

T.D.
B/63
Tomo I

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias

22 62

Encarnación Bernal Borrego

LA MUERTE EN LA SEVILLA DE LA RESTAURACION (1.875-1.924):
ANALISIS EPIDEMIOLOGICO Y SEMANTICO DOCUMENTAL.

Departamento C. Soc. Sanitari
F. Medicina 16.3.92

31.3.1992

31 Uento 1992

EL DEPARTAMENTO

[Handwritten signature]

Memoria que presenta Encarnación Bernal Borrego para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía.

Sevilla, Febrero de 1992

[Handwritten signature]

I



X

2 19485

Juan L. Carrillo Martos,
Catedrático de Historia de la
Ciencia de la Universidad de
Sevilla,

CERTIFICA:

Que la presente Memoria para optar
al Grado de Doctor en Medicina y
Cirugía, titulada "La muerte en
Sevilla de la Restauración (1.875-
1.924): Análisis epidemiológico y
semántico documental" ha sido
realizada por Encarnación Bernal
Borrego bajo mi dirección, y para
que conste expido la presente.

Sevilla, 21 de Febrero de 1.992



X

AGRADECIMIENTOS

Ante todo quiero hacer constar mi más sincero agradecimiento al profesor Juan L. Carrillo Martos, verdadero impulsor de mi interés por la Historia de la Medicina y sin cuyo magisterio y apoyo no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A D. José Molina, Sr. Juez del Registro Civil de Sevilla por proporcionarme todo tipo de facilidades para consultar el Archivo, brindandome toda su colaboración y simpatía, asimismo hago extensivo este agradecimiento a la totalidad de los empleados de este centro.

A la Unidad de Estadística de éste Departamento y en especial a Ana Fernández y Juan Ramón Lacalle, quienes además del diseño y realización de los cálculos estadísticos, soportaron con enorme paciencia mi inexperiencia. Así como a todo el Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias, y en especial a mi compañera Encarni.

Por último a mi familia por su incondicional aliento y cariño, en especial a mi hijo por las horas de sol a las que tuvo que renunciar sin saberlo.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
1. La muerte en sevilla: hilo conductor de un gran proyecto.	2
1.1. Líneas generales del proyecto: Análisis del Sistema Sanitario de Sevilla durante la Restauración.	
2. Analisis del regimen de mortalidad.	6
2.1. Objetivos.	
3. Problemas metodologicos planteados ante el estudio de la enfermedad.	10
4. Decisiones previas a la elección del registro civil: valoración de fuentes alternativas.	13
4.1 Libros de defunciones de los Archivos Parroquiales: Ventajas e inconvenientes.	
4.1.1. Análisis de la totalidad de parroquias.	
4.1.2. Análisis de dos collaciones parroquiales.	
4.1.2.1. Medios de estratificación social: Horizontal y Vertical.	
4.1.2.2. Modelo de estratificación Social de Sevilla.	
4.1.3. Valoración de las dificultades planteadas con los archivos parroquiales.	

- 4.1.3.1. Ausencia de Registro de la mortalidad de los "no católicos".
- 4.1.3.2. Ausencia de Registro de la mortalidad de "transeúntes".
- 4.1.3.3. Ausencia de Registro de mortalidad infantil.
- 4.1.3.4. Ausencia de Registro de la mortalidad hospitalaria.
- 4.1.3.5. Dificultades materiales.
- 4.2. Fuentes civiles para el estudio de la mortalidad.
 - 4.2.1. Libros obituarios.
 - 4.2.2. Ordenes de inhumaciones o papeletas de enterramiento.
 - 4.2.3. Registro de inhumaciones de los cementerios.
- 4.3. Valoración de las estadísticas de muerte publicados en distintos medios de comunicación.
 - 4.3.1. El Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla.
 - 4.3.2. La Revista Médica de Sevilla.
 - 4.3.3. El Movimiento Natural de la Población.

5.	La fuente utilizada: los libros de defunciones del registro civil.	50
5.1.	Presencia de un registro continuo.	
5.2.	Existencia de un registro centralizado.	
5.3.	Ausencia de vacío documental.	
5.4.	Registro de la totalidad de la población.	
6.	Valoración crítica del registro civil.	53
II. MATERIAL Y METODO		58
MATERIAL		
1.	Características del Registro Civil de Sevilla.	60
1.1.	Libros y actas de defunciones.	
1.2.	Modelo de un acta de defunción.	
2.	Consideraciones previas a la elección de las variables.	64
2.1.	Profesión.	
2.2.	Dirección.	
2.3.	Diagnóstico de la muerte.	
2.4.	Sexo, Edad y Año.	
3.	Técnicas de Trabajo.	68
3.1.	Diseño del tamaño muestral. Tipo de muestreo.	
3.2.	Realizaciones prácticas.	
3.2.1.	La reconstrucción de la muestra.	
3.2.2.	Diseño de la ficha de trabajo. Diseño de la estrategia de recogida de información.	
3.2.3.	Fase de recogida de información.	

4.	Codificación de las variables.	72
4.1.	Sexo.	
4.2.	Edad.	
4.3.	Causa de la muerte.	
4.4.	Profesión.	
4.5.	Dirección.	

METODO

1.	Medios utilizados	89
2.	Programas empleados	90
3.	Análisis realizado.	90

III.- EVALUACION DE LA REALIDAD SANITARIA SEVILLANA A TRAVES DEL ANALISIS DE MORTALIDAD

1.	Comunicaciones al Congreso Médico Internacional de Sevilla	107
2.	La obra de Felipe Hauser	112
3.	La ciudad de Sevilla vista por Sánchez Pizjuán	115
4.	La contribucion de Francisco Laborde	120
5.	El informe de Angel Pulido Fernández	125
6.	La preocupación de las Instituciones culturales sevillanas por temas sanitarios: El caso del Ateneo	128
7.	El discurso de Márquez Chaparro ante la Real Academia de Medicina	133

IV.- RESULTADOS

1.	Causas de mortalidad de la población de Sevilla	139
----	---	-----

2.	Distribucion de la mortalidad por grupos de edad y sexo	145
2.1.	Edad	
2.2.	Sexo.	
3.	Distribucion de la mortalidad por grandes grupos de enfermedad en relacion con las variables edad y sexo	149
3.1.	Edad.	
3.2.	Sexo.	
4.	Los sectores sociales	155
4.1.	Componentes	
5.	Zonificacion urbana	158
5.1.	Distribución social en el casco urbano.	
6.	Desigualdades espaciales ante la muerte	160
7.	Desigualdades sociales ante la muerte	164
8.	Notas sobre la mortalidad en los recintos hospitalarios	166
V.-	ANALISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL	195
1.	Analisis de las variables	198
1.1.	Sexo-edad.	
1.2.	Causas de muerte.	
1.3.	Profesión. Sectores de la ciudad.	
2.	Evolución de la mortalidad infantil	205
2.1.	Mortalidad en la Casa Cuna.	
VI.-	CRISIS DE MORTALIDAD: DETECCION Y ANALISIS	220
1.	Epidemia de Viruela en 1.887	234

2.	Crisis de Subsistencia en 1.907	236
VII.-	ANALISIS SEMANTICO DOCUMENTAL	251
1.	Analisis semantico-documentalde los diagnosticos de muerte.	252
1.1.	Ordenación alfabética de los diagnósticos.	
1.2.	Ordenación genérico-específica: Arboles semánticos.	
2.	Arboles semánticos.	
VIII.-	DISCUSION	323
1.	Problemas metodologicos que puede plantear la explotacion del registro civil.	324
1.1.	Deficiencias formales.	
1.2.	Deficiencias de las variables usadas.	
1.2.1.	Errores y omisiones "fortuitas"	
1.2.2.	Errores u omisiones "sistemáticos".	
1.2.3.	Errores u omisiones "controlados".	
2.	Consideraciones sobre la posible contrastacion de la calidad de la informacion.	333
3.	Consideraciones criticas sobre el metodo empleado	335
IX.-	CONCLUSIONES	337
X.-	FUENTES Y BIBLIOGRAFIA	342

I. INTRODUCCION

1. LA MUERTE EN SEVILLA: HILO CONDUCTOR DE UN GRAN PROYECTO.

El estudio de la muerte y su interpretación sociológica es el objeto de la presente memoria de investigación.

La enfermedad y la muerte son fenómenos constantes que inciden negativamente en todas las colectividades; su presencia surge como un hecho inherente al hombre configurando la realidad social y económica de una sociedad, de la misma manera que los factores sociales y económicos condicionan a su vez la aparición de enfermedad presentando una situación de mutua influencia y continuo dinamismo (1).

-
- 1 PEREZ MOREDA, Vicente. *Las crisis de mortalidad en España Interior (siglos XVI-XIX)*. Madrid, siglo XXI, 1.980.
CARRILLO, JL; GARCIA BALLESTER, L. *Enfermedad y Sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX: la fiebre amarilla (1.741-1.821)*. Málaga, Universidad de Málaga, 1.980.
CARRILLO, JL; CASTELLANOS, J; RAMOS, MD. *Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga (1.918)*. Málaga, Universidad de Málaga, 1.989.
LOPEZ PIÑERO, JM *et al. Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid. Soc. Estudios y Publicaciones, 1.964.

