectaba a los enfermos pobres y necesitados o a algunas personas de poco caudal era el argumento perfecto de todos los ayuntamientos que negaban que sus comunidades padeciesen la enfermedad (Azpiazu, 2011: 24-26).

Además del licenciado Muñoz el ayuntamiento tuvo que contratar a otros dos médicos que vieron de fuera: al médico Diego Núñez que vino de Madrid se le ofreció de salario, por todo el mes de septiembre 400 reales, *"contando que si esta villa hubiere salud y fuera en mexoría de la dha enfermedad, se lo gratificaría, además de la dicha cantidad asta cumprise el salario a 50 ducados por el dicho tiempo"*²⁹ y al licenciado Villanueva, contratado desde el día de Santiago hasta fin de año por 200 ducados, cifra importante para la época³⁰. En el mes de agosto ante la falta de médicos tuvieron que traer personal sanitario para poder atender a la multitud enferma; vinieron tres hermanos del hospital de Antón Martín de Toledo³¹.

Cuando la enfermedad arreció el concejo tuvo que habilitar nuevos espacios para llevar a los enfermos, la mayoría de ellos pobres, así además del hospital de Santa Ana, acuerdan utilizar la casa de Francisco Pacheco y todas las que fuera necesario en el barrio de la Celadilla (Torres Pérez, 1975: 328), medida que en cierto modo tuvo un carácter segregacionista pues las mujeres y hombres principales de la villa que enfermaran, se debían quedar en sus casas aisladas y solamente las podría visitar un médico.

Si hacemos caso a Braudel (1987: 342) en Roma, Aviñón, Milán o Sicilia, los ricos, los nobles y los burgueses, los seglares y la gente de iglesia, abandonaban en verano las calurosas ciudades para irse a sus casas de campo. Felipe II no iba a El Escorial en busca únicamente de soledad, sino también de frescura, huyendo del implacable verano de Castilla. En San Clemente, las familias principales se debieron aislar del mismo modo.

En el mes de diciembre la pesadilla había pasado; los enfermeros del hospital de Antón Martín volvieron a Toledo a la vez que se organizó una procesión de acción de gracias, sacando el Santísimo Sacramento (Torres Pérez, 1975: 330). En enero de 1601 llegó la noticia de que *"la villa esta quitada de la tablilla de Madrid e dada por desapestada"*³².

Desde el punto de vista económico el coste fue brutal, 6.000 ducados calcularon que

28 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 29-7-1600

29 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 16-9-1600

30 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 27-12-1600

31 M. S. C., L.A.M., Acta: 27-8-1600

32 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 4-1-1601

se habían gastado en medicinas, médicos, atenciones, hospitales, comida y todavía faltaba comprar mantas para pasar el invierno; 1.000 ducados más que se sacaron del pósito de Quiñones³³.

Desde el punto de vista demográfico el coste fue mayor: enfermaron un total de 6.800 personas de las que fallecieron 2.800. Teniendo en cuenta que San Clemente contaba por esas fechas un total aproximado de 1.800 vecinos³⁴ (8.100 habitantes), la epidemia arroja un porcentaje de contagios del 83,9% de la población con un índice de letalidad del 41,1% y unas tasas de mortalidad del 345,6‰.

El año de 1600 supuso el inicio del declive demográfico del siglo XVII. La villa a corto plazo no perdió efectivos, y hacia 1616 volvía a tener unos 2.000 vecinos. Hay que tener en cuenta, al igual que ocurrió en otras localidades (Carmona García, 2004: 202), que la pérdida de población por la epidemia debió obligar a la principal industria de la localidad, el vino, a contratar personal de los pueblos vecinos, con unos salarios mejores en función de la oferta y la demanda (Benedictow, 2020: 613-623) lo que debió generar un importante movimiento migratorio a corto plazo hacia el corregimiento.

Sin embargo, a largo plazo la villa ya no se recuperó: en 1635 contaba con 1.635 vecinos, en 1642 con 1.000, en 1654 con 877, y en 1670 la cifra de vecinos no superaba los 800 (Torres Pérez, 1975: 289-392).

Otras villas del entorno, como es el caso de Albacete, con unos índices demográficos similares se vieron libres de contagios; eso sí, cuando llegaron las primeras noticias sobre la peste en la provincia de Cuenca cerraron la villa a cal y canto ignorando las protestas de los productores y trajineros de vinos; cerraron con tapias las salidas de las calles principales, pusieron puertas con candados en las entradas y lo que es más importante, organizaron la vigilancia minuciosamente, imponiendo penas severas a quienes no respetaran las medidas adoptadas, tales como pena de muerte para quienes entrasen en el pueblo procedentes de lugares afectados al igual que para los mesoneros que los acogiesen; doscientos azotes y multa para quienes quebrantasen la cuarentena. Se ordenó salir a todos los holgazanes, forasteros y mendigos con penas por incumplimiento de 100 azotes y 10 años de galeras; las mismas penas para quienes los acogiesen. Curiosamente se prohibió expresamente traer vino de San Clemente. En 1601, cuando todo había pasado se quitó la cuarentena en la villa y en concejo abierto decidieron celebrar el día y fiesta de San Roque, *"pues Dios había librado a la villa del mal contagioso que ha sobrevenido de algunos años a esta parte"* (Santamaría Conde, 1997: 28-29).

El año de 1600 tuvo que quedar en la memoria de los vecinos de San Clemente como el año de la peste y aunque el pueblo en años sucesivos siguió celebrando la fiesta de San Roque, las autoridades debieron tomar buena cuenta pues como dice Torrente Pérez (1975: 332) no consta que la enfermedad volviera a repetirse en el pueblo.

33 A. M. S. C., L.A.M., Acta: 16-12-1600

34 Para pasar de vecinos a habitantes hemos utilizado el coeficiente 4,5.

CONCLUSIONES

La peste de 1600 fue la epidemia más importante que se desató en la Península Ibérica de todas las que sufrieron sus habitantes durante los siglos XVI y XVII. A diferencia de otros episodios pestíferos en los que la peste se origina en la costa mediterránea, ésta se desató en el norte peninsular penetrando en el interior de Castilla de forma rapidísima y haciendo estragos en el mundo rural. Mientras que en las ciudades la epidemia apenas se manifestó, las pequeñas y medianas villas castellanas se llevaron la peor parte. En el obispado de Cuenca las comarcas que sufrieron la epidemia con mayor intensidad fueron La Mancha y la Alcarria, frente a la Serranía que, al parecer, se vio libre de contagios.

Aunque según la mentalidad de la época el contagio, o no, de la población estaba determinado por la voluntad divina, las fuentes documentales nos demuestran que la intervención humana fue determinante para que una villa registrara altas tasas de mortalidad y en otras la epidemia apenas tuviera incidencia. La clave estuvo en la determinación de las autoridades para poner la villa en cuarentena pues ésta era la única forma de detener el contagio y su propagación. Hubo poblaciones como Palomares del Campo, que rápidamente se pusieron en cuarentena y la peste apenas incidió en las tasas de mortalidad y otras como el caso de San Clemente o Huete que las tasas de mortalidad fueron altísimas. Las autoridades de estos últimos se negaron a poner a sus vecinos en cuarentena puesto que el confinamiento suponía la paralización total y absoluta tanto de las actividades administrativas –tanto San Clemente como Huete eran cabeceras de corregimiento– como de las actividades económicas.

FUENTES PRIMARIAS:

Archivo Parroquial de Palomares del Campo (A. P. P. C): Libro de Acuerdos Municipales (1590-1611)

Archivo Municipal de San Clemente (A. M. S. C): Libro de Acuerdos Municipales (1598-1601)

BIBLIOGRAFIA

ALVAR EZQUERRA, Alfredo (1989): *El nacimiento de una capital europea. Madrid entre 1561 y 1606*, Madrid, Turner.

ARQUIOLA, Elvira; LA PARRA LÓPEZ, Santiago; PESET REIG, Mariano y PESET REIG, José Luis (1976): "Madrid, Villa y Corte, ante la peste de Valencia de 1647-1648", *Estudis: Revista de historia moderna*, 5, pp. 29-46.

- AZPIAZU, José Antonio (2011): *Esa enfermedad tan negra. La peste que asoló Euskal Herria (1597-1600)*, Donostia, Txartalo.
- BALLESTEROS RODRÍGUEZ, Juan (1982): *La peste en Córdoba*, Córdoba, Diputación Provincial.
- BENEDICTOW, Ole J. (2020): *La peste negra (1346-1353)*, Madrid, Akal.
- BENNASSAR, Bartolomé (1969): *Recherches sur les grandes épidémies dans le nord de l'Espagne à la fin du XVI siècle*, París.
- BETRÁN, José Luis (1996): *La peste en la Barcelona de los Austrias*, Madrid, Milenio.
- BRAUDEL, Fernand (1993): *El Mediterráneo y el mundo mediterráneo en la época de Felipe II*, México, Fondo de Cultura Económica.
- BRUMONT, Francis (1987): "La peste de 1599 en Burgos, una relación del regidor Andrés de Cañas", *Brocar, Cuadernos de Investigación Histórica*, 13, pp. 155-166.
- CARMONA GARCÍA, Juan Ignacio (2004): *La peste en Sevilla*, Sevilla, Ayuntamiento de Sevilla.
- CARRERAS PACHÓN, Antonio (1976): *La peste y los médicos en la España del Renacimiento*, Salamanca.
- _____ (1991): "La peste", en VVAA. *Miasmas y trovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*, Barcelona, Fundación Uriach.
- CHRISTIAN, William A. (1991): *Religiosidad local en la España de Felipe II*, Madrid, Nerea.
- CIPOLLA, Carlo M. (1973): *Cristofano and the Plague: A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo*, Londres.
- DÍEZ SANZ, Enrique (1995): *La Tierra de Soria. Un universo campesino en la Castilla oriental del siglo XVI*, Madrid, Siglo XXI.
- FLINN, Michael W. (1989): *El sistema demográfico europeo, 1500-1820*, Barcelona, Crítica.
- HAMILTON, Earl J. (1983): *El tesoro americano y la revolución de los precios en España (1501-1565)*, Barcelona, Ariel.
- LA PARRA LÓPEZ, Santiago (1984): *Tiempo de peste en Gandía (1648-1652)*, Gandía.
- LIVI BACCI, Massimo (1978): *La société italienne devant les crises de mortalité*, Florencia.
- LUQUE MURIEL, Francisco de Borja (1989): "La villa de Cabra en el Antiguo Régimen: La peste de 1648 a 1651", *Espacio, Tiempo y Forma, Serie IV, Historia Moderna*, 2, pp. 81-110.
- MAISO GONZÁLEZ, Jesús (1982): *La peste aragonesa de 1648 a 1654*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza.

MANZONI, Alejandro (1984): *Historia de la columna infame*, Barcelona, Bruguera.

NADAL, Jordi (1992): *Bautizos, desposorios y entierros*, Barcelona, Ariel.

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

PIQUERO ZARAUZ, Santiago; CARRIÓN ARREGUI, Ignacio María y MUGARTEGUI EGUÍA, Isabel (1998): "La revolución de los precios en la Guipúzcoa del siglo XVI: Los precios del trigo", en DÍAZ DE DURANA ORTIZ DE URBINA, José Ramón (ed.), *La lucha de bandos en el País Vasco: de los parientes mayores a la hidalguía universal. Guipúzcoa, de los bandos a la Provincia (siglos XIV a XVI)*, Bilbao, Servicio editorial de la Universidad del País Vasco, UPV-EHU, pp. 439-464.

PRIETO PRIETO, José Andrés (2007): *Poder y Oligarquía rural en Cuenca*, Cuenca, Diputación Provincial de Cuenca.

ROJO VEGA, Anastasio (1989): "La caridad, factor de mortalidad en la epidemia de peste de 1599 en Valladolid", *Medicina e Historia*, 30, pp. 1-16.

SANTAMARÍA CONDE, Alfonso (1997): *La villa de Albacete en la Edad Moderna*, Albacete.

TORRES PÉREZ, Diego (1975): *Documentos para la historia de San Clemente*, Tomo II, Madrid, Ayuntamiento de San Clemente.

VINCENT, Bernard (1976): "La peste Atlántica de 1596-1602", *Asclepio*, 28, pp. 5-25.

VILLARI, Rosario (1987): *Elogio della disimulazione. La lotta politica nel Seicento*, Roma-Bari.

San Matías Ixtacalco y la epidemia de “fiebres” de 1813

San Matías Ixtacalco and the “Fever” of 1813

FECHA DE RECEPCIÓN: MARZO DE 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: SEPTIEMBRE DE 2020

Iván B. Vázquez Clavellina^a

Palabras clave

Epidemias
Archivo Parroquial
Padrones
Mortalidad
Ixtacalco

Resumen

Durante el periodo virreinal “las pestes” abatieron gran parte de la población de ciudades, pueblos y barrios de la Nueva España. Diversos investigadores han utilizado fuentes oficiales y parroquiales para conocer las causas y el impacto de las enfermedades. El presente artículo analiza las repercusiones demográficas de la epidemia de “fiebres” de 1813 en la Parroquia de San Matías Ixtacalco, México. A través del estudio de su población, su archivo y el cotejo de fuentes oficiales se logró identificar los efectos del padecimiento en la comunidad indígena. Las fuentes primarias utilizadas fueron un padrón de familias, los informes de funcionarios virreinales y los libros parroquiales de defunciones. Los resultados muestran las características demográficas de la localidad chinampera y los decesos ocurridos durante los meses más difíciles del contagio.

Keywords

Epidemics
Parish Archives
Registers
Mortality
Ixtacalco

Abstract

During the viceregal period “the plagues” struck down a large part of the population of cities, towns and neighborhoods of New Spain. Various researchers have used official and parochial sources to understand the causes and impact of diseases. This article analyzes the demographic repercussions of the epidemic of “fevers” of 1813 in the Parish of San Matías Ixtacalco, Mexico. Through the study of its population, its archives and the gathering of official sources, it was possible to identify the effects of the infection in the indigenous community. The primary sources used were a family registry, reports from viceregal officials, and parochial death books. The results show the demographic characteristics of the swampy town and the deaths that occurred during the most difficult months of contagion.

^a Western University. C.e.: ivazquez@uwo.ca

INTRODUCCIÓN

La Demografía Histórica revela que las epidemias contribuyeron a diezmar la población de la Nueva España. A través de diversos acervos documentales y distintas metodologías se han descubierto los momentos más difíciles para las distintas parroquias del Valle de México. Los estudiosos de las poblaciones antiguas han señalado los factores que influyeron en la transmisión de las "pestes": los conflictos armados, la falta de higiene en espacios públicos, la escasa infraestructura sanitaria, el hacinamiento en los predios de uso habitacional, las crisis económicas, las sequías, la mala alimentación, etc. Estos acontecimientos facilitaron el desarrollo de enfermedades infecciosas y provocaron la muerte de gran parte de la población durante los tres siglos de régimen virreinal.

Cabe mencionar que determinar la huella de las epidemias entre la población novohispana no es nada sencillo, pues como refiere Oziel Talavera Ibarra (2018: 127), medir su impacto se dificulta por las escasas fuentes primarias que limitan los alcances de las indagaciones. El investigador sugiere que los registros parroquiales son fundamentales para conocer el rastro de las afecciones, aunque deben ser sometidos a un examen detallado para poder ubicar sus consecuencias en el total de la población de un lugar. Asegura que el análisis se debe establecer a partir de el examen cuantitativo de las defunciones y se complementa con las referencias oficiales disponibles. Para Claude Morin (1972: 399) las fuentes parroquiales son útiles pues exhiben la demografía mexicana en el periodo virreinal, revelan distintos fenómenos estadísticos y nos ofrecen una visión panorámica sobre las fluctuaciones de la población en un determinado tiempo. Morin manifestó que la importancia del estudio de la parroquia rural radica en su extensión, pues abarcó la población de distintos barrios y pueblos de la Nueva España.

Este artículo sigue las sugerencias anteriores y examina el impacto de una epidemia de "fiebres" en la parroquia de San Matías Ixtacalco. A través del conteo de las partidas de defunciones de la congregación y testimonios de la época se logró reconocer el número de muertes registradas en la comunidad indígena. Por el tipo de evidencias localizadas el presente artículo se divide en dos apartados: el primero recauda información sobre la infección ocurrida en el Valle de México y el segundo colabora con datos sobre la parroquia y su población; también se incluyen testimonios de funcionarios virreinales y se comparan las muertes registradas en 1812, 1813 y 1814. Los resultados contribuyen al conocimiento de la demografía de una parroquia lacustre y el número de fallecidos antes, durante y después del contagio, así como las medidas llevadas a cabo por las autoridades para aislar a los enfermos.

1. LAS "FIEBRES" DE 1813

Durante los primeros años de la Independencia de México (1810-1821), se dieron las condiciones para la transmisión de una agresiva epidemia de "fiebres" por el Valle de México. Los primeros contagiados se detectaron en las parroquias situadas en la parte

suroriente y en las garitas de entrada a la ciudad capital. Cabe destacar que la conflagración independentista comenzó el 16 de septiembre de 1810 con el levantamiento del cura Miguel Hidalgo y Costilla en Guanajuato. Fue el inicio de una serie de insurrecciones armadas que surgieron en diferentes momentos por ciudades, pueblos y barrios. Las confrontaciones entre los bandos realistas e insurgentes desataron violencia, robos y abusos que duraron más de diez años. Durante el sitio que los realistas hicieron en Cuautla en 1812, se diseminó una epidemia de tifo por toda la Nueva España, se le conoció por los médicos de la época como “fiebres misteriosas” porque no sabían el tipo de enfermedad a la que se enfrentaban. Estudios posteriores demostraron que se trató de una infección causada por la bacteria *Rickettsia prowasekii* transmitida por las heces de los piojos esparcidos por los desplazados y las tropas en conflicto (Ortiz Escamilla, 2014). La epidemia circuló por los caminos más concurridos y se dispersó rápidamente. En la Ciudad de México se dejó sentir su fuerza desde enero de 1813 y la mortalidad más grave ocurrió entre abril y mayo. En Toluca desde julio se presentó la primera alza en defunciones y posteriormente la enfermedad siguió las rutas que la comunicaban con el obispado michoacano (González Flores, 2020: 157).

Cuando las autoridades de la capital virreinal tuvieron conocimiento de los primeros casos, convocaron a los miembros del Protomedicato¹ para intentar conocer y prevenir la propagación de la “peste”. Se ordenó a los médicos informar la naturaleza de la epidemia y se tomaron medidas preventivas para evitar los contagios. Cooper (1965: 218-219) comunica que se registraron más defunciones de lo normal en muchos lugares de la Nueva España y en la ciudad de México murieron más de 20 mil personas. Según América Molina del Villar (2006: 136), la epidemia de 1813 tuvo un gran impacto en distintas comunidades, ya que además del aumento en el número de las defunciones, cayeron los bautizos y los matrimonios en diferentes parroquias. Por su parte, Elsa Malvido (2006: 237-238) notifica que las “fiebres” fueron ocasionadas por diferentes enfermedades, entre las que se destacó el paludismo transmitido por el mosquito del tipo *Anopheles Aztecus*, una epidemia de tifo, brotes constantes de tifoidea y disentería² que se agravaron por el hacinamiento, el hambre y la falta de vivienda de las personas que huyeron de las zonas en conflicto.

Talavera Ibarra (2017: 38) subraya que los contagios frecuentemente fueron descritos como “pestes”: una combinación de enfermedades con resultados funestos que

1 El Protomedicato de la Nueva España fue formado en 1628 en la Ciudad de México con el propósito de inspeccionar la práctica y la enseñanza de la medicina, así como para vigilar la higiene y salubridad públicas. Estaba formado por médicos egresados de la Universidad que incluiría a cirujanos latinos, cirujanos romanistas, flebotomianos, parteras, dentistas, oculistas, hernistas y algebristas (Ortiz Monasterio, 2004: 35).

2 Los síntomas del paludismo son fiebre, escalofríos, sudoración y dolor de cabeza, se pueden presentar náuseas, vómitos, tos, heces con sangre, dolores musculares, ictericia, defectos de la coagulación sanguínea, shock, insuficiencia renal o hepática, trastornos del sistema nervioso central y coma. La fiebre tifoidea está caracterizada por fiebre alta, sudoración profusa, gastroenteritis y diarrea. El tifo o tifo es un conjunto de enfermedades infecciosas producidas por varias especies de bacterias, transmitidas por la picadura de diferentes artrópodos como piojos, pulgas, ácaros y garrapatas que portan diferentes aves y mamíferos. Se caracteriza por fiebre alta, escalofríos, cefalea y exantema. La disentería es una enfermedad infecciosa asociada a dolor abdominal, fiebre, diarrea, e inflamación y ulceración de la boca (Carmona, 2005: 77-106).

asolaron principalmente en la temporada más calurosa del año. Carlos Viesca-Treviño (2010: 50-51) indica que las "fiebres" de 1813, "conmocionaron al país al grado que la epidemia ha sido señalada como una de las causas que más profundamente sacudieron al poder español". Los meses de junio y julio fueron los más difíciles para las autoridades de la ciudad de México, pues se triplicaron los fallecidos en comparación con años anteriores causando altos costos para la hacienda pública. Luz María Hernández Sáenz (2018: 40) revela que la epidemia fue un gran reto para médicos y cirujanos, pues el inicio de la guerra de Independencia provocó oleadas de contagiados que abarrotaron los hospitales y contribuyeron a diseminar las enfermedades. La gran cantidad de enfermos exigió a los médicos trabajar largas horas lo que provocó muchas muertes entre el personal hospitalario. Hernández Sáenz descubre que la alta concentración de tropas y desplazados pusieron gran presión a los recursos de la capital y facilitaron la difusión de las "fiebres" en otras regiones del valle. Sostiene que, para contrarrestar los efectos de la enfermedad, el virrey estableció la junta superior de sanidad el 18 de mayo: nombró presidente y representante virreinal en las reuniones al intendente y jefe político Ramón Gutiérrez del Mazo.

El galeno Luis José Montaña³ fue el encargado de coordinar los esfuerzos médicos para combatir la epidemia en la capital: organizó comités sanitarios en los cuarteles mayores, pidió al arzobispado de México no sepultar a los difuntos dentro de los templos e incitó al gobierno a erogar dinero de los fondos destinados al socorro de la población indígena (Covarrubias, 2005: 338-339). Según María Luisa Rodríguez Sala y Verónica Ramírez Ortega (2020), Montaña organizó un grupo de 32 facultativos, quienes aplicaron los tratamientos dentro de las directrices que él impuso. Además, estableció seis lazaretos para enfrentar la insuficiencia hospitalaria, fundó boticas que surtieron medicamentos y estableció cocinas comunales para alimentar a los enfermos. También publicó *Modo de Socorrer a los enfermos de la epidemia actual en los casos que no haya médico que les asista* (1817): el tratado se anunció en la prensa y se vendió a los lectores ampliamente en librerías de la ciudad de México⁴. En su obra, el médico expuso las características singulares de las "fiebres", por ejemplo, dolores intensos en las extremidades que inmovilizaban al enfermo. Aseguró que los afectados más graves sufrieron de "demencia taciturna", de evacuaciones copiosas, de lesiones en la piel y en las remisiones de "hambre voraz" (pp. 24-25).

En su estudio sobre una parroquia de Tlaxcala, Marciano Netzahualcoyotzi Méndez (2018: 211) establece que, durante la epidemia, los médicos del virreinato recomendaron cuarentenas, aislamientos, cordones sanitarios e instalación de lazaretos para las personas infectadas. El propósito fue prevenir las fuentes de contagio y las juntas higiénicas tuvieron la facultad de prohibir la circulación de los lugareños. Las autori-

3 El galeno nació en la ciudad de Puebla en 1755. Estudió filosofía y teología en su ciudad natal y posteriormente se trasladó a la Ciudad de México a estudiar medicina. Se especializó en botánica y química y fue autor de numerosos libros médicos. Fue uno de los primeros profesores de medicina de la Nueva España y participó activamente en las decisiones del protomedicato. Falleció el 27 de junio de 1820 (García Cubas, 1890: 124).

4 HNDM, *Gaceta del Gobierno de México*, 11 de noviembre de 1813, p. 8.

dades determinaron las sanciones a los infractores de las disposiciones preventivas, aunque los resultados no fueron del todo favorables, pues hubo grupos que evitaron la parálisis del comercio y el intercambio de mercancías. Por su parte, Dorothy Tanck de Estrada (1999: 542-543) recupera el testimonio del sacerdote del pueblo de San Mateo Ixtlahuaca. El religioso certificó que la epidemia acabó con gran parte de los habitantes pues había aproximadamente 800 indios antes de 1813 y para 1815 quedaban 309. En el pueblo de Acolman, murió una tercera parte de la población y "en muchas regiones del virreinato se interrumpieron la agricultura, la minería, el comercio y las manufacturas debido a la guerra, la enfermedad, la inseguridad y la falta de inversión".

La prensa de la época reportó algunos efectos de la epidemia, por ejemplo, la *Gaceta del Gobierno de México* registró el testimonio de José María Malo. El militar especificó que, durante sus recorridos por Huamantla combatiendo a los insurgentes, halló indígenas que "imposibilitados por la exterminadora peste, no habían podido abandonar sus xacales como lo hicieron todos los demás..."⁵ En un reporte sobre "el rebelde pueblo de Coscomatepec", el cirujano Don Antonio Flores calificó a la afección como "peligrosa y rápida en sus progresos". La publicación informó que se fundó un lazareto para recluir a los enfermos, se proveyó de medicinas y se dictaron las precauciones para disminuir el contagio⁶. En la *Gaceta* también se diseminó información oficial, por ejemplo, la aprobación del virrey para coleccionar donativos. Se comunicó a los lectores que se ordenó al comisario D. Juan Díaz González coleccionar y distribuir "las contribuciones pecuniarias para los contagiados de la populosa capital". También se dio a conocer a las personas que habían contribuido hasta ese momento y se estimuló la caridad de los vecinos, pues avisó que la falta de arbitrios provocó la suspensión de auxilios en algunos cuarteles⁷.

Sobre el efecto de las "fiebres" en las comunidades indígenas al suroriente de la ciudad de México, el médico Luis José Montaña (1817: 23) documentó que desde el principio atacaron duramente a "los pueblos de la laguna y otros encharcados". El galeno temió que la prolongada temporada de lluvia en la región empeorara los contagios de fiebres y "tabardillos". Por su parte, Donald B. Cooper (1965: 170) divulgó que entre las sugerencias del Protomedicato se ordenó a los vendedores de alimentos de pueblos cercanos, no almacenar sus mercancías dentro de los hogares antes de venderlos a los consumidores de la ciudad. Se creía que la enfermedad viajaba con los víveres y las autoridades hicieron esfuerzos por controlar el paso de mercancías por las garitas. Por su parte, Lourdes Márquez Morfín declara que las poblaciones cercanas al canal de la Viga y la zona chinampera perdieron gran cantidad de habitantes debido a la epidemia: como consecuencia se redujo la producción de hortalizas junto al canal y disminuyó el consumo de productos por parte de la población afectada. Los alimentos escasearon y los que se podían comprar tuvieron costos elevados. Márquez Morfín (1994: 225-235) documenta que los hospitales, cuando los hubo, fueron insuficientes y muchos de los

5 HNDM, *Gaceta del Gobierno de México*, 05 de junio de 1813, p. 9.

6 HNDM, *Gaceta del Gobierno de México*, 24 de abril de 1813, p. 9.

7 HNDM, *Gaceta del Gobierno de México*, 12 de junio de 1813, p. 4.

médicos no sabían qué medicinas prescribir para curar la enfermedad. La situación amainó en los últimos meses de 1813 y las autoridades anunciaron el final de la epidemia, solo quedó el problema de qué hacer con los cadáveres que no encontraban acomodo en los insuficientes camposantos.