1.1. Líneas generales del proyecto: Análisis del Sistema Sanitario de Sevilla durante la Restauración.

Este análisis bien podríamos calificarlo como un estudio introductorio si lo consideramos dentro del contexto general de nuestras investigaciones actuales, ya que no se trata de un trabajo aislado sino que forma parte de una globalidad, de un gran proyecto de investigación de amplias dimensiones y alcance tendente a conocer el papel del sistema sanitario en un período histórico muy concreto, la Restauración (1.875-1.923) y en un marco geográfico también muy concreto, el espacio urbano de Sevilla.

Ambas acotaciones de espacio y tiempo, no han sido arbitrarias, sino por el contrario plenamente meditadas. La Restauración es un período lo suficientemente largo y al mismo tiempo homogéneo en sus líneas generales que puede convertirse sin grandes desajustes, en una unidad para su estudio (2). Por otra parte en aquel período está estructurado, desde el punto de vista jurídico, lo

-
- 2 Utilizamos el término Restauración en un sentido estrictamente político, como forma de estado relativamente armónica. Es un período en el que hay que tener presente las coyunturas que sobre él incidieron y los desequilibrios fundamentalmente económicos, pero también sociales que lo caracterizaron, existiendo una clara diferenciación entre los primeros años finiseculares y la segunda etapa perteneciente al siglo XX.
- COMELLAS, JL. *La Restauración como experiencia Histórica*. Sevilla Publicaciones Universidad de Sevilla, 1.977.
- CUENCA TORIBIO, JM. *Del antiguo al Nuevo Régimen*. 3ª ed., Sevilla, Publicaciones Universidad de Sevilla, 1.986.
- MARTINEZ CUADRADO, M. *La burguesía conservadora (1.874-1.931)*. 8ª ed, Madrid, Alianza Universidad, 1.983 [Historia de España Alfaguara VI]

que podemos entender por un Sistema Sanitario. Por último no debemos olvidar que durante este período se plantea y no se resuelve buena parte de la problemática sanitaria actual.

La elección de Sevilla capital, como espacio circunscrito urbano, apenas si necesita justificación: en primer término, el tamaño de la capital, una de las de mayor dimensión en la España del momento, en segundo lugar, sus peculiares características socio-económicas y en última instancia, las grandes transformaciones urbanas acaecidas con motivo de la Exposición Ibero-Americana de 1.929 (3), la hacen especialmente atractiva para éste tipo de estudios. El papel de un sistema sanitario en el período que estudiamos, en el que existe una alta mortalidad general, infantil y específica para enfermedades tales como la tuberculosis, la fiebre tifoidea y el sarampión; en el que aún se presentan brotes de enfermedades epidémicas como la viruela o la gripe, debe medirse en términos de "amplia y evidente reducción de la mortalidad".

3 cf. BARON Y MARTINEZ-ANGULO, Fernando [Conde de Colombi] *Sevilla ante la exposición hispanoamericana. las reformas de la ciudad y sus tres factores esenciales*. Memoria presentada por . Sevilla, Gironés 1.915.
BRAOJOS GARRIDO, A. La Exposición Iberoamericana de 1.929. Sus orígenes: utopía y realidad en la Sevilla del siglo XX. En: *Actas VI Jornadas de Andalucía y América*. Sevilla, Escuela de Estudios Hispano-Americanos, 1.987.
TRILLO DE LEYVA, M. *La Exposición Iberoamericana. La transformación urbana de Sevilla*. Sevilla. Ayuntamiento de Sevilla, 1.980.
Existen además numerosos estudios sobre distintos aspectos de la Exposición ampliamente recogidos por
BRAOJOS, A; PARIAS, M; ALVAREZ, L. *Sevilla en el siglo XX. (1.868-1.950)*. Sevilla, Universidad de Sevilla, 1.990. Tomo I pp 259-262.

El estudio del régimen de mortalidad a que está sometida la sociedad sevillana a comienzos del período (1.875) y a su salida del mismo (1.923) se constituye en el núcleo central de este programa de investigación. Conocer el régimen de mortalidad y sus posibles modificaciones, si las hubiere, significa básicamente conocer su distribución en los distintos grupos sociales que estructuran la sociedad sevillana de finales del siglo XIX y comienzos del XX. Debemos pues estudiar la muerte en tanto que fenómeno social constante y como variable dependiente, en principio, del sistema sanitario.

Si el estudio de la enfermedad y la muerte es el elemento nuclear de esta investigación, por ser el indicador más preciso y por tanto de gran valor, sobre la mortalidad es necesario vertebrar las diferentes variables sanitarias, cuyas modificaciones a lo largo del período estudiado pueden ser las responsables de las variaciones del régimen de mortalidad. Analizar el posible grado de objetivos de este proyecto de investigación. En términos generales estas variables son: los profesionales sanitarios, el saneamiento urbano, la infraestructura de la medicina preventiva, el sistema reproductor del saber y las instituciones científicas.

Por encima de este nivel infraestructural será necesario estudiar el proceso de formación de la superestructura jurídica, -la legislación sanitaria tanto en la vertiente nacional -leyes y decretos sanitarios- como local -reglamentos y ordenanzas municipales de contenido sanitario-.

Ya hemos expuesto que el estudio del régimen de mortalidad es el elemento nuclear de este extenso proyecto de investigación que por razones didácticas y prácticas ha sido descompuesto en varios subproyectos. Es un ambicioso propósito donde pretendemos reconstruir la realidad sanitaria del momento y hacer en lo posible una historia total de la enfermedad, donde este trabajo es sólo una primera fase.

2. ANALISIS DEL REGIMEN DE MORTALIDAD.

La muerte no es algo caprichoso que surge espontáneamente sin un porqué, sino por el contrario es el producto de múltiples condicionantes (4), sería por tanto demasiado elemental el estudiarla como un hecho aislado, que por sí sólo quiere decir poco, sin intentar facilitar la comprensión de la misma y sus conexiones sociales (5). Debemos pues analizarla por ser un hecho omnipresente en todas las sociedades y por ser el más fiel indicador del estado higiénico de una ciudad. Ahora bien no podemos estudiarla aisladamente aunque sea un proceso

4 PEREZ MOREDA, Vicente. *op cit* (nota 1) pp 52-54.

5 cf: IMHOF, Arthur E. Methodological Problems in Modern Urban History Writing: Graphic Representations of Urban Mortality 1.750-1.850. En: Porter, Roy; Wear, Andrew. *Problems and Methods in the History of Medicine*. Landau Croom Helm, 1.987. pp 101-132.

biológico constante sin tener en consideración las interrelaciones existentes con otras variables. Por tanto debemos hacer un acercamiento global a la Sevilla de la época, e intentar conocer su estructura social y económica, que permitió a sus integrantes tener una determinada calidad de vida, acceder o no a una asistencia sanitaria, conocer las características de las viviendas donde subsistía el pueblo sevillano que les condicionó la hora y la forma de morir; precisar las condiciones del saneamiento urbano y en concreto tratar de definir a grandes rasgos el perfil higiénico de la Sevilla del momento.

2.1. Objetivos.

Con el presente trabajo no pretendemos realizar un estudio demográfico de la ciudad de Sevilla en su totalidad, lo cual nos obligaría a emplear además de las series de defunciones las relaciones de nacimientos y matrimonios, aunque si vamos a utilizar una variable demográfica, la muerte, y a través de ella intentar reconstruir sino la totalidad de la realidad sanitaria, al menos en uno de sus principales aspectos. Aunque pueda parecer algo pretencioso creemos que contamos con los suficientes elementos de juicio como para poder realizarlo y contribuir en la medida de nuestras posibilidades a la construcción de una historia local.

Para estudiar el régimen de mortalidad a que está sometida la

sociedad sevillana durante el período de la Restauración nos valdremos como fuente básica de información, lo contenido en los libros de asentamiento de defunciones del Registro Civil. Dado que durante este período fallecen en Sevilla más de 200.000 personas, tal volumen de información es imposible de manejar por lo que hemos decidido operar en base a un muestreo que sea significativo desde el punto de vista estadístico. El asiento de la defunción ofrece un número suficiente de variables tales como el sexo, la edad, el domicilio, la profesión y el diagnóstico de la causa de muerte que permiten medir la estructura de la mortalidad en un momento dado y su evolución a lo largo de los 50 años objeto de estudio por medio de las correlaciones estadísticas de aquellas variables y su grado de significación. En segundo lugar nuestro trabajo se encaminará a conocer el papel que la mortalidad jugó en la evolución demográfica de la ciudad de Sevilla y muy especialmente el peso específico de la sobremortalidad catastrófica (epidemias). Para ello será necesario realizar en primer lugar un perfil general de la mortalidad y dimensionar la intensidad de estas crisis de acuerdo con la fórmula de Dupâquier (6).

Resumiendo, a grandes rasgos nuestro estudio tratará de centrarse en tres grandes vertientes:

6 DUPÂQUIER, Jacques. *L'analyse statistique des crises de mortalité. Colloque International de Démographie Historique*. Montreal, 1.975. Citado por PEREZ MOREDA, V. *op cit* (nota 1) p 103.