2. LA PARROQUIA DE SAN MATÍAS IXTACALCO

La parroquia de San Matías Ixtacalco estuvo situada durante los últimos años del periodo novohispano al sur de la ciudad de México. Su iglesia se edificó en la orilla oriente del Canal de la Viga y, durante más de dos siglos, fue parte del convento franciscano que se asentó en el lugar. La fundación cristiana del pueblo debió suceder durante la primera mitad del siglo XVI, ya que se delineó la parroquia en el mapa de Upsala de 1557⁸. Para el año de 1697, Ixtacalco era una de las doce asistencias de la provincia franciscana del Santo Evangelio de México y permaneció así hasta el 8 de abril 1771, cuando el arzobispo Antonio de Lorenzana secularizó el convento franciscano dándole la categoría de curato, quedaron incluidos bajo su jurisdicción los barrios de La Santa Cruz, San Miguel, La Asunción, Los Reyes y Zacahuitzco, así como los pueblos de Santa Ana Zacatlamanco, San Juan Nextipac y La Magdalena Atlazolpa (Argüelles González, 2005: 33-34). Con la finalidad de conocer la mortalidad ocurrida en la parroquia durante la epidemia de "fiebres" de 1813 el presente apartado se divide en tres secciones: la primera muestra una descripción de su población con ayuda de un padrón de familias elaborado a principios del siglo XIX; la segunda recaba testimonios de funcionarios virreinales encargados de fundar lazaretos para aislar a los enfermos; y la tercera confronta las defunciones registradas en 1812, 1813 y 1814. Los resultados revelan los devastadores efectos de la epidemia en una zona indígena poco estudiada por los historiadores de las poblaciones antiguas.

3. EL PADRÓN DE FAMILIAS DE IXTACALCO DE 1813

El mapa titulado "Lagunas de Texcoco y de Chalco" muestra la ubicación de la parroquia de San Matías Ixtacalco a mediados del siglo XVIII. La imagen señala su posición al sur de la ciudad de México, así como el albaradón de San Lázaro, "el albaradón antiguo de los indios", la calzada de San Antonio, la laguna de Texcoco, el Peñón de los Baños, el Peñón del Marqués, las parroquias colindantes al pueblo como la Magdalena Mixihuca, Mexicaltzingo, Iztapalapa y Culhuacán; y las más alejadas como Xochimilco, Nativitas, San Gregorio, Tulyehualco y Santa Catarina (figura 1). La mayoría de los habitantes de Ixtacalco fueron clasificados en los libros parroquiales como indios o naturales y hubo muy pocos españoles y mestizos. Muchos de los originarios sembraban flores y verduras que vendían en las calles y embarcaderos de la ciudad de México

8 "Map of Mexico", Uppsala University Library, <https://www.ub.uu.se/finding-your-way-in-the-collections/selections-of-special-items-and-collections/map-of-mexico/>.

En 1880, *The Famous Parks and Gardens of the World* (1880: 48), describió el entorno de Ixtacalco y explicó aspectos sobre el sistema de cultivo chinampero:

These chinampas are not only brilliantly blooming flowers beds, but as we have said, prolific vegetable-gardens; that produce of which, according to the demand, can easily be transported from one place to another: the canal is sometimes covered with them.

El *Diario de Madrid* explicó a sus lectores que se construyeron de varias figuras y tamaños, sirviendo de base arboles enteros y ramas gruesas de ahuehuete. Posteriormente se colocaban juncos y varas a manera de red que soportaban el limo que era colectado del canal. El resultado fue una isleta o jardín flotante que podía ser remolcada a cualquier paraje. Muchas fueron bastante fuertes para sostener un jacal y algunas veces incluyeron altares con imágenes y veladoras. Además, el clima benigno de la región permitió a los moradores cosechas de flores todo el año: con la vasta producción de las chinampas se adornó las iglesias de la capital en diferentes fiestas y ceremonias⁹. Debido a su gran producción agrícola, José Tomás Cuellar (1880: 172) calificó al pueblo como "el emporio de los rábanos y las coles". Manifestó que "la poderosa mano de la civilización" lo respetó como "un monumento raro" y fue un importante lugar de encuentro donde la gente de la capital celebraba fiestas y días de campo.

Figura 2

El pueblo de Ixtacalco 1869



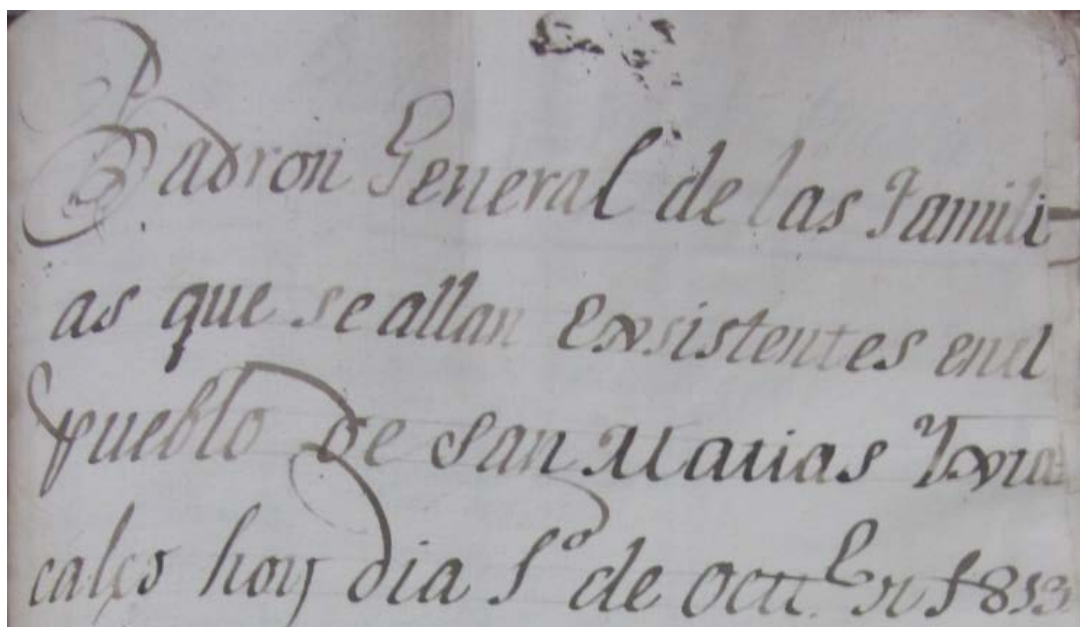
Fuente: The New York Public Library, 2020.

9 BNE, *Diario de Madrid*, 2 de agosto de 1806, p. 141.

Se pueden conocer datos sobre la población de Ixtacalco gracias a un padrón de familias elaborado durante la segunda mitad de 1813. Después de que pasaron los meses más duros de la epidemia de "fiebres", se elaboró un documento que fue presentado a las autoridades el 8 de octubre. Actualmente, el expediente se compone de 38 fojas, se divide en cuatro partes que incluyen los datos de la cabecera y los barrios de Santa Cruz, Santiago, San Miguel, La Asunción y Los Reyes; así como los pueblos de San Juan Nextipac, la Magdalena Atlazolpa y el Barrio de Aculco. Se encuentra resguardado en el ramo ayuntamientos del Archivo General de la Nación de México: incluye los mensajes entre las autoridades virreinales y el cura de la parroquia. En su carátula, el bachiller Manuel Morales solicitó establecer un Ayuntamiento¹⁰ en el lugar ya que se contaba con más de mil individuos en el pueblo (Figura 3).

Figura 3

Caratula Padrón de Familias de 1813 (fragmento)



Fuente: AGN, Ayuntamientos, contenedor 63, Vol. 187, p. 1.

El religioso registró en el padrón "tanto indios como de razón": además, "juró a dios ser ciertas y verdaderas" las cifras anotadas¹¹. Aseguró que en San Matías Ixtacalco

10 La propuesta de organizar gobiernos locales surgió de la Constitución de Cádiz de 1812. El documento provocó una serie de cambios en la estructura político-administrativa y en el sistema de representación de los pueblos, que dio origen a una transición del Antiguo Régimen, donde los pueblos constituían corporaciones territoriales con estatutos y autoridades propias, a uno basado en principios liberales tales como el individualismo, la igualdad y la participación ciudadana (Sánchez Montiel, 2009: 65).

11 Desde el siglo XVIII la monarquía reforzó el control sobre sus vasallos en América, Ernest Sánchez Santiró (2004: 31) asevera que las reformas del imperio Borbón impulsaron censos y padrones de la población destinados a otorgar información sobre los vastos y diversos territorios. Sobre el caso concreto del virreinato de Nueva España la mayor parte de los conteos fueron realizados por las autoridades eclesiásticas. María del Carmen Barcia Zequeira (2000: 456) especifica que el propósito de los censos y padrones fue obtener información sobre la población para propiciar su mayor control demográfico, económico y político. Añade que siempre se recogieron los datos por viviendas pues la "unidad residencial o la casa-familia fueron categorías útiles, pues agrupaba a todas las personas que dormían, comían y cohabitaban en una morada común al momento en que se realizaba la enumeración".

junto con sus barrios y sus pueblos colindantes contaban con una población de 1735 habitantes. Brian Connaughton (2012: 29) registra dos padrones anteriores en la parroquia, el primero de 1779 dio una suma de 1.445 habitantes: 1.307 naturales, 29 españoles, 68 mestizos y 11 mulatos. El segundo fue elaborado en 1790 y la población sumó 1.853 feligreses: 1.702 indios y 151 entre mestizos y españoles, un incremento de 408 personas. Con el inicio del nuevo siglo la población disminuyó: la guerra y las enfermedades evitaron el crecimiento de la feligresía de la parroquia ya que el conteo de 1813 registró 118 habitantes menos con relación al censo anterior del siglo XVIII (tabla 1).

En la primera parte del padrón de familias de Ixtacalco se menciona la solicitud del bachiller hecha el 22 de mayo 1813: "paso a manos de V. E el oficio que me han pasado el cura y vecinos de Yxtacalco en solicitud de que se establezca allí Ayuntamiento respecto de pasar de mil almas las que se encuentran en aquel curato". El primero de julio, los comisionados asignaron al intendente Ramón Gutiérrez del Mazo para corroborar que se cumpliera lo dispuesto en el artículo tercero de la constitución de Cádiz de 1812. En la nota del 20 de agosto, se solicitó el padrón y se hizo referencia a los retrasos que provocó la epidemia:

Sírvase V. S. pedir al cura de Yxtacalco un padrón de los habitantes de su pueblo, insertándole para que no se equivoque el parecer de los señores comisionados en el establecimiento de la Constitución, pues es la única diligencia que se puede facilitar en lo pronto por las novedades de la peste y por no haber ya matrícula de tributos a que recurrir con fijeza.

El 8 de octubre el bachiller Manuel Morales remitió el padrón "de las personas existentes en la cabecera y pueblos de este curato", su intención fue la formación del Ayuntamiento "que manda la constitución de la nación". Para el 23 de octubre se devuelve el expediente acompañado de los padrones y para el 31 del mismo mes se autorizó al jefe político a instaurar el Ayuntamiento, aunque posteriormente existió un problema entre las autoridades de los pueblos sobre quién sería el encargado en ejecutar la disposición.

Tabla 1
Padrones de San Matías Ixtacalco

<i>Año</i>	<i>Población</i>
1779	1445
1790	1853
1813	1735

Fuente: Elaboración propia con datos de Brian Connaughton (2012).

Los padrones se dividen en tres cuadernos: el primero registra la población del Barrio San Matías (397), el Barrio de Santiago (219), el Barrio de San Miguel (159), el Barrio de la Asunción (150), el Barrio de los Reyes (102) y Zacahuisco (51); el segundo incluyó las personas del pueblo de San Juan Nextipac (305), del pueblo de la Magdalena Atlazolpa

(159) y del barrio de Aculco (27); el tercero contiene la cuenta de Santa Ana Zacatlamanco (166). Cabe señalar que el último cuaderno enumeró aparte a los españoles de "la fábrica", "de la pulquería" y "de la escuela": sumaron diecisiete integrantes divididos en cuatro familias. Al final de los documentos, el Bachiller Manuel Morales aseguró que estas fueron las personas que tuvo su feligresía al primero octubre de 1813 (Tabla 2). La constitución de Cádiz de 1812 autorizó la creación de consejos municipales a pueblos con más de mil residentes, algunos religiosos se involucraron y firmaron peticiones para formar nuevos Ayuntamientos en sus curatos. El bachiller Manuel Morales obtuvo la aprobación de su solicitud gracias a que incluyó prontamente toda la información solicitada por los funcionarios incluidos los padrones (O'Hara, 2010: 177).

Tabla 2

Pobladores de San Matías Ixtacalco en 1813

	<i>Casadas</i>	<i>Casados</i>	<i>Viudos</i>	<i>Viudas</i>	<i>Hijos</i>	<i>Hijas</i>	<i>Total</i>
San Matías	61	61	29	54	104	88	397
Santiago	51	51	4	17	54	42	219
San Miguel	28	28	13	10	38	42	159
La Asunción	25	25	9	14	40	37	150
Los Reyes	22	22	4	9	25	20	102
Zacahuisco	10	10	3	2	16	10	51
Zacatlamanco	31	31	5	18	36	45	166
Nextipac	59	59	22	21	62	82	305
Atlazolpa	27	27	6	16	46	37	159
Aculco	7	7	0	0	8	5	27
Total	321	321	95	161	429	408	1735

Fuente: AGN, Ayuntamientos, contenedor 63, Vol. 187. Elaboración propia.

Cabe apuntar que los padrones aportan datos sobre la población del lugar después de los meses más duros de la epidemia de fiebres de 1813. En esa ocasión se registraron las familias empezando por el nombre del padre, la madre, o el viudo o la viuda cabeza del linaje: después se anotaron sus edades y posteriormente los nombres de hijos e hijas y sus respectivos años de vida. El escribano utilizó cinco columnas donde apuntó las categorías de casados, edad, hijos, edad y la suma del número de integrantes. Al final de la hoja anotó el total de individuos y continuo la cuenta en la siguiente página. El documento apuntó la edad de la mayoría de los moradores al momento del conteo y el número de integrantes de cada familia. Cabe asentar que los padrones son útiles pues constituyen un retrato en el tiempo y sus registros establecen un corte transversal en

un lugar, aunque su análisis conlleva dificultades como los vacíos de información, por ejemplo, la falta de las edades de algunos los moradores, la omisión de los lugares de nacimiento, la inexactitud de nombres completos, la falta del oficio de los pobladores y/o criterios disímiles para elaborar los censos en los mismos lugares (Barreto Messano, 2009: 98).

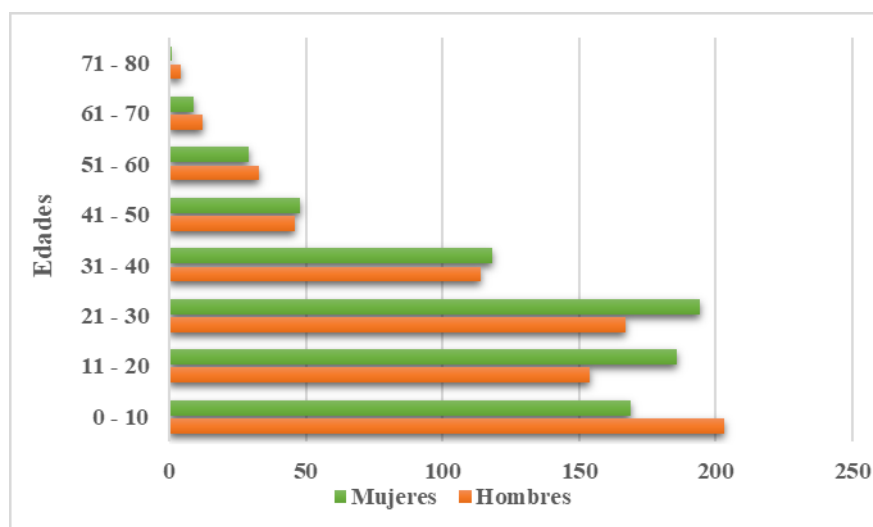
El padrón de familias de la parroquia de Ixtacalco registró que al momento del conteo la población más numerosa fueron las mujeres ya que sumaron 890 y los hombres completaron 845. Los casados agruparon 321 parejas (642 individuos), le siguieron los solteros con 426, después las doncellas con 408, las viudas sumaron 161 y los viudos completaron 95. Con esas cifras se puede calcular el índice de masculinidad que resultó de 94,94 hombres por cada cien mujeres, situación no tan desequilibrada y evidente en el padrón. Sobre el matrimonio en el medio rural indígena, Pilar Gonzalbo Aizpuru (1992: 704) indicó que los párrocos y doctrineros difundieron las disposiciones prescritas por la iglesia católica desde los primeros años de la evangelización indígena. Los religiosos explicaron ampliamente a la feligresía la importancia de la unión matrimonial y en los tiempos de epidemias se fortaleció la cohesión familiar establecida por los sacerdotes.

Los datos del padrón de familias de la parroquia de Ixtacalco permitieron conocer la composición de la feligresía registrada, aunque se deben tener en cuenta algunas consideraciones, como por ejemplo que el mundo infantil no resulta reflejado con exactitud por su alta tasa de mortalidad. Además de la habitual presencia de los errores derivados de dobles recuentos, de la omisión de población itinerante o bien la falsificación de datos (Sánchez-Montes González, 2000: 202). Sobre el caso del padrón de Ixtacalco se omitieron datos como la ocupación de la población y las edades de una parte de los registrados. También hubo criterios disímiles ya que se cambió el formato del último recuento y pusieron los viudos al final junto con sus linajes, además, los pocos españoles se registraron aparte.

El padrón de familias de Ixtacalco incluyó las edades de la mayoría de los habitantes y con estas cifras se pueden apreciar los rangos de la población al momento del conteo (gráfica 1). El grupo entre 1 y 10 años fue el más numeroso pues se conformó de 203 párvulos y 169 párvulas, el índice de masculinidad en este grupo fue de 120 hombres por cada 100 mujeres debido a que el número de niñas menores de 10 años fue muy bajo. En los rangos siguientes las mujeres fueron mayoría menos en el grupo de los mayores de 70 años, situación extraña pues suelen tener cifras más altas que los varones. Silvia María Méndez (2010: 125) revela que las enfermedades, epidemias y calamidades determinaban la estructura por edad y las condiciones de mortalidad según la casta. Refiere que, en la Ciudad de México a fines del siglo XVIII, los europeos mayores de 50 años constituían el dieciocho por ciento de la población, mientras que los indios que sobrepasaban el medio siglo completaban el seis por ciento. Se puede suponer un fenómeno demográfico similar en Ixtacalco, pues la calidad de vida de los pocos españoles de la parroquia debió estar por encima de la de los indígenas.

Gráfico 1

Rango de edades en San Matías Ixtacalco 1813



Fuente: AGN, Ayuntamientos, contenedor 63, Vol. 187. Elaboración propia.

Por otro lado, no se tienen datos sobre cuántos estaban amancebados, probablemente los curas clasificaron a las parejas sin contrato matrimonial como solteros o viudos. Roswitha Hipp (2006: 73) refiere que en Nueva España se mantuvo por largo tiempo el amancebamiento, “aunque a la vez se valoró el matrimonio cristiano y la descendencia legítima”. Robert McCaa (1996: 46-47) explica la presencia constante del concubinato, ilegitimidad y poligamia en las comunidades indígenas. Aseguró que las mujeres se hallaban en desventaja ya que se les vio como subordinadas que requerían vigilancia constante de parientes varones. En situaciones difíciles como la viudez, negociaron “el honor” por cualquier ayuda que se les pudieran ofrecer, además para las viudas de más de 30 años fueron escasos los prospectos nupciales. En cambio, para los viudos fue más común casarse con una mujer más joven, siempre y cuando tuvieran los recursos suficientes para convencerla a ella o a sus padres.

Los padrones analizados registran la edad de la mayoría de los anotados, con los datos cuantificados se consiguió calcular la edad promedio de la población: la de los hombres fue de 23,47 años y la de las mujeres de 23,77. Como aseguraron Lourdes Márquez Morfín y Patricia Olga Hernández Espinoza (2016: 23), las poblaciones de la Nueva España sufrieron crisis demográficas causadas por las continuas epidemias y hambrunas. Las académicas registraron una edad promedio similar en la feligresía del Sagrario Metropolitano y aseguraron que la baja esperanza de vida se debió a constantes problemas provocados por la presencia de procesos infecciosos. Por su parte, Cecilia Rabell Romero (2010: 3) establece que, en el México de principios del siglo XIX, las mujeres daban a luz muchos hijos de los cuales sobrevivían pocos. Precisa que las crisis causadas por las epidemias provocaron una tasa de crecimiento lenta, e indicó que la mortalidad tuvo efectos devastadores pues muchos adultos jóvenes morían frecuentemente dejando hijos pequeños.

El padrón de 1813 registró el total de las familias y el número de integrantes que las conformaron. Las personas a cargo del conteo registraron 587 hogares en los barrios y pueblos de la parroquia de Ixtacalco, sin registrar Aculco (tabla 3). Las familias de San Matías fueron la mayoría con 150, le siguieron San Juan Nextipac con 101, Santiago con 71, Zacatlamanco con 57, Atlazolpa con 56, San Miguel con 46, Los Reyes con 38, la Asunción con 45 y Zacahuisco con 16. El número de componentes de las familias van desde uno hasta ocho individuos: las que refirieron un integrante contabilizaron 100, las de dos fueron la mayoría y sumaron 176, con tres sumaron 112, las de cuatro 90, las de cinco 60, las de seis 25, las de siete completaron 19 y por último las de ocho reunieron 5 familias. Se puede inferir que los grupos familiares habían disminuido su tamaño a causa de la enfermedad, ya que algunos documentos señalaron que linajes enteros podían desaparecer o perder gran cantidad de individuos. Delfina E. López Sarrelangue (1991: 517) observa que las familias novohispanas tuvieron un promedio de cinco integrantes, aunque el número bajó hasta tres cuando surgieron epidemias, pleitos, guerras, hambrunas, etc. Solo en escasos lugares se alcanzó el promedio de trece personas por ejemplo en algunas familias con sirvientes del Sagrario de México. La mayoría de los grupos tuvo pocos integrantes ya que las familias con más de tres hijos fueron escasas debido a la alta mortandad infantil.

Tabla 3

Familias de la parroquia San Matías Ixtacalco 1813

<i>Lugar</i>	<i>Familias</i>	<i>Población</i>
San Matías	150	397
Santiago	71	219
San Miguel	46	159
La Asunción	45	150
Los Reyes	38	102
Zacahuisco	16	51
Zacatlamanco	57	166
Nextipac	101	305
Atlazolpa	56	159
Aculco	S/R	27
Total	587	1735

Fuente: AGN, Ayuntamientos, contenedor 63, Vol. 187. Elaboración propia.

El padrón de Ixtacalco registró cien familias con un integrante (tabla 4), se puede deducir que muchas se trataron de personas que perdieron uno o más familiares durante

la epidemia, aunque también pudieron ser solteros y/o viudos que vivían amancebados y se contaron de manera individual. También se pudo tratar de párvulos huérfanos y/o abandonados que los cura registraron solos y otros con sus hermanos. Sobre las familias indígenas, Marciano Netzahualcoyotzi Méndez (2018: 195) señala que desde la etapa prehispánica eran predominantemente extensas, pero con la conquista y la evangelización se redujo su tamaño y se desarrolló una tendencia hacia la nuclearización. Señala que las de mayor tamaño fueron las españolas pues estaban conformadas por integrantes consanguíneos y no sanguíneos: tías viudas, sobrinas, hermanas, nietos, huérfanos, viudas sin parentesco y algunas veces la servidumbre. Cabe destacar que el padrón de familias de Santa Ana Zacatlamanco registró diecisiete españoles divididos en cuatro linajes. Los dos hombres que administraron la pulquería se dividieron en dos familias con cinco integrantes cada una; el maestro de escuela se registró con su esposa y su hijo de cuatro años; y el encargado de la fábrica se anotó junto con su esposa y sus dos sobrinas. Ningún grupo español rebasó los cinco integrantes: las familias con ocho individuos fueron de los indígenas de los barrios de la cabecera.

Tabla 4

Integrantes familias de la parroquia San Matías Ixtacalco 1813

<i>Integrantes</i>	<i>Familias</i>
1	100
2	176
3	112
4	90
5	60
6	25
7	19
8	5

Fuente: AGN, Ayuntamientos, contenedor 63, vol. 187. Elaboración propia.

Gracias a los datos del padrón de familias de la parroquia de Ixtacalco de 1813, se logró saber que para el primero de octubre la población de Ixtacalco se compuso de 1735 habitantes. La mayoría se catalogaron como naturales y solo se registraron algunos de razón. Los datos demográficos que se identificaron fueron el número de hogares, la edad promedio, el índice de masculinidad y los integrantes de los distintos grupos familiares al momento del conteo. Al cotejar la información con los testimonios de la época y los datos de los libros de defunciones se puede comprender mejor el impacto de la epidemia de “fiebres”.

4. LOS "EPIDEMIADOS" DE IXTACALCO DE 1813

Los conflictos en Cuautla provocaron la creación de un Cuerpo Patriótico Nacional en los pueblos de Ixtacalco y Santa Anita en 1813. Fue conformado por indios realistas que se convirtieron en soldados voluntarios y formaron un gran movimiento popular (Connaughton, 2012: 43). Fue tanta la gente huyendo y peleando que cuando la epidemia de fiebres llegó a la zona lacustre del valle de México comenzó a exterminar a la población de lugares aledaños. La enfermedad se propagó rápidamente y algunos funcionarios públicos organizaron establecimientos provisionales para atender a los enfermos de los pueblos. Los encargados de observar a los contagiados y de reducirlos a los hospitales, se enfrentaron a la falta de recursos para el mantenimiento de las instalaciones y a la resistencia de los indígenas, quienes preferían permanecer en sus casas en lugar de acudir a los improvisados lazaretos. Desde los primeros meses del año los contagios se incrementaron dramáticamente, el "gobernador y república de Ixtacalco" José Luis Vázquez solicitó el 6 de febrero de 1813, se le asignaran de sus arcas de comunidad trescientos pesos para las necesidades que surgieron debido a la "epidemia de fiebres"¹².

Cabe puntualizar que en la zona lacustre del valle de México, las acequias y canales no siempre se encontraban en situaciones saludables, pues muchas veces se vertían en sus corrientes desperdicios que provocaban condiciones perjudiciales para la salud de los habitantes. Ignacio González Polo (1984: 39) indica que cuando el canal no era desazolvado se volvía fuente de moscos transmisores de enfermedades. El agua no siempre limpia, se usaba para el riego agrícola y muchas veces provocó infecciones gastrointestinales entre la población. Andrés Reséndiz Rodea (2003: 77-98) declara que antes de llegar a la ciudad de México, las aguas del canal no presentaban mayor contaminación, pero pasando la garita de la Viga la cantidad de casas e industrias aumentaba y estas arrojaban sus desechos al canal. Las curtidurías, rastros e industrias químicas vertían sus desperdicios en las aguas y las inmundicias contaminaban la parte oriente de la Ciudad de México. Para explicar las enfermedades surgieron teorías como la del miasma que fue dominante durante el siglo XIX. Charles Volcy (414) explica que las miasmas eran exhalaciones pútridas, vapores o gases liberados por la materia orgánica en descomposición. Las enfermedades se formaban de la unión de varios gases o el desequilibrio entre los mismos. Se creía que se difundían por el aire y al ser inhalados por las personas se enferman, porque cualquier mal olor fue sinónimo de contagio y muerte.