1º Análisis cuantitativo (7) de la mortalidad y su evolución cronológica, llegando a conocer cifras totales y parciales de las defunciones y su distribución anual, prestándole una especial atención a aquellos años que sobresalgan por su excedente de muertes.

2º Análisis cualitativo, identificando y precisando las enfermedades consignadas como causantes de la muerte. Este análisis cualitativo conducirá a realizar un perfil por sexo, edad y profesión de las enfermedades calificadas de "ordinarias" (8).

3º Análisis semántico-documental de los diagnósticos registrados como causa de muerte en las actas de defunción, mostrando gráficamente,

7 Esta misma metodología fue propuesta por Bernabeu y López Piñero donde expresaban que el análisis de la mortalidad debía "... centrarse ... en tres grandes cuestiones: el análisis cuantitativo ... análisis cualitativo y evolución de la influencia de la higiene pública y la terapéutica. BERNABEU MESTRE, J; LOPEZ PIÑERO, JM. Condicionantes de la mortalidad entre 1.800 y 1.930: Higiene salud y medio ambiental. *Bal. Asoc. Dem. Hist.* 5: 70-79, 1.987.

BERNABEU MESTRE, J; LOPEZ PIÑERO, JM. Transición epidemiológica y transición demográfica. Reflexiones en torno al estudio de las causas de mortalidad en España en el período 1.800-1.930. *I Coloquio Hispano-Luso-Italiano de Demografía Histórica*. Barcelona, 1987 259-269.

8 BERNABEU MESTRE, J. *op cit* (nota 7).
BERNABEU MESTRE, J. Enfermedad y población. Una aproximación crítica a la epidemiología histórica española. En: Alvarez-Dardet, C; Porta, M [eds] *Revisiones en salud pública nº 2*. Barcelona Masson/IVESP, 1.991. pp 67-88.

mediante árboles semánticos, la pervivencia o el desuso de términos médicos, directamente relacionados con las corrientes científicas (9).

3. PROBLEMAS METODOLOGICOS PLANTEADOS ANTE EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD.

Al plantearnos abordar el complejo problema de la enfermedad y la muerte, tuvimos que realizar una serie de decisiones previas. La primera de ella fue precisamente el optar por el estudio de la muerte y rechazar en su totalidad el análisis previamente planteado de la enfermedad. Esta elección vino condicionada por las enormes dificultades halladas a la hora de intentar la reconstrucción de la morbilidad existente en la ciudad, cuya razón principal fue, el no disponer de fuentes adecuadas para ello, como podía haber sido el empleo de los libros de registro hospitalario, libros de asistencia de hospicios, asilos o demás establecimientos sanitarios, libros de asistencia en casas de socorro, etc.

Hay que tener presente que la compilación de todos estos datos para

9 IMHOF, Arthur E. *op cit* (nota 5). En este capítulo se analiza la evolución que siguieron algunos diagnósticos de muerte explicando que no se debían al cambio de los entes nosológicos, sino por un cambio en la nomenclatura de las causas de muerte.
BERNABEU MESTRE, J. *op cit* (nota 8).

dicho período, hubiera sido una tarea compleja y difícil, no ya por su reconstrucción sino por las dificultades intrínsecas de las propias fuentes. Sólo hubiera sido posible la recopilación parcial con paréntesis temporales más o menos largos, a través de los boletines estadístico-demográficos, que se publicaron con irregularidad a finales de la centuria pasada (10).

Un caso ejemplificador lo tenemos en el "Boletín demográfico sanitario mensual"; este boletín cuya elaboración quedaba explícita en la Real Orden del 2 de Julio de 1.909 (11) según se desprende de la circular posteriormente publicada en el Boletín Oficial de la Provincia en el mes de Agosto de ese mismo año (12), en la cual por imperativo legal de la Inspección

-
- 10 Una minuciosa y detallada enumeración de las fuentes para la realización de estadísticas demográfico-sanitarias, exponiendo las enormes dificultades hasta su consolidación, lo podemos encontrar en el artículo: BERNABEU MESTRE, J. Fuentes para el estudio de la mortalidad en la España del siglo XIX, *Las estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro "Marcelino Pascua". Estadísticas demográfico-sanitarias*. Madrid, 1.991. (En prensa).
 - 11 Con toda probabilidad esta Real Orden de Julio de 1.909, responde una vez más al incumplimiento sistemático por parte de los gobiernos municipales, de llevar a cabo la recopilación mensual de los datos necesarios para la confección de las estadísticas sanitarias, ya que esta normativa había quedado explícita pocos años antes según se desprende del articulado del Real Decreto relativo a la Instrucción General de Sanidad Pública datado en Enero de 1.904. *Gaceta de Madrid*. 22 y 23 de Enero de 1.904. nº 22-23. pp 273-295.
 - 12 Orden Circular de la Inspección General de Sanidad Exterior perteneciente al Ministerio de la Gobernación. *Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla* 2 de Agosto de 1.909. Nº 182 p 1.

General de Sanidad Exterior y dirigida al Inspector Provincial de Sanidad, se ordenaba la confección del mismo (13). En él debía reflejarse la morbilidad mensual de la ciudad, que con posterioridad debía ponerse en conocimiento de "... directores facultativos y administradores de los hospitales, hospicios, asilos, manicomios y demás establecimientos de esa capital que tengan enfermería y dependan de la diputación provincial o del Municipio ..." (14). Estos boletines que como fuente hubieran tenido un valor incalculable, no nos queda constancia de que se llevara a cabo su elaboración. En tales circunstancias no llegaremos a conocer la prevalencia que tuvieron en nuestra ciudad, algunas enfermedades como el sarampión, la tosferina o la fiebre tifoidea, tan frecuente en nuestro medio, a pesar de que causaban con cierta periodicidad brotes epidémicos, ya que no llegaban a generar un número tan elevado de defunciones, como para quedar reflejado en nuestros datos.

Razones por ello de tipo técnico son las que en definitiva nos obligaron a rechazar el análisis de la morbilidad como ya hemos expresado por no disponer de fuentes de datos para ello. Es obvio que ante tales circunstancias la

13 En esa circular se ordenaba la confección por duplicado de los boletines estadísticos desde el mes de Octubre siguiente, debiendo enviarlos a la Inspección Provincial de Sanidad, desde donde los remitirían a la Inspección General de Sanidad en Madrid para su posterior publicación. En ella quedaba igualmente referenciado que su no cumplimiento llevaría a la correspondiente "corrección disciplinaria". *Ibidem*.

14 Orden Circular de la Inspección General de Sanidad.... *Boletín Oficial de la Provincia... op cit* (nota 12).

muerte quedó erigida como principal y única huella de la enfermedad, como eje central en torno al cual girará todo el trabajo.

4. DECISIONES PREVIAS A LA ELECCIÓN DEL REGISTRO CIVIL: VALORACIÓN DE FUENTES ALTERNATIVAS.

La solución adoptada nos condujo a realizar la segunda elección, nos referimos a la selección de la fuente que nos permitiera realizar el estudio de la mortalidad, que fuera la más adecuada y nos aportase las máximas posibilidades. Como ya hemos expuesto en líneas precedentes optamos por la elección de una fuente legal como son los libros de asentamiento del Registro Civil de Sevilla como fuente básica de información.

Bien es cierto que antes de decidirnos por la utilización y explotación del Registro Civil, sopesamos otras posibilidades, ya que disponíamos de varias fuentes alternativas y según la elección nos determinaría los resultados del trabajo. Insistiremos ahora en la enumeración razonada del porqué de nuestra deliberación y la trayectoria seguida hasta alcanzar la fuente elegida.

4.1 Libros de defunciones de los Archivos Parroquiales: Ventajas e inconvenientes.

4.1.1. Análisis de la totalidad de parroquias.

Los primeros intentos fueron encaminados a la utilización de otra fuente, en este caso eclesiástica, los Archivos parroquiales y en ellos los libros de defunciones; fuente especialmente útil y rica que hasta la actualidad ha sido la más empleada en la realización de estudios demográficos. Varios fueron los motivos que nos obligaron a rechazarlo, en primer lugar, la documentación parroquial de Sevilla, donde se reflejan los movimientos vitales de sus numerosos habitantes desde el siglo XVI, bautismos (nacimientos), matrimonios y entierros (defunciones), se halla dispersa en cada una de las parroquias de la ciudad. A ello hay que añadir que el recinto urbano de la Sevilla de la Restauración contaba con el no despreciable número de 29 collaciones eclesiásticas, unas distribuidas en el casco amurallado de la ciudad y otras en los 8 barrios extramuros (Macarena, Triana, San Roque, la Calzada, San Bernardo, La Cestería, La Carretería y Los Humeros) (15).

15 Una perfecta descripción de los distintos barrios de la ciudad y sus calles correspondientes, lo encontramos en las guías de Sevilla publicadas anualmente para todo el período. cf: GOMEZ ZARZUELA, Manuel. *Guía de Sevilla y su provincia para 1.875. Por D... Adicionado con un anuario de administración provincial y estadística. Sevilla, Imp La Andalucía, 1,875. p 262.*
SALAS, Nicolás. *Sevilla: crónicas del siglo XX*. Tomo I (1.895-1.920). 2ª ed. Sevilla. Publicaciones Universidad de Sevilla, 1.991. pp 34-37.