Debido a la falta de hospitales adecuados y de medidas de prevención se perdieron muchas vidas en la parroquia. Los testimonios de los médicos señalan que la población desconfió de los métodos de aislamiento y se negaron a recluirse provocando mayores contagios. Se puede reconocer la magnitud de la epidemia en Ixtacalco gracias al testimonio del médico Luis Montaña del 21 de mayo de 1813:

12 AGN, Instituciones Coloniales, Vol. 8, f. 9.

Los naturales de Ixtacalco han visto interrumpida su actividad agrícola y comercial, además son víctimas de su propia insubordinación y de la virulencia de las epidemias. Los pobres en su mayoría indígenas, en el transcurso de su enfermedad no cuentan con abrigo y medicamentos adecuados¹³.

El galeno tuvo una gran relevancia en el tratamiento de la enfermedad. El *Diccionario Universal de Historia y de Geografía* (1854: 513) consignó que la epidemia de 1813 probó el empeño incansable, pues atendió enfermos, recorrió hospitales y consagró sus conocimientos en la atención del "pueblo indigente".

Para el 5 de junio de 1813, las autoridades virreinales mandaron a los pueblos de Ixtacalco, Churubusco y la Magdalena Mixihuca a los gobernadores de las parcialidades de San Juan y Santiago: Don Francisco Galicia y Don Manuel Santos Bargas. Su misión fue crear hospitales provisionales y convencer a los indios enfermos a que se recluyeran en los mismos sin conseguirlo al inicio. Informaron que no todos los enfermos se aislaron e intentaron descubrir la razón por la cual los indígenas se negaban a acudir a los establecimientos. Según los funcionarios, muchos contagiados no se acercaban a los lazaretos pues los encargados tenían que salir a medicar a pesar de que estaban bien arreglados y asistidos. La prensa médica del siglo XIX mencionó que durante la epidemia la población desconfió de los métodos clínicos y se volcó hacia los remedios de curanderos, así como a rogativas y procesiones religiosas que tampoco detuvieron la enfermedad. En un ensayo sobre el tifo, el doctor decimonónico José Olvera (1881: 19) aseguró que "el vulgo" al presenciar los fracasos de los médicos, "tuvo más fe en el empirismo ciego de los curanderos [...] que se valía de medios inertes que no detenían la naturaleza de la enfermedad". Diversos documentos muestran que la charlatanería se multiplicaba durante las epidemias a pesar de las multas y penas a los falsos médicos. José Ortiz Monasterio (2004: 43) aseveró que en la mentalidad popular "el médico representaba la imagen de la sabiduría", pero durante la enfermedad se recurría a quien estuviera más próximo o proporcionara mayores probabilidades de alivio. Muchas veces "el curandero y el charlatán no sólo eran aceptados por la sociedad, sino que en ocasiones llegaban incluso a ser más favorecidos que los verdaderos médicos".

Los reportes de los regidores señalaron que el hospital provisional instalado en Ixtacalco podía albergar 22 hombres y 10 mujeres. Documentaron que el edificio era "húmedo e incómodo" y quizás esas fueron otras razones por las cuales los enfermos no se internaban, además de no contar allí con el apoyo familiar pues los lazaretos aislaban a los enfermos para intentar controlar los contagios. Cabe resaltar que el día de la visita de los funcionarios había en el hospital cinco hombres y ocho mujeres en sus respectivos petates. El encargado del lugar era el maestro de la escuela quien informó que no había medicinas, ni tampoco tenían alimentos (no se indica si hubo médico, cirujano u otro sanitario en la localidad). Expresó a los regidores que muchos otros enfermos se encontraban en sus chozas y carecían de alimentos, medicinas y atención médica. Informó que en una lista previa se calculaba que había alrededor de 170 contagiados, pero a la llegada de los funcionarios se presumían más de 200 casos que

13 AGN, Instituciones coloniales, Vol. 65, Exp. 6, f. 267.

presentaban calenturas que los llevaban a la muerte¹⁴. Para el 16 de junio de 1813 los regidores continuaban sus intentos por erradicar la epidemia, reportaron que habían logrado persuadir a algunos habitantes de que se recogieran en los hospitales provisionales de Ixtacalco y Mixihuca, aunque especificaron que en Churubusco no fue posible instalar un lazareto. En sus informes aceptaron que la mayoría de los enfermos seguían en sus casas y reportaron que fue difícil llevar un control de los difuntos¹⁵.

La falta de un conocimiento acerca de la enfermedad ocasionó que los galenos de la época no supieran con exactitud qué medicinas usar, y muchos utilizaron con escasos resultados varios tipos de remedios, infusiones y brebajes. Además, las autoridades dieron la orden de asear las casas y las calles, prohibieron las reuniones públicas y establecieron que los enfermos debían permanecer en rigurosa cuarentena. También se organizaron "juntas de sanidad" que intentaban mantener limpias las vías públicas, los canales, los rastros, los animales, etc. (Tucker Thompson, 1998: 39). Desafortunadamente la mayoría de las medidas no dieron resultado pues escasearon los recursos para mantenerlas y aliviar la convalecencia de los enfermos. Según Concepción Lugo Olín (1994: 80- 81), las comunidades más pobres estuvieron la mayoría del tiempo abandonadas a su suerte y fue ahí donde hubo muchas muertes por la falta de una adecuada atención de las autoridades virreinales.

Debido a la magnitud de la epidemia, los regidores enviados por las autoridades y encargados de atender la infección en los pueblos de Ixtacalco, Churubusco y la Magdalena Mixihuca, desconocían con exactitud el número de enfermos. Los reportes de los funcionarios emitidos en julio variaron acerca de la cantidad de contagiados, Francisco Galicia mencionaba en sus declaraciones 330 infectados y Manuel Santos Bargas contó 224 sin incluir a Mixihuca¹⁶. Según sus testimonios la situación fue alarmante, la mortandad se exacerbó en esas parroquias por los pocos recursos para la atención elemental de los enfermos, como lo menciona el funcionario virreinal Ramón Gutiérrez del Mazo del Ayuntamiento de la ciudad de México:

*Las noticias con que se halla cada día más atacada la población por la epidemia que aumenta el número de muertos, y por la malignidad de ella; pero ¡Que dolor! para el ayuntamiento al verse sin arbitrios y que por lo mismo se ve forzada a abandonar a la voracidad del mal a los infelices contagiados [...]*¹⁷.

Para septiembre de 1813, las autoridades no sabían con exactitud cuánto había afectado la enfermedad a la población aledaña a la ciudad. Los mandos solicitaron informes a las distintas jurisdicciones para que comunicaran cuántos estaban enfermos, cuántos se habían curado y cuántos habían muerto¹⁸. Según Andrés Lira (1995: 36), entre

14 *Ibíid.*, 65, ff. 271-272.

15 *Ibíid.*, ff. 278-279.

16 AGN, Instituciones Coloniales, Vol. 46, ff. 273 y 276.

17 AGN, Epidemias, Vol. 8, f. 70.

18 AGN, Instituciones Coloniales, caja 2759, exp. 26, f. 1.

los mismos funcionarios había discrepancias entre cómo tratar y registrar los efectos de la epidemia, algunos consideraban que no tenían responsabilidad sobre los pueblos foráneos y los gobiernos de los pueblos se sentían a disgusto con el trato recibido por los funcionarios. Las autoridades del pueblo no dejaron de presentar quejas a los representantes del régimen virreinal y señalaron una gran diferencia entre el trato que recibieron los habitantes de la ciudad y los indígenas pobres de los pueblos aledaños, pues a pesar de que se habían absorbido parte de sus bienes de comunidad¹⁹, hubo un rechazo a incorporarlos a los presupuestos de gastos médicos. Para el 22 de octubre se elaboró un informe que avisaba la baja en el número de contagiados y las autoridades dieron por terminada la epidemia de "fiebres" (González Polo, 1984: 39). No se sabe si los funcionarios revisaron los registros eclesiásticos para conocer el número de muertes, ni que coordinación hubo con el clero secular pues en los libros parroquiales registraron el aumento de la mortandad provocada por la epidemia de fiebres.

5. LOS LIBROS DE ENTIERROS DE IXTACALCO DE 1813

Las partidas de defunciones de la parroquia de San Matías Ixtacalco ayudaron a determinar cuánto afectaron las fiebres a la población indígena del lugar. Cabe aclarar que al registrar las partidas de difuntos el término "fiebres" apareció con frecuencia como causa de muerte, el cura no señaló ninguna enfermedad en concreto y en la época fue difícil identificar el tipo de enfermedad que acabó con miles de personas. En este artículo se utilizaron los datos de defunciones de los años de 1812, 1813 y 1814 para compararlos y distinguir sus diferencias. Los registros localizados fueron clasificados por los curas en cuatro grupos: adultos, adultas, párvulos y párvulas. El cura no anotó la edad del difunto al morir y las doncellas, viudas, solteros y viudos fueron clasificados como adultas y adultos en los volúmenes. En ningún caso anotó la edad del difunto y pocas veces escribió la causa de la muerte. La mayoría de los registros que se utilizaron en esta investigación se asentaron en el libro número 8 que se comenzó el 26 de febrero de 1813 y se terminó el 20 de febrero de 1815. La mayoría de las partidas fueron firmadas por el cura Manuel Morales quien anotó las defunciones muy juntas para economizar espacio. Registró también el nombre, el estamento social y el pueblo o barrio de adscripción. Sobre los denominados párvulos, el *Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española* (1783) comunicó que eran todos los niños pequeños sin mencionar edad ya que quedaba su clasificación a consideración del cura. Pedro Canales Guerrero (2006: 73) asevera que los naturales son dejados de llamar así cuando alcanzan la edad adulta que calcula en trece años para los hombres y doce para las mujeres. Asegura que es a partir de esa edad cuando los más aptos se

19 Según Luis Jauregui (1999: 135), los funcionarios reales vigilaban las tesorerías de los bienes de comunidad de los pueblos, esta vigilancia le convenía a la corona pues de ahí extrajo caudales cuando fue necesario. Se solicitaba a los subdelegados de Nueva España que enviaran noticias sobre como administraban los fondos de las cajas de comunidad, así como otros bienes propiedad de la república de indios.

reproducen para dejar descendencia con las defensas inmunológicas necesarias para resistir las enfermedades durante sus primeros años. La población femenina y masculina que rebasaba esa edad sin casarse fue considerada como doncellas y solteros respectivamente.

Después de contabilizar y capturar en una hoja de cálculo las partidas de defunciones, se concluye que el total de registros en 1812 fue de 145 personas. Los adultos fueron el grupo más afectado con 48 difuntos (29%), siguieron muy de cerca por las adultas con 46 decesos (28%), después los párvulos con 32 (27%) y al final las párvulas con 19 (16%) (gráfico 1). La mortandad en los adultos jóvenes fue a causa de los primeros brotes de tifo que empeoraron en los últimos meses del año: el número más alto de defunciones se dio en diciembre con 23 unidades y el más bajo fue marzo y abril con 5 decesos cada uno (gráfico 2). Los libros parroquiales no dan datos precisos acerca de la edad del difunto al morir y sólo en algunos casos dan las causas de la muerte, como por ejemplo la partida del 30 de octubre:

Adulta Agustina Bartola India de Ixtacalco	En esta parroquia a treinta de octubre de mil ochocientos doce yo el cura di sepultura eclesiástica al cuerpo de Agustina Bartola de quien quedo viudo Pedro Nolasco indios de este pueblo recibió los sacramentos murió de fiebre y lo firmé. B. Manuel Morales²⁰.
---	--

El conteo de partidas arrojó que en 1813 fallecieron 607 feligreses y en los registros parroquiales ya se asienta con mayor frecuencia como causa de muerte las "fiebres". La mayoría de los afectados fueron otra vez los adultos jóvenes de ambos sexos que juntos sumaron 371. Los párvulos también resultaron afectados y los siguieron con 236 fallecidos. Si comparamos estas cifras con los números de 1812 se descubre una diferencia de 462 personas. Cabe señalar que casi todos los difuntos eran vecinos de la parroquia y es difícil determinar cuántos venía huyendo de la guerra y el hambre. Lo que es diferente con relación al año anterior es el registro parroquial de un desconocido:

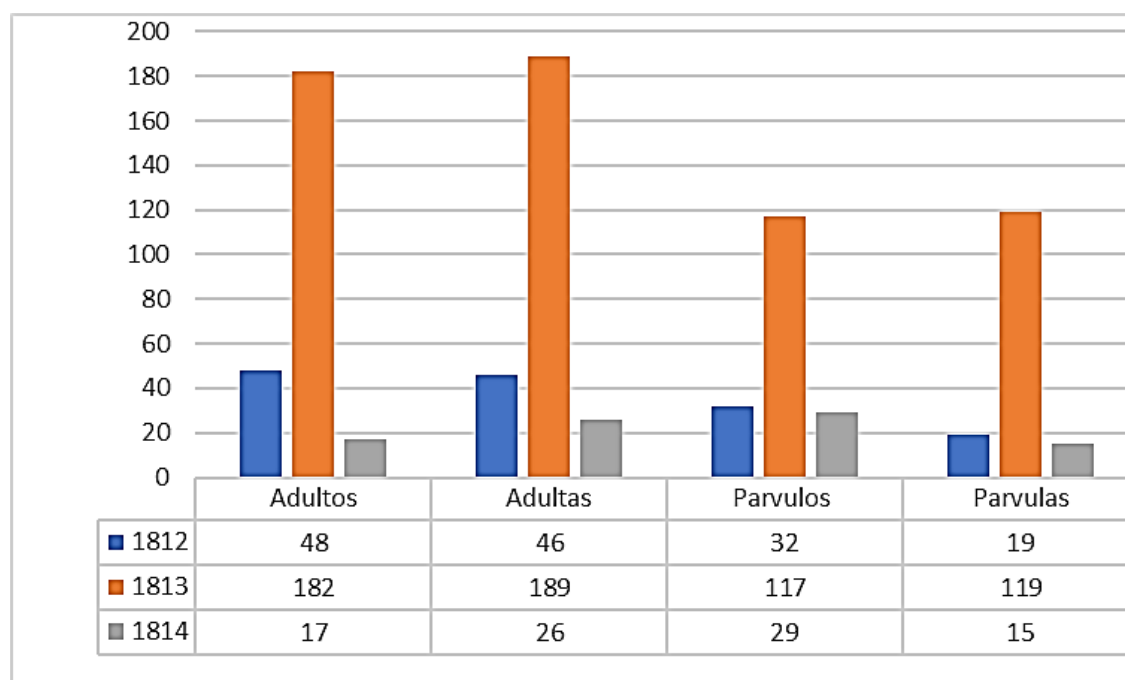
Se ignora su nombre	En esta parroquia a veinte y tres de abril de mil y ocho cientos trece. Yo el cura di sepultura eclesiástica a un forastero cuyo nombre se ignora y para que conste lo firme. B. Manuel Morales
----------------------------	---

20 APSM, caja 23, vol. 8, foja 52.

Cecilia Rabell (1990: 45) sugiere que cerca de una cuarta parte de las defunciones registradas en las ciudades durante las epidemias fueron de personas fuereñas. Hubo verdaderos flujos de gente desventurada que en su búsqueda de seguridad contribuían a que las enfermedades se expandieran, pues los principales caminos se convertían en rutas de contagio para las comunidades.

Gráfico 2

Defunciones en la parroquia de San Matías Ixtacalco 1812, 1813 y 1814

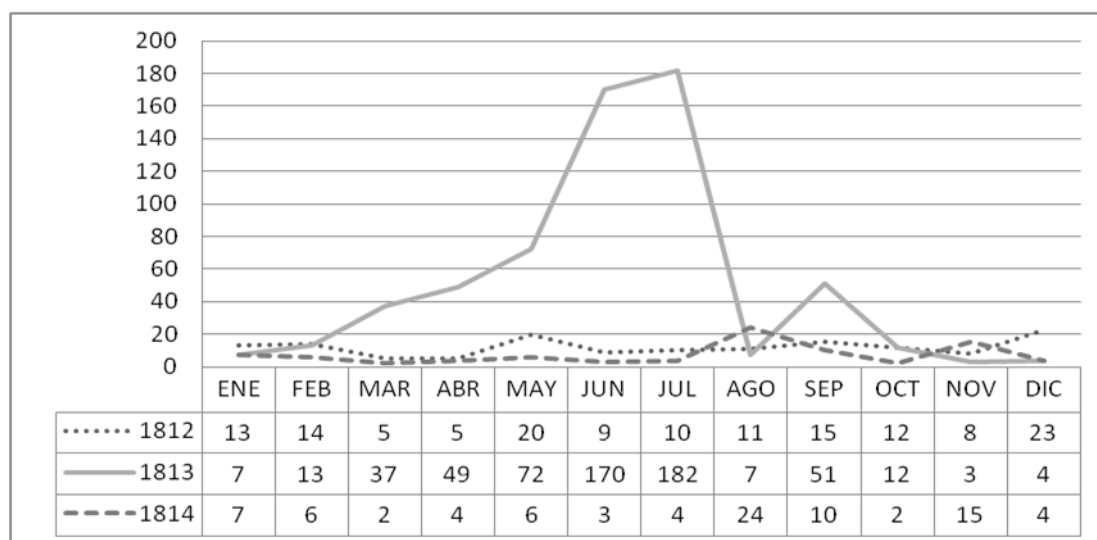


Fuente: APSMI, Defunciones, caja 23, Vol. 8. Elaboración propia.

El conteo de defunciones ocurridas en 1813 arrojó que las mujeres de la parroquia de Ixtacalco fueron el grupo que más elementos perdió con 189 decesos (31,12%), le siguieron de cerca los hombres con 182 (29,98%), los párvulos quedaron en tercer lugar con 117 (19,30%) y las párvulas al final con 119 (19,60%) (gráfico 1). Los meses de mayo, junio y julio fueron los más trágicos para la población, aunque el mes de agosto tuvo una caída notoria en la mortalidad que no concuerda con la tendencia de los meses anteriores: posiblemente hubo un inadecuado registro, aunque también se pudo tratar de un rebrote de la enfermedad, pues para septiembre los números vuelven a subir, para bajar totalmente en octubre, noviembre y diciembre (gráfico 2). Los adultos jóvenes fueron más afectados que los párvulos, pues como indica Pedro Canales Guerrero (2017: 18) las epidemias de tifo de 1692, 1735, 1762 y 1813 fueron las más graves para las personas en edad reproductiva. Los registros parroquiales muestran que la enfermedad mutiló a un número importante de familias pues algunas perdieron varios miembros en los meses más terribles como junio y julio.

Gráfico 3

Defunciones en San Matías Ixtacalco 1812, 1813 y 1814



Fuente: APSMI, Defunciones, caja 23, Vol. 8. Elaboración propia.

Para 1814, las defunciones bajaron a 87 difuntos, aunque durante los primeros meses del año se siguieron registrando casos de "fiebres". La tendencia de muertes por estado civil cambió con relación a los años anteriores pues los párvulos se vuelven mayoría con 29 (33%), le siguieron las mujeres con 26 (30%), después los hombres con 17 (20%) y al final las párvulas con 15 (17%) (gráfico 2). Cabe destacar que el mes de agosto tuvo un aumento en las defunciones debido a un brote de "viruelas" (gráfico 3). Al igual que con la epidemia de fiebres, el sacerdote anotó a todos los que murieron a causa de la infección que duro hasta noviembre²¹: la mayoría de los difuntos fueron párvulos y hubo algunos de padres no conocidos quienes probablemente sucumbieron en la anterior epidemia de 1813. Es importante señalar que desde el cuatro de agosto firma las partidas el bachiller Blas Padilla quien ya se preocupa por anotar con más regularidad la causa de la muerte del feligrés.

Aun con el aumento de los difuntos por el brote de viruela en la segunda mitad de 1814, se puede sugerir que tras la sobre mortalidad de adultos de 1813 se vuelve a una situación más "normal" ya que bajan las muertes y se parecen las cifras a las de 1812. Asimismo, los decesos de los párvulos vuelven hacer mayoría pues la mortalidad infantil fue copiosa a principios del siglo XIX. Cabe subrayar que las principales causas de las defunciones infantiles en las comunidades virreinales fueron enfermedades infecciosas, situaciones antihigiénicas en el hogar, falta de cuidados apropiados, una lactancia inadecuada, un destete mal dirigido y la deficiente asistencia médica; por

21 La viruela estuvo presente en América desde el siglo XVI. El virus mató miles de naturales y solo se controló hasta el siglo XIX cuando se pudo inocular la vacuna en niños expósitos. Gracias a los esfuerzos del doctor Balmis los brotes se hicieron menos intensos entre la población. La enfermedad se pudo erradicar debido a la vacunación masiva y una vigilancia epidemiológica estrecha en diversas regiones del mundo en el siglo XX (Franco-Paredes et al., 2003: 324).

supuesto también influyeron factores sociales como la ilegitimidad, el abandono y la pobreza (Fernández García, 2006: 461). Investigadoras como Cecilia Rabell (2010: 4) subscriben que las jóvenes que vivían en Nueva España tuvieron una descendencia nutrida ya que el número promedio de hijos debió ser de ocho, "suponiendo, que todas las mujeres sobrevivieran hasta los 40 años aproximadamente".

Se intentó cotejar la información de las defunciones con los bautizos para conocer como fueron afectados por la epidemia, desafortunadamente no se localizaron datos pues existe una laguna en el registro de nacimientos que abarca desde 1811 hasta 1814. No está el libro y hace falta investigar el motivo de dicha desaparición ya que los curas de Ixtacalco llevaron con gran celo los registros. Es muy probable que la guerra de independencia, las enfermedades y la difícil situación económica causaran un descontrol que evitó una anotación regular, aunque también es posible que el libro se perdiera a lo largo del tiempo. Afortunadamente los volúmenes de matrimonios se conservan y permiten conocer las uniones en el periodo de estudio: en 1812 se contabilizaron 49 matrimonios, en 1813 bajan hasta acumular 20 y en 1814 aumentaron a 90. La ampliación es evidente pues muchos volvieron a contraer nupcias para reponer las parejas destruidas durante la epidemia, pues como afirma José Gustavo González Flores (2015: 54), las pestes que afectaron a la población adulta provocaron dos situaciones: un aumento en las segundas nupcias debido a que los viudos se volvían a casar y un descenso en los bautizos de los siguientes años.

CONCLUSIÓN

Los libros de defunciones de la parroquia de Ixtacalco permitieron la comparación antes, durante y después del contagio, y luego de contabilizar las partidas se descubrió que las mujeres y los hombres adultos fueron los más afectados durante la epidemia. También se identificó que mayo, junio y julio fueron los más difíciles para la población: como en otros lugares, la época más calurosa del año provocó un crecimiento demográfico lento debido a la muerte de adultos de ambos sexos. Lo anterior no quiere decir que los párvulos no sufrieran un incremento importante en el número de muertes, probablemente fueron más de los registrados ya que durante toda la época virreinal hubo un deficiente registro de muertes infantiles. Hace falta un estudio más extenso de los archivos de la parroquia de Ixtacalco para conocer a detalle como este descenso de la población afectó la evolución demográfica en años posteriores, así como cuánto tiempo le llevó recuperarse de las "fiebres". También falta analizar los archivos de las parroquias aledañas para acumular más datos demográficos sobre la región lacustre y contribuir con estudios estadísticos sobre sus comunidades.

Cabe destacar que al estar el pueblo cerca de una transitada vía de comunicación fue un polo de atracción para nuevos recién llegados, además, la constante desecación de lagos y canales permitió nuevos terrenos de uso habitacional para nuevas familias. Se puede inferir que estos nuevos pobladores repusieron a los fallecidos y conformaron

nuevos núcleos familiares que restablecieron a los desaparecidos a lo largo del siglo XIX. Conforme los años fueron avanzando la Ciudad de México absorbió los pueblos aledaños, Ixtacalco no fue la excepción y actualmente la parroquia queda dentro de la alcaldía de Iztacalco, es una de las zonas con más alta densidad demográfica, y es notoria por sus asentamientos irregulares y su alta marginalidad. En el lugar donde antes hubo canales y chinampas hoy surgen grandes asentamientos urbanos como el Campamento Dos de Octubre y la Unidad Infonavit Ixtacalco. Los barrios antiguos continúan como una herencia virreinal en medio de la mancha urbana y sus feligreses siguen rindiendo culto en las iglesias virreinales. Al momento de realizar esta investigación azotaba en el mundo una pandemia de Covid 19, y al igual que en 1813, se pidió a los enfermos aislarse y permanecer en cuarentena. Como en el pasado el pueblo de Ixtacalco recibe el embate de un nuevo mal y aún faltan por descubrir las consecuencias entre la población presente.

ARCHIVOS

Archivo General de la Nación México (AGN)
Archivo Parroquial de San Matías Ixtacalco
Biblioteca Nacional de España (BNE)
Hemeroteca Nacional Digital de México (HNDM)

BIBLIOGRAFÍA

- ARGÜELLES GONZÁLEZ, Alina (2005): "San Matías Apóstol", *Inventarios de Archivos Parroquiales*, VII Vicaria, México, Apoyo al Desarrollo de Archivos y Bibliotecas de México, pp. 33-34.
- BARCIA ZEQUEIRA, María Del Carmen (2000): "Una Mirada Social a las Familias. Su Reflejo en Censos y Padrones (1870-1919)", *Revista de Indias*, LX, 219, pp. 453- 475.
- BARRETO MESSANO, Isabel (2009): "Padrones y Archivos Parroquiales en el Uruguay: Desafíos y alternativas en el estudio de las poblaciones histórica", *Posibilidades para el estudio de poblaciones históricas*, 9, pp. 95-116.
- CARMONA, Juan Ignacio (2005): *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*, Sevilla, Universidad de Sevilla.
- CANALES GUERRERO, Pedro (2017): "Historia natural del tifo epidémico: comprender la alta incidencia y rapidez en la transmisión de la *Rickettsia prowazekii*", en GONZÁLEZ FLORES, Gustavo (coord.), *Epidemias de matlazahuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México*, México, Quintanilla Ediciones, pp. 11-23.