Esto implica una enorme dificultad a la hora de la reconstrucción de los datos. Aunque realmente ni la dispersión de los documentos, ni el número excesivo de parroquias fueron los motivos principales que determinaron el desechar la documentación allí existente, aunque hay que considerar que si constituía un gran inconveniente, casi insalvable, intentar analizar todas las parroquias en el período elegido de 50 años por una sola persona.

Su análisis nos hubiera aportado una visión global de Sevilla y particularizada de cada una de las parroquias lo cual hubiera exigido la participación de un mayor número de personas para poder analizar las más de 200.000 muertes acontecidas durante la época de estudio pero sin duda sus resultados hubieran sido bastante aproximativos de la realidad.

4.1.2. Análisis de dos collaciones parroquiales.

Ciertamente, una de las posibles soluciones dentro del amplio abanico de posibilidades hubiera sido el determinar la elección de dos collaciones parroquiales como representativas de la ciudad; parroquias que debían reunir una serie de condiciones:

primero, las parroquias elegidas para este fin debían contar con la mayor homogeneidad posible en su composición interna desde el punto de vista social y económico, es decir, que sus habitantes, aún aceptando una lógica y mínima desigualdad mantuviesen unos elementos básicos comunes, tanto desde la óptica

social, económica y cultural como para constituir una unidad válida para el análisis. La segunda condición vendría determinada porque las collaciones eclesiásticas mostrasen una acusada disparidad entre sí, o al menos que contasen con unos rasgos perfectamente delimitados socialmente hablando y con ello poder evidenciar las diferencias del hombre ante la enfermedad y la muerte (16).

Una de las demarcaciones debía ser representativa por tanto de la zona proletaria de la ciudad y sus componentes debían ser mayoritariamente de la clase popular, donde con frecuencia confluyen unas condiciones de vida deficientes, un salario escaso, una alimentación precaria, una vivienda insalubre y comprobar como la conjunción de todos estos condicionantes deja a menudo la huella insalvable de la muerte. La otra parroquia representaría la clase dominante, con mayor poder económico y un alto nivel de vida donde sus habitantes por tanto gozarían de un mayor equilibrio.

En concreto intentaríamos establecer una bipolaridad entre las dos parroquias, con características diferenciales muy espectaculares en uno y otro sentido, para contrastar los resultados, enumerando los rasgos diferenciales entre sí y una vez conocidos hacerlo extensivo a toda la ciudad en la medida de las

16 CARRILLO, JL; GARCIA-BALLESTER, L. *op cit* (nota 1) pp 47-80. En esta obra se analiza las repercusiones sociales de una enfermedad como la fiebre amarilla, en la clase social alta, media y baja, mostrándose sus enormes diferencias.
cf: IMHOF, Arthur E. *op cit* (nota 5).

posibilidades y con las reservas inherentes a la generalidad.

Sin duda éste método era perfectamente asequible por nosotros pero dos motivos lo hicieron claramente discutible.

Primero: Esta decisión a nuestro entender, imprimía a priori un calificativo de parroquia "pobre" o "rica" y hay que tener presente que la realidad económica de una ciudad es un proceso demasiado complejo como para realizar afirmaciones gratuitas y siempre que se realicen deben ir calificativo precedidas de estudios socio-económicos de las mismas, inexistentes en la actualidad para nuestra ciudad. Ante tales circunstancias nosotros no hemos querido hacernos responsables de sentar unas bases sin tener suficientes elementos de juicio.

El segundo de los motivos que nos decidieron a no realizar esta elecciones por la existencia de una notoria pluralidad socio-económica que caracteriza a todos los sectores de la ciudad de Sevilla (17). No nos referimos a la disparidad existente entre las distintas parroquias que la integran, sino a sus múltiples y dispares componentes. En la Sevilla de la época no se aprecia una

17 La Heterogeneidad de la ciudad de Sevilla es un hecho probado en estudios de épocas anteriores a la nuestra como el de ALVAREZ SANTALO, LC. *La población de Sevilla en el primer tercio del siglo XIX*. Un estudio de las series demográficas sobre fondos de archivos parroquiales. Sevilla. Publicaciones Diputación de Sevilla. 1.974. pp 86-89.
cf: MARIN DE TERAN, L., *Sevilla: Centro Urbano y Barriadas*. Sevilla, Biblioteca temas sevillanos, 1.980.

estratificación social perfectamente delimitada, no pudiendo afirmar que existan zonas "puras" socialmente hablando, sino todo lo contrario, una enorme heterogeneidad, cuyas causas responden posiblemente a la falta de una infraestructura urbanística en la ciudad (18) que obligaba a su creciente población inmigrante a ajustarse de forma arracimada en el mismo encorsetado recinto amurallado (19) .

4.1.2.1. Medios de estratificación social: Horizontal y Vertical.

La estratificación social se presenta de diversas formas. En un gran número de ciudades se resuelve de una forma horizontal, existiendo zonas plurales pero muy bien delimitadas, así se encuentran sectores intermedios o mixtos donde predomina la clase media, otras zonas integradas por ciudadanos de mayor poder social y económico o zona "rica" y otros barrios compuestos por escalas sociales bajas o zona "pobre". En otras ciudades la estratificación se manifiesta de una forma vertical, estando dispuestos los estratos por capas superpuestas, donde el nivel más bajo estaría ocupado por la clase social alta, las plantas intermedias por la clase media y a los estratos superiores quedarían relegadas las clases inferiores.

18 GONZALEZ CORDON, Antonio. *Vivienda y ciudad. Sevilla 1.849-1.929*. Sevilla. Publicaciones Ayuntamiento de Sevilla, 1.985.

19 BRAOJOS, A *et al. op cit* (nota 3) p 61.

4.1.2.2. Modelo de estratificación Social de Sevilla.

Ninguno de estos modelos son aplicables al caso concreto de Sevilla (20), donde se daban de forma armónica y paradójica la cohabitación simultánea de la aristocracia y la clase media, de la burguesía y el proletariado, existiendo corrales de vecinos junto a casas señoriales o palacios junto a casas unifamiliares, no ya dentro de una demarcación, sino en una misma calle e incluso en casas colindantes. De aquí se puede extraer la enorme dificultad que entraña la tipificación de una zona de la ciudad de Sevilla.

Abundando más en el tema podíamos añadir que en las dos últimas décadas de nuestra época se inicia la construcción en algunos sectores de la ciudad, de viviendas para obreros, integrándolos en las parroquias más cercanas contribuyendo aún más a su heterogeneidad.

En cualquier caso es cierto que en la ciudad existían algunas parroquias donde predominaba más un grupo que otro, estando unas integradas en su totalidad por sectores obreros, y otros en cambio donde este grupo es menos

20 Alvarez Santaló apunta para primeros del siglo XIX cuando se refiere a los sectores sociales que componen la ciudad: "La situación está determinada por una red de grupos sociales relativamente verticales en un sistema de habitat de tipo mixto, que hace muy difícil la tipificación parroquial".
ALVAREZ SANTALÓ, LC. *op cit* (nota 17) p 86.
Otros autores apuntan como en algunos barrios de la ciudad como en el caso de Triana se codeaban "el elemento popular con una activa burguesía".
CUENCA TORIBIO, JM. *op cit* (nota 2) p 306.



numeroso, predominando la clase media o la alta, pero en términos generales existía una enorme pluralidad en todas ellas. En tales circunstancias resultaba bastante problemático determinar las parroquias objeto de estudio.

También es cierto que contábamos con varias aproximaciones, realizadas por autores de la época, como son los estudios de Felipe Hauser (1.882) (21) y Francisco Laborde (1.898) (22), donde sus testimonios son realmente valiosos. De ellos se desprende que la ciudad de Sevilla mostraba una estructura social muy particular, existiendo mayoritariamente un núcleo central más o menos diferenciado que correspondía mayoritariamente a las parroquias de Centro y Sur de la ciudad (23)

-
- 21 HAUSER, Philip. *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario-demográfico y 70 cuadros estadísticos*. Sevilla, Tipografía del Circulo Liberal. 1.882.
Estudios Médico-sociales de Sevilla, acompañados de 90 cuadros estadísticos. Madrid. Imprenta de Manuel Ginés Fernández. 1.884.
- 22 Francisco Laborde se expresaba sobre este particular, afirmando que las parroquias y los barrios que forman Sevilla son muy dispares, calificando a la parroquia de San Vicente como barrio "aristocrático" ocupado por población acomodada en cambio otra parroquia colindante como San Lorenzo la califica como barrio pobre ocupado por indigentes.
COMPANÍA SEVILLANA DE SANEAMIENTO Y URBANIZACION. Obras de alcantarillado de Sevilla. *Memoria de la Inspección Sanitaria de la compañía acerca del estado de la ciudad durante el decenio de 1.890 a 1.900 en que empezaron las obras. Cómo y porqué se muere en Sevilla*. Sevilla, Gironés, 1.901. Tomo I, pp 11-13.
- 23 Hay que tener presente que también en el centro de la ciudad estaba ocupado por parroquias calificadas como obreras o incluso pobres. Las parroquias obreras eran San Pedro, San Juan de la Palma y Santa Catalina.
COMPANÍA SEVILLANA DE SANEAMIENTO Y URBANIZACION. *Memoria de la Inspección Sanitaria de la Compañía acerca del estado higiénico de la ciudad desde 1.890 a 1.902. Cómo y porqué se muere en*

ocupado por población acomodada que serían las parroquias de El Salvador, San Miguel, El Sagrario, La Magdalena, San Andrés, San Martín, San Vicente, San Ildefonso y San Isidoro (cuadro 1).