- ____ (2006): "Propuesta metodológica y estudio de caso ¿Crisis alimentarias o crisis epidémicas? Tendencia demográfica y mortalidad diferencial, Zinacantepec, 1613-1816", en NAVARRETE GÓMEZ, David (coord.), *Problemas demográficos vistos desde la historia: análisis de fuentes, comportamiento y distribución de la población en México, siglos XVI-XIX*, América Molina del Villar, México, CIESAS, pp. 67-116.
- CONNAUGHTON, Brian (2012): "Estudio Introductorio", en *Miscelánea del curato de Ixtacalco (1831-1832) de Manuel Espinosa de los Monteros*, México, UAM, pp. 20-78.
- COOPER, Donald B. (1965): *Epidemic Disease in Mexico City, 1761-1813: An Administrative, Social, and Medical Study*, Austin, University of Texas Press.
- COVARRUBIAS, José Enrique (2005): *En busca del hombre útil: un estudio comparativo del utilitarismo neomercantilista en México y Europa, 1748-1833*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- CUÉLLAR, José Tomás (1890): *La Linterna Mágica. Segunda Época*, Barcelona, Tipolitografía de Hermenegildo Miralles.
- Diccionario de la lengua castellana compuesto por la Real Academia Española de 1780*, Madrid, La viuda de Don Joaquín Ibarra.
- Diccionario Universal de Historia y de Geografía* (1854): México, Imp. de F. Escalante, Vol. V.
- Famous parks and gardens of the world* (1880): London, T., Nelson and Sons.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Andrea (2006): "La imagen de la muerte infantil en el siglo XIX", en AMADOR CARRETERO, Pilar; ROBEDANO ARILLO, Jesús y RUIZ FRANCO, Rosario (eds.), *Cuartas Jornadas Imagen, Cultura y Tecnología*, Madrid, Universidad Carlos III, Editorial Archiviana, pp. 461-472.
- FRANCO-PAREDES, Carlos; Lammoglia, Lorena y Santos-Preciado, José Ignacio (2004): "Perspectiva histórica de la viruela en México: aparición, eliminación y riesgo de reaparición por bioterrorismo", *Gaceta médica de México*, 140, 3, pp. 321-328.
- GARCÍA CUBAS, Antonio (1890): *Diccionario geográfico, histórico y biográfico de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaria de Fomento, Vol. 4.
- GIBSON, Charles (1967): *Los aztecas bajo dominio español*, México, Siglo XXI.
- GONZALBO AIZPURU, Pilar (1992): "La familia y las familias en el México colonial", *Estudios Sociológicos*, X, 30, pp. 694-710.
- GONZÁLEZ FLORES, José Gustavo (2020): "La epidemia de tifo y la guerra insurgente en el oriente de Michoacán, 1813-1814", *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, 40, 159, pp. 147-169.
- GONZÁLEZ POLO, Ignacio (1984): *Reflexiones sobre la Ciudad de México*, México, Departamento Distrito Federal.

- HERNÁNDEZ SÁENZ, Luz María (2018): *Carving a Niche: The Medical Profession in Mexico, 1800-1870*, Montreal, McGill-Queen's Press.
- LIRA, Andrés (1995): *Comunidades Indígenas frente a la Ciudad de México*, México, El Colegio de México.
- LÓPEZ SARRELANGUE, Delfina E. (1991): "Población Indígena de la Nueva España en el siglo XVIII", *Hispanic American Historical Review*, 71, 3, pp. 531-577.
- LUGO OLÍN, Concepción (1994): "Una epidemia de Tifo en Cuautitlán", *Relaciones*, 10, 58, pp. 75-92.
- MALVIDO, Elsa (2006): *La población siglos XVI al XX*, México. México, Océano/UNAM.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes (1994): *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera*. México, Siglo XXI.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes y Hernández Espinoza, Patricia Olga (2016). "La esperanza de vida en la ciudad de México (siglos XVI al XIX)", *Secuencia*, 96, pp. 6-44.
- MÉNDEZ MAÍN, Silvia María (2010). "Dinámica de la población. Siglos XVI al XXI y perspectivas a futuro", en FLORESCANO, Enrique y ESCAMILLA, Juan Ortiz (coords.), *Atlas del patrimonio natural, histórico y cultural de Veracruz II*, Comisión del Estado de Veracruz para la Conmemoración de la Independencia Nacional y la Revolución Mexicana, Universidad Veracruzana, pp. 117-152.
- MOLINA DEL VILLAR, América (2006): "Comportamiento y distribución de la población en Santa María de Guadalupe, Atlacomulco, 1679-1860", en *Problemas demográficos vistos desde la historia: análisis de fuentes, comportamiento y distribución de la población en México, siglos XVI-XIX*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- ____ (2015): "El tifo en la ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana, 1913-1916", *Historia mexicana*, 64, 3, pp. 1163-1247.
- MONTAÑA, Luis (1817): *Modo sencillo y fácil de socorrer a los enfermos donde no haya médicos que los asistan, y cuya eficacia y seguridad se experimentó el año de 1813*, México, Imprenta de Mariano Zúñiga y Ontiveros.
- MORIN, Claude (1972): "Los libros parroquiales como fuente para la historia demográfica y social novohispana", *Historia Mexicana*, 3, 83, pp. 389-418.
- NETZAHUALCOYOTZI MÉNDEZ, Marciano (2018): "Muertos y sobrevivientes de la epidemia de tifo de 1813 en la parroquia de San Pablo Apetatitlan, Tlaxcala", *Fronteras de la Historia*, 23, pp. 184-217.
- O'HARA, Matthew D. (2010): *A Flock Divided: Race, Religion, and Politics in Mexico, 1749-1857*, Durham, Duke University Press.

- OLVERA, José (1881): "Unas cuestiones que pueden interesar a los que se proponen estudiar el tifo", *El Observador Medico*, 6, pp. 17-26.
- ORTIZ ESCAMILLA, Juan (2014): *Guerra y gobierno: Los pueblos y la independencia de México, 1808-1825*, México, El Colegio de México.
- ORTIZ MONASTERIO, José (2004): "Agonía y muerte del Protomedicato de la Nueva España, 1831. La categoría socioprofesional de los médicos", *Historias*, 57, pp. 35-49.
- PAYNO, Manuel (1855-1856): "Ixtacalco", *México y sus alrededores*. Colección de sus trajes y monumentos, Decaen, p. 23.
- PERALTA FLORES, Araceli (2009): "El canal, puente y garita de La Viga", en LONG TOWELL, Janet y ATTOLINI LECÓN, Amalia (coord.), *Caminos y mercados de México*, México, UNAM/INAH, pp. 459-468.
- RABELL ROMERO, Cecilia (1990): *La población novohispana a la luz de los registros parroquiales. Avances y perspectivas de Investigación*, México, UNAM.
- _____ (2010): "La transición demográfica en México", en *Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población*, pp. 1-33.
- RESÉNDIZ RODEA, Andrés (2003): "Lo húmedo y lo seco. Fronteras y polarización social en la plástica mexicana del siglo XIX", *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, XXV, 83, PP. 77-98.
- RIVERA CAMBAS, Manuel (1882): *México pintoresco, artístico y monumental*, México, Imprenta de la Reforma.
- RODRÍGUEZ SALA, María Luisa y Ramírez Ortega, Verónica (2020): "La Epidemia de 'fiebres misteriosas' de 1813 en la ciudad de México", *Resonancias* (mayo). <https://www.iis.unam.mx/blog/la-epidemia-de-fiebres-misteriosas-de-1813-en-la-ciudad-de-mexico/>
- SÁNCHEZ-MONTES GONZÁLEZ, Francisco (2000): "Una Aplicación Metodológica a la Demografía Urbana: Padrones Parroquiales en Granada", *Chronica Nova*, 27, pp. 199-215.
- SÁNCHEZ MONTIEL, Juan Carlos (2009): "Formación de ayuntamientos constitucionales y un nuevo sistema de representación política en los pueblos—misión de Rioverde, San Luis Potosí, 1812–1826", *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 37, pp. 37-69.
- SÁNCHEZ SANTIRÓ, Ernest (2004) : "La población de la ciudad de México en 1777", *Secuencia*, 60, pp. 31-56.
- TALAVERA IBARRA, Oziel Ulises (2018): "Las crisis de mortalidad en Valladolid-Morelia, Pátzcuaro y Uruapan, Michoacán, México, (1631-1860)", *Revista de Demografía Histórica*, 36, 2, pp. 125-166.

TANCK DE ESTRADA, Dorothy (1999): *Pueblos de indios y educación en el México colonial, 1750 – 1821*, México, Colegio de México.

TUCKER THOMPSON, Ángela (1998): *Las otras guerras de México*. Guanajuato, La Rana.

VIESCA-TREVIÑO, Carlos (2010): "Epidemias y enfermedades en tiempos de la Independencia", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48, 1, pp. 47-50.

VOLCY, Charles (2007): "Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología", *Iatreia*, 20, 4, pp. 407-421.



Reseñas de libros //

Book Reviews

ADEH

ISSN: 1696-702X
eISSN: 2696-4325

Antero Ferreira (coord.)

A Gripe Espanhola de 1918

Casa de Sarmiento, Centro de Estudios do Patrominio, Universidade do Minho, 2020

Alexandra Esteves^a

O livro *A Gripe Espanhola de 1918* é uma obra coletiva, coordenada por Antero Ferreira, que integra um conjunto de comunicações acerca da gripe espanhola, apresentadas no encontro científico internacional que teve lugar em Guimarães, em outubro de 2018. Nesta publicação, é dada expressão a diferentes perspetivas sobre a temática, desde a Demografia à História da Saúde, que se podem agrupar em três áreas: perspetivas globais sobre a gripe e outras pandemias, estudos de carácter regional e impactos socioculturais da pandemia. Graças à colaboração de diversos investigadores nacionais e estrangeiros, é, assim, colocado à disposição da comunidade científica e do leitor comum mais um contributo para o aprofundamento e alargamento do conhecimento sobre a maior pandemia do século XX.

O interesse acrescido que, nos tempos recentes, a gripe espanhola tem despertado em investigadores de diversas áreas, em particular nos historiadores, deve-se, em grande parte, aos dias complicados que hoje se vivem, marcados agora pela Covid-19. Apesar da tentação, que até é admissível, de estabelecer comparações entre as duas pandemias, importa que o historiador se acautele para não cair em anacronismos nem embarcar na procura descuidada de similitudes, dado que a sua análise exige, entre outros requisitos, que sejam tidos em devida conta os respetivos contextos. É de referir, desde logo, que a gripe pneumónica, muito mais mortífera que a atual pandemia e provocada por um agente diferente, atingiu sobremaneira os jovens saudáveis e, entre outras consequências, abalou a crença no poder da medicina, esfriou a exaltação do progresso e tornou mais presente o espectro da morte.

O tema da gripe não tem merecido especial atenção da parte dos historiadores, com exceção da pneumónica, que, nas últimas décadas, tem interessado a historiografia internacional. Sobretudo nos últimos dois anos, esta pandemia também passou a fazer parte, com mais frequência, da atividade investigativa desenvolvida em Portugal, da qual resultaram várias obras sobre a sua ocorrência em diversas regiões do país. O livro agora editado integra esse lote de publicações. Todavia, apesar dos muitos estudos já realizados, ainda persistem algumas dúvidas e divergências acerca da gripe espanhola, nomeadamente sobre as seguintes matérias: a origem, sendo consideradas três hipóteses (europeia, asiática e americana, se bem que a americana seja a mais consensual); o número de óbitos (habitualmente, aponta-se para entre 50 a 100 milhões de mortos, mas estudos recentes admitem que a barreira dos 100 milhões de

^a Universidade Católica Portuguesa

óbitos foi ultrapassada); os grupos sociais mais afetados (muitos autores entendem que as classes sociais mais baixas foram as mais atingidas, mas alguns sustentam que os estratos sociais mais elevados também não foram poupados); se a gripe russa (1889-1890), conferiu, ou não, imunidade aos mais velhos, e explica o facto de os adultos jovens terem sido os mais atingidos; o número de vagas (há quem defenda a ocorrência de uma quarta vaga, que em Portugal terá acontecido no outono-inverno de 1919/1920).

Neste livro, composto por dezasseis artigos, predomina o elemento espacial como fator delimitativo da análise desenvolvida pelos respetivos autores, até porque o limite temporal está implícito na duração da própria pandemia. Com exceção de três trabalhos (dois referem-se ao caso de Espanha e um a Angola), os restantes dizem respeito a diferentes lugares do território nacional, incluindo o arquipélago dos Açores (ilhas do Faial e das Flores). Fogem a este critério espacial os dois últimos trabalhos, embora também façam referência a lugares concretos, bem como o artigo de Helena da Silva. Assim, Luís Pimenta Damásio escreve sobre Amadeo de Souza Cardoso, uma das vítimas mais conhecidas da pandemia, mostrando assim que as famílias mais abastadas não foram poupadas. Rosalina Pisco Costa, por seu lado, recorre à autoetnografia para, a partir de uma história de família e baseada em fontes manuscritas e impressas, escrever sobre a incidência da pneumónica na região de Évora. Entre outros aspetos, sublinha a obrigação de os cidadãos se envolverem na comemoração de eventos marcantes do país para se evitar o silenciamento e consequente esquecimento, recorrendo-se, para o efeito, como mostra a autora, ao *storytelling*. Helena da Silva aborda a pandemia em contexto da Grande Guerra, e procura avaliar, em particular, o seu impacto no Corpo Expedicionário Português (França) e dar a conhecer algumas das medidas profiláticas tomadas pela autoridades militares para a combater. A autora trata, assim, uma matéria pouca estudada e dá uma importante contribuição para preencher um vazio na historiografia portuguesa.

Os dois trabalhos que abordam a incidência da pneumónica em Espanha permitem estabelecer algumas comparações entre os dois países ibéricos em diversas áreas, designadamente sobre a situação sanitária, o papel da imprensa, as carências alimentares e medicamentosas e a incapacidade dos médicos para responderem eficazmente aos desafios inesperados colocados pela pandemia. Tal como em Portugal, também no país vizinho houve uma reflexão posterior, protagonizada sobretudo pelos médicos, tendo em vista o reforço das estruturas sanitárias e a criação de mecanismos que evitassem uma nova situação de descontrolo epidémico. O texto intitulado *La Pandemia de gripe en la provincia de Badajoz* dá conta da necessidade de fechar fronteiras ainda em abril de 1918, como forma de evitar a propagação do tifo exantemático que então grassava em Portugal, e do surgimento de comportamentos discriminatórios e xenófobos, que ocorrem, aliás, com alguma frequência em circunstâncias trágicas. Como refere a autora, os primeiros casos da epidemia em Espanha foram identificados em março, mas só foram assumidos em maio de 1918, precisamente na data em que chegou a Portugal.

Os estudos acerca dos Açores (ilhas do Faial e das Flores) mostram que a insularidade contribuiu para que o arquipélago apresentasse um quadro pandémico distinto do resto do país, caracterizado pela chegada mais tardia da doença, como sucedeu na ilha das Flores, que só foi atingida em abril de 1920, e pelo menor impacto a nível demográfico.

As fontes utilizadas para tratar a gripe pneumónica são essencialmente demográficas, embora também se note, em diversas comunicações, o recurso à imprensa da época. Os jornais são uma fonte deveras importante para o estudo das epidemias, constituindo uma preciosa ajuda para conhecer não apenas os avanços dos surtos e o seu impacto, mas também as perceções e as reações das populações, bem como a atuação das autoridades administrativas e sanitárias. Trata-se de um instrumento que se encontra longe de estar esgotado, pois ainda há linhas por explorar, como as que se relacionam com a publicidade, nomeadamente a substâncias medicamentosas e a tratamentos, que, na altura, preenchia algumas páginas dos periódicos, e que mostrava o esforço, se bem que inglório, para enfrentar a pandemia. Também é de salientar o papel relevante que desempenhou na informação das populações sobre a evolução da doença e os cuidados a ter para evitar a contaminação. Apesar dos elevados níveis de analfabetismo, muita gente aproveitava a leitura pública dos jornais, que nem sempre primavam pela isenção nas suas análises, até porque estavam condicionados pela censura então imposta.

Alguns dos trabalhos agora publicados foram colher informação a documentos e registos oficiais, produzidos pelas entidades envolvidas no combate à pneumónica. Em vários textos descobre-se a preocupação dos autores de cruzarem fontes de natureza diversa, tendo em vista o alcance de resultados o mais completos e objetivos possível. Todos os artigos patenteiam um interessante *corpus* documental e são reveladores da importância e da necessidade de preservação das fontes locais e dos arquivos municipais para o labor historiográfico.

Considerado o conjunto dos textos, descobrem-se algumas discrepâncias no tratamento do tema. No entanto, a linha prevalecente no livro remete para padrões e conclusões comuns, transversais aos diferentes trabalhos que o integram, o que vem demonstrar a importância dos estudos micro para a fundamentação e construção de generalizações devidamente sustentadas: contexto político e económico adverso; simultaneidade de outras epidemias e doenças, nomeadamente de varíola, tifo e tuberculose, que obrigavam a dispersão de recursos; o pico da pneumónica situado entre os meses de outubro e novembro; as dificuldades dos hospitais, quer por falta de recursos, quer pela resistência ao internamento, dado que continuavam a ser encarados como lugares destinados a pobres e desamparados. Já quanto à questão do género, os resultados não seguem um padrão consensual. Se alguns estudos referem as mulheres como as principais vítimas, outros defendem que o número de óbitos do sexo masculino superou o registado no sexo feminino. Sabemos que, a nível mundial, a enfermidade vitimou mais homens do que mulheres e provocou um elevado número de órfãos, dado que as vítimas se situavam sobretudo na faixa etária dos 20-40 anos.

Alguns artigos abordam a relação com o espiritual e aludem à interpretação punitiva da génese da doença, vista como um castigo divino, e destacam o papel desempenhado pela Igreja católica, não só no plano espiritual, mas também na ajuda material prestada às vítimas e aos seus familiares.

Apesar de mais um contributo para o conhecimento da gripe pneumónica, dado por este livro, o tema não está de forma alguma fechado, pois subsistem muitas matérias para pesquisar e muitas interrogações para responder. Todavia, importa não desconsiderar a investigação sobre outras epidemias de gripe que assolaram o Portugal contemporâneo e que carecem de análise.

María Isabel Porras Gallo

La gripe española, 1918-1919. La pandemia que cambió nuestras vidas y retó a la medicina y los profesionales sanitarios españoles

Los libros de La Catarata, Madrid, 2020

Rosa Ballester ^a

Dos acontecimientos: la cercanía del centenario de la epidemia de gripe de 1918-1919 y la actual pandemia de coronavirus COVID-19, han servido para despertar un interés inusitado por la historia de la primera, a todos los niveles, desde el divulgativo hasta el de la publicación científica especializada.

Sobre la base de una experiencia investigadora dilatada, sólida y contrastada, esta obra de María Isabel Porras es un producto acabado y de lectura obligada para acercarse no solo al tema de la patología gripal en perspectiva histórica sino como un excelente modelo de análisis en el que se conjuga la base necesaria de las fuentes primarias- muchas y de procedencia diversa- como de una exhaustiva revisión de la bibliografía secundaria más un análisis interpretativo particularmente atractivo. En este volumen se recogen, dándoles un aire nuevo al conjunto, muchos de los trabajos anteriores de la que podemos considerar, sin exageración alguna, la mayor experta española en este campo especializado de historia de la gripe. Solo hace falta comentar que desde lo que fue el tema de su tesis de doctorado en 1994 hasta la actualidad, ha publicado monografías, entre ellas: *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-1919* (Madrid, Ed. Complutense-CAM, 1994) y *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid* (Madrid, UCM, 2004). Coordinó, junto R.A. Davis, la importante obra *The Spanish Influenza Pandemic 1918-19. Perspectives from the Iberian Peninsula and the Americas* (University of Rochester Press, 2014). Junto a ello, ocho capítulos de libro y una docena de artículos en revistas especializadas sobre este mismo tema, constituyen un bagaje sólido que explica el interés de la obra que reseñamos.

La perspectiva historiográfica de la que parte y que hace explícita en los inicios del libro es la de historia del tiempo presente, aquella cuyo objetivo, como señalaba el maestro Marc Bloch es "comprender el presente por el pasado y sobre todo, el pasado por el presente". De este modo, la autora a lo largo del libro y de forma transversal,

^a Profesora emérita de Historia de la Ciencia. Universidad Miguel Hernández

busca establecer similitudes y diferencias entre el COVID-19 y la pandemia gripal de 1918-19 en las diferentes cuestiones abordadas y que van más allá de la pura descripción de medidas profilácticas o de respuestas profesionales o políticas para constituir un ramillete de reflexiones necesarias aquí y ahora.

El volumen, estructurado en once capítulos y una bibliografía final, en una secuencia ordenada que nos lleva desde un primer capítulo introductorio, al último capítulo que sintetiza, a la luz de lo que se ha explorado en el corpus central del libro, las principales lecciones que pueden extraerse de este análisis para entender la situación actual y más allá, el futuro próximo del tema de las pandemias.

La historia de la gripe y de sus manifestaciones epidémicas anteriores a la primera pandemia del siglo XX es el contenido del capítulo dos, señalándose allí su importancia epidemiológica, sus variaciones a lo largo del tiempo, las diferentes explicaciones causales en función de los diferentes marcos teóricos y aproximaciones doctrinales, así como las herramientas terapéuticas utilizadas. Enlazando con lo anterior a continuación se nos presenta la experiencia mundial de la pandemia de 1918-19 contextualizándola en el marco de la conflagración de la I Guerra Mundial y la postguerra, con los movimientos de tropas y poblaciones, reconstruyendo con una cuidadosa puesta al día, todas las hipótesis que se manejan en los trabajos históricos circulantes sobre su punto de partida y rutas de difusión como su origen asiático, norteamericano o europeo o, por ejemplo, en el caso español, relacionando su entrada en el país a través del regreso de los temporeros españoles que realizaban labores agrícolas en Francia, entre otros factores. El impacto demográfico mundial de la gripe con el baile de cifras según fuentes de diversa procedencia, su distribución etaria y por clase social, es seguido en este capítulo tercero por las consecuencias sanitarias en las diferentes estructuras sanitarias de los distintos países, la escasez de infraestructuras y de personal, las medidas adoptadas. El importantísimo impacto económico, las consecuencias políticas y el efecto sobre la vida cotidiana con el cierre, en este último caso, de centros de enseñanza, de ocio y la prohibición de ceremonias religiosas, son otros tantos puntos abordados y comparados con lo sucedido en la pandemia actual del COVID-19.

Una vez examinada la situación internacional, el resto de los capítulos, desde el cuarto al once, están consagrados, en primer lugar, al análisis en profundidad la situación española en el periodo coincidente con la pandemia gripal de 1918-19. De este modo (capítulo cuarto), la autora repasa la complicada situación política y lo que denomina permanente crisis en varios ámbitos: las condiciones de vida de las ciudades y de los ciudadanos, los conflictos sociales, la estructura organizativa de la sanidad y sus carencias y los procedimientos puestos en marcha una vez se desencadenaron los brotes epidémicos. El trasfondo de lo que podía dar de sí la Instrucción General de Sanidad de 1904, el papel de las Reales Academias de Medicina o el papel de la Comisión integrada por Gregorio Marañón, Gustavo Pittaluga y Antonio Ruiz Falcó, enviada a Francia a instancias del gobierno para recabar información y para evaluar el grado de similitud entre el estado sanitario de España y el del citado país, son otros tantos puntos destacados.

Especialmente interesante y bien construido es el capítulo quinto, uno de los más extensos del libro, en torno al coste demográfico de la epidemia española. Sobre la base de fuentes propias y otras procedentes del estudio de B. Echevarría Dávila (CIS, 1993), se elaboran una serie de tablas en las que, distribuidas por provincias y por el cómputo global del país, se muestran las tasas mensuales de mortalidad por gripe. La distribución geográfica y los cambios producidos en los tres brotes en dicha distribución, son allí puntualmente señalados. A destacar la peculiaridad que presenta la distribución etaria en la que se aprecia como en España- de modo idéntico a lo sucedido en otros países, y en un sentido completamente diferente a lo acontecido en otras crisis epidémicas gripales- la afectación mayoritaria se dio entre la población adulta joven (20 -40 años).

Junto a la perspectiva demográfica y directamente ligada a ella, se aborda el impacto económico, social y científico-sanitario, donde el análisis de los costes directos e indirectos de la pandemia, la marginación y las desigualdades, pero también el impulso dado a la investigación, en especial, la relativa a la búsqueda de la etiología de la gripe que dinamizó las precarias instituciones científicas públicas bajo el objetivo de la búsqueda de vacunas y sueros específicos en laboratorios, hospitales u organismos locales de higiene.

La pandemia de gripe de 1918-19 fue un reto muy importante para los profesionales sanitarios, en primer término, los médicos, que a los ojos de la sociedad, eran los que desempeñaban el papel de expertos. Un reto clínico, puesto que no eran menores las dificultades para identificar la enfermedad y hacer un diagnóstico diferencial con otras patologías respiratorias. El diagnóstico de certeza solo podía darlo el laboratorio con la búsqueda del germen específico y su tipificación. Los avatares con el bacilo de Pfeiffer o los virus filtrables o los estudios sobre inmunidad no llegaron a buen puerto y tampoco los tratamientos ensayados. Solo las medidas profilácticas generales para cualquier enfermedad infecciosa mostraban su utilidad con las limitaciones que suponían no tener una vacuna o tratamiento específicos. Junto a lo anterior, el desarrollo de la pandemia sirvió los médicos españoles para denunciar carencias como la ausencia de una ley general de sanidad y de un Ministerio de Sanidad puesto que las competencias en materia sanitaria correspondían al Ministerio de la Gobernación y la situación de la profesión médica, por ejemplo, en lo tocante al papel de los médicos titulares. Pero también farmacéuticos y veterinarios participaron y cumplieron su papel en la crisis epidémica, que hay que entender también en el doble contexto de la reorganización profesional de ambos colectivos y en los conflictos de competencias con los médicos, en especial, los relativos a la investigación de laboratorio.

Un estudio de campo, el caso de Madrid, es el escogido para reconstruir las medidas político-sanitarias destinadas a combatir la epidemia y mejorar la situación del país en el capítulo noveno. La demora y ocultación inicial del problema por parte de las autoridades sanitarias locales y provinciales en el primero de los brotes, se fue modificando cuando la realidad de la crisis epidémica se impuso, momento en el que se pusieron en marcha actividades y recursos como el reforzamiento de los servicios sanitarios de las Casas de Socorro y con el concurso de la Diputación Provincial, la

hospitalización de las personas enfermas y pobres y habilitando salas de infecciosos en hospitales madrileños así como la instalación de los barracones Docker, entre otras medidas.. La pandemia gripal y las medidas adoptadas llegaron, además hasta el Congreso de los Diputados y el Senado, debatiéndose en estas instituciones sobre las mismas y concluyendo en la necesidad de informar adecuadamente a la población y mejorar las infraestructuras sanitarias.

Las reacciones de la población frente a la enfermedad es la interesante perspectiva que la autora propone para completar esta visión de conjunto y lo hace a través de la prensa de información general, señalando, no obstante, las limitaciones que el uso único de este tipo de fuentes tiene para hacer una historia desde el punto de vista de enfermo, pero que en este caso es el único modo de hacerlo al no poder disponer de un archivo de fuentes orales o de otro tipo como correspondencia. El periodismo ofrece información y también la creación de un cierto estado de opinión y en las páginas de estas fuentes aparece el temor y la angustia, entre otras cosas por afectar a adultos jóvenes, carecer de tratamiento eficaz., la falta de médicos y las dificultades para acceder a la asistencia sanitaria entre los aspectos abordados.

El libro finaliza con un útil capítulo que resume y sintetiza lo que son las principales conclusiones que se desprenden de un trabajo tan complejo. El impacto posterior y las lecciones que se pueden extraer de la gripe, mal llamada española, se distribuyen entre lo que supusieron las medidas de tipo legislativo que en algunos casos, se transformaron en proyectos de ley aprobados, aunque no en todos los casos o la elaboración en 1919 de un ambicioso Plan Nacional de la Reforma de la Sanidad, que incluía entre otras cosas, la creación de un Ministerio de Sanidad, pero que no llegó a salir adelante. La mirada desde fuera por parte de expertos de instituciones como la Fundación Rockefeller ya en la década de los veinte, donde informes como el de Charles Bayle, sirven también conocer el panorama de conjunto de la sanidad española del periodo inmediatamente posterior a la pandemia gripal.

En suma, hay que celebrar la iniciativa de publicar un libro de estas características que aúna rigor e interés, que está muy bien escrito y que sin duda es una obra de referencia obligada no solo en el tema de la pandemia gripal de 1918-1919, sino como un modelo de acercamiento desde la perspectiva de la historia del tiempo presente.