Posteriormente Laborde hace una distinción entre el resto de las parroquias, en barrios obreros y barrios pobres coincidiendo las segundas fundamentalmente con los sectores del Norte y Nordeste de la ciudad, mientras que las parroquias calificadas de obreros están dispersas en el Centro, Sur, Norte y Nordeste de la ciudad.

Hay que tener presente que los criterios de tipificación parroquial tanto de Hauser como de Laborde lo realizan partiendo de la muerte y no siguiendo criterios socio-económicos. Ello indirectamente encierra aceptar como válidos sus razonamientos y que nosotros adoptamos a la hora de distribuir la muerte en la ciudad.

Probablemente si hubiéramos optado por la elección de este sistema y por la utilización y explotación de los libros de defunciones de dos collaciones parroquiales podríamos haber estudiado dos sectores en profundidad y además de todo lo analizado podríamos conocer la mortalidad estacional que según nuestro procedimiento queda fuera de nuestro alcance, pero nuestras pretensiones por

Sevilla. Parte 2ª. Sevilla. Gironés, 1.902. Gráficos.

ambiciosas justifican que quisiéramos conocer el conjunto de la ciudad y obtener una visión globalizante, esto no resta que en futuras investigaciones y tras los conocimientos previos podamos abordarlo e incidir en aquellas zonas de la ciudad conflictivas desde el punto de vista sanitario y en aquellos temas que quedan al margen en la actualidad.

Un dato más que confirma lo expuesto en párrafos precedentes lo tenemos en un artículo de Morales Padrón sobre la collación de San Vicente, barrio céntrico, situado al Noroeste de la ciudad, colindante en uno de sus extremos con el río y calificado por Laborde como ocupado por población acomodada (24). En este artículo publicado con el título "*El Barrio de San Vicente y sus habitantes: 1.875*" (25) se expresa su autor de la forma que sigue:

"Si intentásemos tipificar a la collación de San Vicente cien años atrás nos topáramos [...] con que la parroquia era como la ciudad. Es decir, que así como en la ciudad existen barrios con cierta categoría social distinguido, arrabales y parroquias humildes, poblados fundamentalmente de hortelanos, jornaleros, artesanos y hombres de la mar, en un barrio sucede igual. La estructura sociológica no figura homogénea y delimitada." (26)

En párrafos sucesivos nos aporta un perfil de su composición al inicio

24 COMPAÑIA ... *op cit* (nota 23) Gráficos.

25 MORALES PADRON, Francisco. El barrio de San Vicente y sus habitantes: 1.875. En: *Varios Sevilla*. Sevilla. Publicaciones del Ayuntamiento de Sevilla, 1.986. pp 143-152.

26 *Ibidem* p 146.

de nuestra época expresándose así:

"... en las mismas calles distinguidos se insertaban habitantes dedicados al comercio, a la artesanía o a sencillos oficios." (27)

y continúa:

"..., la collación en sí misma no es homogénea, socialmente hablando y, por lo mismo económicamente " (28)

Hay que tener presente que éste estudio desde el punto de vista socio-económico sólo puede ser aproximativo, ya que la fuente utilizada para hacer esta afirmación, los registros parroquiales, no son las fuentes más idóneas para este tipo de análisis, ya que como su autor apunta en los padrones parroquiales hasta 1.895 no comenzaron a consignarse las actividades laborales. Por tanto aún desconociendo las intenciones del autor se le hubieran planteado serios problemas si hubiera querido realizarlo.

4.1.3. Valoración de las dificultades planteadas con los archivos parroquiales.

27 *Ibidem* p 147.

28 *Ibidem* p 148.

Toda esta serie de dificultades podía haberse resuelto con el empleo de una muestra determinada previamente para cada una de las parroquias según su tamaño, como más tarde se decidió con el Registro Civil y que por tanto abarcaría al conjunto de la ciudad. Los fines hubieran sido los mismos y los resultados posiblemente hubieran diferido escasamente, pero la presencia de otros elementos nos indujeron definitivamente a su no elección. Algunos de estos elementos tienen una importancia relativa y otros por el contrario contienen bastante peso específico, que según nuestro criterio suponían serios inconvenientes.

4.1.3.1. Ausencia de Registro de la mortalidad de los "no católicos".

Los libros de defunciones de los Archivos Parroquiales se nutrían de las defunciones de los habitantes registrados en el barrio donde se hallaba inmersa la parroquia, existiendo entre parroquias unos límites establecidos por la Iglesia totalmente arbitrarios. Lógicamente todas las defunciones para ser inscritas debían corresponder a practicantes de la religión católica, quedando relegados otras prácticas religiosas. Por tanto un inconveniente menor sería que en sus libros no se anotaban las defunciones de las personas pertenecientes a otras religiones. Esto lo hemos considerado como un inconveniente menor porque hay que reconocer en aras a la verdad que un país católico como España y en una ciudad eminentemente religiosa como la Sevilla del momento, el número de afiliados y practicantes de otras religiones debía ser ínfimo, coincidiendo prácticamente defunciones con

enterramientos (29); y realmente rechazar los Archivos Parroquiales y sus documentos por este motivo sería excesivamente minucioso y sin duda con muy poca base, incluso podíamos abundar diciendo que sería demasiado pretencioso por nuestra parte ya que han sido empleados por casi la totalidad de los demógrafos e historiadores, sin haber planteado ningún inconveniente.

4.1.3.2. Ausencia de Registro de la mortalidad de "transeúntes".

Junto a este argumento de muy poco peso, encontramos otros de mayor valor. La ciudad de Sevilla durante la Restauración estaba considerada como una gran urbe, una de las mayores capitales de España después de Madrid, Barcelona y Valencia (30) y erigida por motivos políticos y administrativos en capital de Andalucía. Contaba con una población de hecho de 134.318 habitantes

29 En el censo de 1.877 se hace una distinción atendiendo a la confesión religiosa en cinco grupos: católicos, protestantes y otros cristianos no católicos, israelitas, racionalistas y otras categorías; siendo Barcelona la provincia con el máximo registrado con la cifra de 1.18 por ciento. cf. MELON, Armando. Los censos de la población en España (1.857-1.940). *Estudios Geográficos*, 12: 203-281, 1.951.

PEREZ PUCHAL, Pedro. Fuentes y métodos de la demografía histórica. pp 5-32. En este trabajo se afirma que en España como país católico los registros parroquiales recogen prácticamente la totalidad de nacimientos, matrimonios y entierros.

30 A pesar de que muchos autores coinciden en señalar a Sevilla como la tercera capital de España realmente en lo concerniente a la población desde el censo de 1.877 ocupó la cuarta posición. cf. MELON, A. *op cit* (nota 29). GAVIRA, J. El crecimiento de la población urbana en España. *Estudios Geográficos*. 8: 411-417. 1.947.

según se refleja en el censo realizado en 1.877, 148.315 en el censo de 1.900, llegando a la cifra de 228.729 en 1.930 (31). Este apreciable crecimiento de 80.414 almas en el último censo estaría condicionado, parafraseando a Braojos, menos por factores vegetativos que por factores migratorios, imprimiéndole así unas peculiares características a la población de Sevilla, población eminentemente joven y con una mayor densidad de población que el resto de España (32).

La economía de Sevilla estaba fundamentada en bases mercantiles y comerciales más que industriales y la industria que poseía estaba dominada por los bienes de consumo (33) (jabones, textiles, curtidos, corcho, fósforo...). Aún así contaba con la presencia de 238 fábricas, casi en su totalidad (excepto seis) ubicadas en el interior de la población (34), cuya situación contribuía a

-
- 31 MELON, Amando. *op cit* (nota 29).
CUENCA TORIBIO, Manuel. *op cit* (nota 2) p 261
GOMEZ ZARZUELA, Manuel. *op cit* (nota 15) pp 150-151.
GOMEZ ZARZUELA, Vicente. *Guía Oficial de Sevilla y su provincia para 1.900*. Sevilla, Imp. E. Bergalí, 1.900, p 111.
GOMEZ ZARZUELA, Vicente. *Guía Oficial del Comercio y la industria de Sevilla y su provincia para 1.922*. Sevilla. Imp. Guía Oficial, 1.922 p 227.
- 32 BRAOJOS, A *et al.* *op cit* (nota 3) p 60.
- 33 CAPEL, H; TATJER, M; BATLLORI, R. La población básica en las ciudades españolas. *Estudios Geográficos*, 31: 29-77, 1.970.
- 34 SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *La ciudad de Sevilla*. Informe presentado al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación en cumplimiento de Real Orden de 20 de Marzo de 1.894, redactado por el Dr. D... Sevilla, Gironés, 1.899. p 21. En este trabajo se enumeran el número de fábricas y se da detalles de cada una de ellas.

empeorar las condiciones de salubridad.

A pesar de que es cierto que la industria no constituyó un sector preponderante en la ciudad y que el comercio estuvo siempre dirigido a pequeña escala, también es cierto que la ciudad de Sevilla constituyó un importante centro de atracción de personas de otras latitudes, de la propia provincia y del resto de Andalucía e incluso, inmigrantes del Norte de España (35), que se incrementó en las últimas décadas de nuestro período, ante las expectativas de una magna exposición como la Iberoamericana de 1.929.

Estos inmigrantes mayoritariamente eran personas en busca de trabajo y de unas mejores condiciones de vida que no siempre consiguieron alcanzar. Unos lo hicieron con carácter permanente estableciéndose definitivamente en la ciudad, contribuyendo a engrosar la población e impidiendo así el descenso demográfico, producido por la elevadísima mortalidad mantenida durante todo el período y denunciada tantas veces (36); en cambio otro sector importante lo realizaba con carácter temporal, de ahí el gran montante de transeúntes registrados en la ciudad. Transeúntes que residían en Sevilla por

35 GARCIA BARBANCHO. *Las migraciones interiores españolas*. Madrid, 1.967.

36 La excesiva mortalidad de Sevilla fue denunciada a lo largo de todo el período en numerosas ocasiones, desde que Hauser diera la llamada de atención, todos los trabajos que sobre ello se realizaron serán ampliamente abordados en un capítulo de este mismo trabajo.

períodos más o menos largos, y que al no contar con un domicilio estable, en su mayoría jornaleros, malvivían arracimados en corrales de vecinos o constituyendo agrupaciones de chabolas (37) de la forma más precaria, confluyendo en ellas todos los más ínfimos condicionantes de insalubridad y que a veces pagaban con el precio excesivamente elevado de la muerte.

Estos habitantes de hecho no pertenecían, ni quedaban reflejados por tanto en ninguna parroquia y ante el hecho fatídico de la muerte no eran contabilizados en sus archivos parroquiales; ésta fue otra razón, pensamos que de elevado peso, que consideramos como inconveniente de los archivos parroquiales que nos indujo a sopesarlo y a determinar su rechazo.

4.1.3.3. Ausencia de Registro de mortalidad infantil.

Otros motivos bajo nuestra óptica que también contienen un elevado peso específico son:

37 Sánchez Pizjuán califica las viviendas de Sevilla como de 3 tipos: viviendas de rico, de clase media y de pobre, él añade otra como "albergue de vagabundos" asegurando de las viviendas de rico y clase media son muy similares a excepción de su extensión, en cambio la vivienda para obreros son habitaciones divididas en dos compartimentos cuya ventilación es la puerta de entrada, expresándose así: "... el obrero masca materialmente la atmósfera que le rodea durante las horas de reposo." SANCHEZ PIZJUAN, *op cit* (nota 34) p 13-14.
BRAJOS, A *et al. op cit* (nota 3) p 69.

1º La falta de seguridad que poseíamos de la no inclusión entre los documentos parroquiales de la totalidad de las muertes infantiles. Para épocas anteriores tenemos la certeza de que las defunciones de los niños no eran recogidas con la misma precisión que la de los adultos, sobre todo si éstas muertes estaban producidas antes de ser bautizados, por tanto los registros parroquiales mostraban una discrepancia numérica entre las muertes reales y los registros realizados (38).

Un testimonio de ello para nuestra ciudad lo tenemos en la aportación que Alvarez Santaló en su libro *"La población de Sevilla en el primer tercio del siglo XIX"* (39), donde aunque refiriéndose a una etapa inmediatamente anterior, enumera las distintas hipótesis que podían conducir a explicar *"la ausencia masiva de niños en las series parroquiales de defunciones"*. (40)

Es sólo una duda no resuelta y que no ha planteado ningún problema en el curso de la realización de otros estudios similares para otras ciudades

38 PEREZ GARCIA, JM. Algunos problemas metodológicos que plantea el uso de los archivos parroquiales. *Revista Compostellanum*, 233-250, 1.973. En este artículo se plantean los errores a tener presente en el manejo de los Archivos parroquiales, aunque centrándose en los archivos de ámbito rural, pueden hacerse extensivos a los archivos urbanos.

39 ALVAREZ SANTALO, LC. *op cit* (nota 20) pp 288-295.

40 *Ibidem*. p 292.

españolas (41).

4.1.3.4. Ausencia de Registro de la mortalidad hospitalaria.

2º La ciudad de Sevilla contaba con una infraestructura asistencial benéfica basada fundamentalmente en un hospital, hospital sito en la Macarena, llamado vulgarmente de la Sangre y encargado de la asistencia de enfermos de toda la provincia. En el Hospital Central o de las Cinco Llagas, dependiente de la Diputación provincial, se concentraba el mayor número de enfermos de toda la ciudad como se desprende de las estadísticas recogidas por Sánchez Pizjuán para los años 1.888-1.893 (42), en el estaba incluido una sección como hospital

41 Desde hace algunos años en las cátedras de Historia de la Medicina de las Facultades de Alicante y Murcia se vienen realizando estudios de mortalidad que contemplan diversos aspectos de la misma, y en todos ellos han sido utilizados los Quinqui libri de los Archivos parroquiales sin haberles planteado ningún inconveniente.

Además de estos estudios los ya clásicos de Perez Moreda. cf: PEREZ MOREDA, Vicente. *op cit* (nota 1).

42 cf: MURGA, Leopoldo. Reseña a: Memoria estadística y demográfica de la Hospitalidad provincial de Sevilla correspondiente al año económico de 1.882 a 1.883 presentado por el Dr. D. Pedro Fuertes y Domínguez, Jefe del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial. *Rev. Med. Sevilla*. 2: 78.82, 1.883. 5: 80-82, 1.884.

SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *op cit* (nota 34) p 29.

Sobre la asistencia hospitalaria existe además una estadística para los años 1.883-1.892 realizada por el Jefe Facultativo del cuerpo Médico farmacéutico de la beneficencia pública Fal y Sánchez. cf: FAL Y SANCHEZ, *Memoria que presentó a la Excm. Diputación Provincial de Sevilla D... Jefe Facultativo del cuerpo médico-quirúrgico de la Beneficencia de esta provincia. Año 1.892*. Sevilla, Imp. Colegio de Sordomudos y ciegos. 1.893.

Militar, a cargo de médicos del cuerpo militar y otra dedicada a la atención de dementes, hasta la construcción del manicomio de Miraflores al norte de la ciudad y por tanto su segregación en 1.890.

Además de éste establecimiento, Sevilla contaba con otras cinco instalaciones benéficas hospitalarias aunque con una menor capacidad y mayor grado de especificidad (43).

El hospital central en el período de 1.888-1.893, asistió a 31.226 personas, oscilando las cifras entre 5.532 1.888-1.889 y 7.613 para los años 1.892-1.893, en éste mismo período fueron registrados 2.529 defunciones (44). Apenas si necesita comentario el hecho de que la asistencia hospitalaria convencionalmente estaba dedicada a las clases sociales bajas, mayoritariamente jornaleros, transeúntes, vagabundos, etc., cuyas defunciones eran registradas en sus libros de archivo, no

43 G. DE ROJAS, Agapito. *Guía Económica de Sevilla en 1.875* (8.000 indicaciones de domicilio). Sevilla, Imp. Fco. Alvarez y Cia. 1.875. p 50. En ella se definen además del Hospital de las cinco llagas para la asistencia de enfermos de toda la provincia. El Hospital de la Caridad "para asistencia de enfermos transeúntes y convalecientes y asilo de pobres vergonzantes". Hospital de Ntra. Sra. de la Paz o de San Juan de Dios. Asilo de pobres enfermos. Hospital de San Lázaro para socorrer a elefantiásicos. Hospital de Venerables Sacerdotes, para asistencia y asilo de sacerdotes pobres, ancianos o transeúntes y Hospital del Santo Cristo de los Dolores o del Pozo Santo, dedicado a la asistencia de mujeres impedidas.
cf: COLLANTES DE TERAN, Francisco. *Establecimientos de caridad en Sevilla*. Sevilla. Colegio de Aparejadores y Arquitectos técnicos de Sevilla, 1.980.

44 SANCHEZ PIZJUAN, Fco. *op cit* (nota 34) p 29

estando incluido en ninguna parroquia (45). Probablemente a pesar de que el hospital no quedaba incluido como entidad dentro de ninguna demarcación parroquial, algunas defunciones serían recogidas por las parroquias de origen del difunto, quedando también privadas de registros los vagabundos y transeúntes (46), motivo por el cual si hubiéramos elegido los archivos parroquiales nos hubiera privado de un enorme volumen de muertes, en su mayoría popular y escalas sociales muy bajas, apareciendo un trabajo totalmente sesgado.

4.1.3.5. Dificultades materiales.

Por último y sin ánimos de minimizar esta fuente, además de todos

-
- 45 Cuándo afirmamos que los datos concernientes a las defunciones del hospital no eran registradas en las parroquias siempre nos referimos al Hospital Central u Hospital de las Cinco Llagas, ya que la relación de muertes de otros hospitales si se encuentran contabilizadas en los libros de registros parroquiales. Así el Hospital del Pozo Santo realizaba el registro de sus defunciones en la Parroquia de San Andrés. La Iglesia de San Isidoro recogía las defunciones de militares al ser Iglesia parroquial castrense, aunque también pueden encontrarse defunciones de militares en la parroquia de San Nicolás. Apuntar igualmente que la parroquia del Salvador incluía todos los libros relativos a la Casa-cuna.
cf: MORALES PADRON, Francisco. *Los Archivos Parroquiales de Sevilla*. Sevilla, Real Academia de Buenas letras, 1.982.
- 46 En la memoria relativa a la asistencia hospitalaria realizada por Fal y Sánchez en 1.983, se refleja con detalle los asistidos en el año 1.892 por sus actividades profesionales, de lo 4459 hospitalizados, 1693 fueron jornaleros, 440 vagabundos, 417 del campo, 199 albañiles, 178 zapateros, 141 panaderos, 103 sirvientes y 79 carpinteros, frente a 1 médico, 1 abogado, 2 practicantes, 2 militares retirados, 15 cesantes, 29 comerciantes, 51 empleados, 53 dependientes y 51 barbero. En esta relación se muestra con claridad la clase social predominante de los asistidos, reseñando 440 vagabundos. cf: FAL Y SANCHEZ, Juan. *op cit* (nota 42) pp 19-20.

los puntos hasta ahora enumerados, en la realidad nos encontramos con dos grandes dificultades de tipo técnico:

1ª La imposibilidad material de acceder a todos los archivos parroquiales por no encontrarse disponibles en la actualidad.

2ª Tras comprobar que las series temporales de defunciones de nuestra época no podríamos reconstruirla por que se hallaba incompleta en un total de 8 parroquias (San Andrés, Santa Catalina, San Bernardo, San Gil, Santa Marina, San Marcos, Santa Lucia, Nuestra Señora de la O) (47).

4.2. Fuentes civiles para el estudio de la mortalidad.

Previamente con el mismo objetivo prefijado, conocer la mortalidad en el recinto urbano de Sevilla en una época concreta, intentamos la reconstrucción de las series temporales de defunciones partiendo de otras fuentes en este caso civiles, todas ellas de gran utilidad en estudios estadísticos de mortalidad y debido al poco uso que se ha hecho de las mismas como fuente alternativa creemos que es el momento de hacer una detallada lista sobre ellas. No pretendemos con ello dar una relación pormenorizada de las enormes posibilidades que ofertan estas fuentes sino centrar la atención del enorme valor que contiene y en muchas

47 MORALES PADRON, Francisco. *op cit* (nota 45).



ocasiones su especificación servirá como conocimiento de esta rica documentación.

Las fuentes civiles que pueden servirnos en estudios estadísticos de mortalidad son:

4.2.1. Libros obituarios.

Los libros obituarios o libros de enterramientos de los ayuntamientos son documentos que recogen los registros de mortalidad de la ciudad. Estos libros eran mantenidos por los ayuntamientos antes del establecimiento legal del Registro Civil dependiente de los Juzgados. En la realidad estos libros fueron mantenidos con bastante irregularidad por las casas consistoriales y en el caso concreto de Sevilla se conserva incompleta la serie del Registro Civil entre 1.842 y 1.880 (48) y por tanto no nos ha permitido su reconstrucción.

48 Esta serie ha sido imposible de consultar por no encontrarse en la actualidad al público. Igualmente en la "Sección Administrativa" del Archivo Municipal de Sevilla se conservan unos expedientes con el Título "cementeros", donde se encuentra toda la documentación referente a los cementeros existentes en la ciudad. COLLANTES DE TERAN, A. *Guía del Archivo Municipal de Sevilla*. Sevilla, Excmo. Ayuntamiento de Sevilla, 1.977, pp 37-38. Estos libros obituarios han sido utilizados con anterioridad en la realización de varios trabajos. cf. CASADO SALINAS, A; PEREZ PAEZ-CAMINO, J; PRADO ALVAREZ, L. *Enfermedad y muerte en Málaga: 1.840-1.850. Incidencias sociales. Actas IV Congreso español de Historia de la Medicina*. Granada, 1.973. Vol I, pp 329- 36. FUSTER FORTEZA, G. De qué se moría en 1.847. *Actas I Congreso Español de Historia de la Medicina, Madrid-Alcalá 1.963, pp 375-377.*

4.2.2. Ordenes de inhumaciones o papeletas de enterramiento.

Las ordenes de inhumaciones o papeletas de enterramiento son documentos expedidos por el Ayuntamiento autorizando el enterramiento, que debían ser entregadas directamente al personal del cementerio para que procediera a la inhumación del cadáver. Su contenido informativo es relativamente pobre, además de los datos mínimos obligados como el nombre y apellidos del finado, el resto de la información no necesariamente es uniforme dependiendo directamente de los distintos ayuntamientos. La razón por la cual no hemos hecho uso de ellas es porque no hemos podido constatar su existencia en nuestra ciudad como ordenes de inhumaciones, aunque sí hemos hallado para una época anterior, unas "partes" diarios de confirmación de la sepultura, que contiene el nombre del difunto, la edad y la causa de la defunción, expedidos y firmados por el encargado del cementerio y dirigidos a la alcaldía (49).

Estas órdenes de inhumaciones o papeletas de enterramiento nos permitirían conocer los datos relativos a la edad, indirectamente al sexo y especialmente las circunstancias de la muerte.

49 *Archivo Municipal de Sevilla (AMS). Sección administrativa cementerio San José. 1.832-1.856. Legajo cementerio de San José (en Triana). Partes del mes de Octubre del 1.856.*

4.2.3. Registro de inhumaciones de los cementerios.

Los registros de inhumaciones de los cementerios son libros mantenidos por el personal de los cementerios, donde se reproducen los datos de las órdenes de inhumaciones diarias; por tanto la información de ésta documentación difiere escasamente de las papeletas de enterramiento, tan sólo contienen la información del lugar exacto de la inhumación del cadáver. En el caso de Sevilla hemos localizado alguna documentación relativa a los años 1.832-1.856 perteneciente al Cementerio de San José, donde mensualmente eran contabilizadas las defunciones haciendo la distinción entre "adulto y párvulo hasta los 7 años" y dentro de los adultos en hombre y mujer. Aparece igualmente el nombre del finado, la edad, la causa de la muerte, la parroquia de procedencia y el lugar concreto del enterramiento explicitando si es nicho o zanja (50). A pesar de que la documentación hallada es muy escasa aglutina todos los datos útiles para realizar un análisis, pero quedaba al margen de nuestra periodización.

Todos estos documentos son especialmente útiles como fuente

50 *A.M.S. Sección Administrativa. Cementerio de San José 1.832-1.856. Legajo: Cementerio de San José (en Triana). Año de 1.856 Completo. Partes del mes de Noviembre de 1.856.*

Dentro de esta misma sección en el "Inventario de Cementerios" se conservan algunas comunicaciones efectuadas por el cura párroco en este caso del cementerio de San Fernando, precisando el número de inhumaciones realizadas, con la única especificación de sepulturas de pago y fosa común.

A.M.S. Sección Administrativa. Cementerios. Inv^o de 9 de Septiembre de 1.899. Legajo 629 de cementerios.

alternativa a los archivos parroquiales en estudios de la mortalidad para una época anterior al establecimiento de forma obligatoria de los libros de asentamiento de los Registros Civiles. Con toda probabilidad, la falta de conocimiento de ellos por una parte y fundamentalmente la irregularidad en el mantenimiento de la recogida de datos de los ayuntamientos ha conducido a su escaso uso.

4.3. Valoración de las estadísticas de muerte publicados en distintos medios de comunicación.

Otra de nuestras posibles opciones tendentes a conocer la mortalidad de la ciudad durante la Restauración, podía haber sido la elección y el manejo de las estadísticas vitales y concretando las estadísticas de defunciones, publicadas para su conocimiento en distintos medios de comunicación. En todas estas publicaciones podíamos hallar elementos suficientes y válidos como para realizar el análisis con unas lógicas y ciertas ventajas, aunque también podían ofrecer una serie de dificultades o desventajas. Bajo estos argumentos analizamos tres tipos de fuentes:

- El Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla.
- El Movimiento Natural de la Población.
- La Revista Médica de Sevilla.

4.3.1. El Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla.

Este Boletín Oficial era el órgano de comunicación de la Diputación Provincial y como su nombre indica de Sevilla y su provincia. En estos boletines de publicación diaria, es donde se dejaba constancia de las normas, circulares y disposiciones vigentes y donde se hacía referencia a decretos o leyes, así como de todas las incidencias políticas, administrativas, sanitarias, etc. de la capital y su provincia. Dentro de sus apartados contaba con la competencia de publicar un extracto de las estadísticas de defunciones de la ciudad. Esta competencia le venía dada tras la disposición expresa de las Reales Ordenes del 30 de Abril y el 10 de Noviembre de 1.865 que disponían la formación de estadísticas sanitarias y médicas cuyos estados debían publicarse mensualmente en la Gaceta de Madrid y en los Boletines Oficiales de las Provincias. El origen de ésta disposición arranca de años antes, según apunta Bernabeu responde a los "primeros intereses de creación de estadísticas demográfico-sanitarios" (51), donde se obligaba a los Municipios a recopilar los datos demográficos siguiendo una cadena de párrocos, alcaldes, gobernadores civiles.

Por tanto, fue éste el motivo principal que nos llevó a su consulta, en un intento más de consolidación del número de defunciones y sus causas para la etapa elegida. Tras su lectura nos encontramos con una serie de carencias de cierta relevancia que nos llevaron a su no elección como fuente objeto de estudio.

51 BERNABEU MESTRE, J. *op cit* (nota 10).

Prácticamente desde el inicio de nuestro período, los Boletines Oficiales de la Provincia mostraban una sección de defunciones donde se reflejaban las observaciones numéricas correspondiente al resumen de las muertes recogidas de los partes del registro civil. En estos resúmenes se consignaban cada uno de los distritos judiciales, donde eran agrupados decenalmente. Su publicación se realizaba bajo el epígrafe: "Defunciones registradas en el juzgado durante la [Nº] decena de [Mes] de [año] clasificados por sexos y estado civil de los fallecidos" (52).

Estas observaciones estaban fechadas y firmadas por los jueces municipales correspondientes a cada distrito y en ellos no se hace mención expresa de la edad, ni la causa del fallecimiento.

Desconocemos totalmente la génesis hasta la formación de estos extractos, si realmente obedecía en la práctica al cumplimiento de la ley de 1.865, que obligaba a su elaboración o por el contrario sólo se hicieron patente tras la entrada en vigor de la ley del Registro Civil promulgada en 1.870. Nosotros nos inclinamos a pensar más por ésta última tesis, porque como se puede comprobar las observaciones estadísticas estaban rubricadas por los jueces Municipales encargados de cada distrito judicial y no por los párrocos de donde debía partir la información.

52 Defunciones registradas en este juzgado durante la tercera decena de Diciembre de 1.881, clasificadas por sexos y estado civil de los fallecidos. *Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla*. 18 de Enero de 1.882, Nº 173, p 3. Existe un extracto similar en cada uno de los juzgados municipales.

Tras algunas lagunas temporales (53), a primeros de siglo, nos encontramos con unas publicaciones estadísticas de defunción con un formato totalmente diferente. Las muertes aparecen registradas mensualmente, agrupados por sexos y edades y con un cambio desde el punto de vista demográfico fundamental, aparecen por primera vez consignadas las causas de la muerte, siguiendo fielmente la Clasificación Internacional Abreviada, éste cambio viene unido a otro de menor importancia pero que nos llamó así mismo la atención, en estos casos las publicaciones estaban firmadas y datadas por el Alcalde y el Secretario de la Corporación Municipal.

Estos resúmenes numéricos se presentaban en una sección del Boletín denominada "Estadística de Mortalidad" publicados con el siguiente epígrafe: "Defunciones por causas, edades y por sexos, ocurridos en ésta capital durante el mes de [] de [año] (54). En ellos como hemos expresado, se recogen

53 Hemos de reconocer que no realizamos un recorrido sistemático, año a año, y por tanto desconocemos si estas estadísticas fueron publicadas con regularidad o se interrumpieron por otros motivos totalmente desconocidos por nosotros, aunque si acusamos su ausencia en determinados años.

54 Defunciones por causas, edades y por sexos, ocurridas en esta capital durante el mes de Diciembre de 1.902. *Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla*. 13 de Enero de 1.903. Nº 11, p 4.
Este mismo epígrafe se repite para el resto de los años.

las causas de defunciones explícitamente clasificadas y distribuidas por grupos de edad entre 0-1 años, 1 a 4, 5 a 19 y a partir de aquí las selecciona en 3 grupos de 20 años; se muestra también un apartado para las edades desconocidas. Cada uno de éstos grupos se hallan subdivididos a su vez según el sexo en varón o hembra.

Junto a éstos resúmenes estadísticos se muestra un cuadro de "Demografía" (55) recopilando los nacimientos de los cuatro distritos judiciales, haciendo referencia a su origen legal (legítimos o ilegítimos), concluyendo con el balance nacimientos-muertes.

Este notable e importantísimo cambio de las publicaciones de las defunciones de forma reglada y sistemática se debió al cumplimiento en 1.901 de la Real Orden del 17 de Abril de ese año publicado su extracto en el Boletín Oficial de esta provincia el 23 de ese mismo mes (56).

Este extracto de contenido netamente demográfico exponía nuevamente que por incumplimiento sistemático de las autoridades municipales de colaborar en la formación de una estadística demográfica era necesario insistir en la recogida de datos de las defunciones que debía ser en este caso siguiendo la Nomenclatura Nosológica Internacional consensuada por 26 países entre los que

55 *Ibidem.*

56 *Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla.* 23 de Abril de 1.901. Nº 96 pp 2-3.

se encontraba España, en el Congreso Internacional de París, celebrado en Agosto de 1.900 (57). Fue precisamente el cumplimiento de esta ley el que condicionó este cambio radical en las publicaciones de la relación mensual de mortandad de la ciudad.

El porqué de la puesta en marcha de esta importantísima labor la desconocemos en su esencia, aunque con toda probabilidad se debiera a una mayor concienciación no ya de la clase médica, de sobra sensibilizada, sino de las autoridades municipales tras los últimos estudios publicados sobre el estado higiénico-sanitario de la ciudad y el elevado precio que conllevaba: la muerte de sus habitantes (58).

Desconocemos igualmente el proceso seguido hasta su elaboración y posterior publicación, e incluso el personal encargado de toda la génesis, posiblemente siguiendo el modelo de Barcelona los responsables serían los médicos pertenecientes al cuerpo médico municipal en cuyas competencias entraba al

57 *Ibidem.* En este mismo boletín se expone gráficamente el formato que debían seguir los estadísticos, incluyendo la Nomenclatura Nosológica Internacional.

58 Nos referimos a los estudios realizados por Felipe Hauser en 1.882, Sánchez Pizjuán en 1.899 y Francisco Laborde y Angel Pulido en 1.901 y 1.902.
cf: COMPAÑIA... *op cit* (notas 22 y 23).
SANCHEZ PIZJUAN, F. *op cit* (nota 34).
PULIDO FERNANDEZ, Angel. *Sanearamiento de poblaciones españolas.* Sevilla. Madrid. Imp. Velasco, 1.902.
HAUSER, Ph. *op cit* (nota 21).

confección de estadísticas de defunciones además de la asistencia médica domiciliaria, ordenar desinfecciones, vigilancia higiénica, vacunaciones contra la viruela, etc. (59). Años más tarde, en este mismo boletín, y sin ninguna interrupción temporal se fueron introduciendo nuevos cambios, todos ellos tendentes a mejorar la calidad de la información. Se modificó el formato de la estadística exponiendo de forma más clara su contenido, aunque los datos consignados seguían manteniendo la misma uniformidad. También encontramos una modificación insustancial desde el punto de vista estadístico, como son los cambios hallados en las firmas motivado posiblemente por los trasvases de competencias de una corporación a otra, en ocasiones figura rubricado por el Inspector Provincial de Sanidad (60), aunque la máxima frecuencia la hallamos firmada por el Alcalde y Secretario del Ayuntamiento.

59 cf: ROCA ROSELL, A. La higiene urbana com a objectiu: Notes sobre la historia de L'Institut Municipal de la Salut (1.891-1.936). En: *Cent anys de Salut pública a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1.991. pp 75-104.

CAPEL, H; TATJER, M. Reforma social, serveis assistencials i higienisme a la Barcelona de final del segle XIX (1.876-1.900). En: *Cent anys de Salut pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1.991, pp 31-74.

60 En el mes de Diciembre de 1.904 las estadísticas figuraban rubricadas por el Inspector Provincial de Sanidad A. Gómez. Esta firma correspondía al subdelegado más antiguo de Medicina Antonio Gómez, como miembro de la Junta provincial de Sanidad creada en Septiembre de 1.903 tras el Real Decreto del 14 de Julio de ese mismo año. y publicado en la Gaceta de Madrid el día siguiente. Posiblemente estas firmas estuvieran motivadas por la ausencia del Inspector Provincial de Sanidad interino Francisco Laborde. cf. GOMEZ ZARZUELA, V. *Guía Oficial de Sevilla y su provincia para 1.904*. Sevilla. Imp. Bergali, 1.904. pp 365-366.

Ante la exposición de todo lo anteriormente expresado creemos que no necesitamos justificación ante su no elección, evidentemente para conocer las causas de las defunciones tendríamos que remontarnos hasta este siglo, lo cual suponía acortar el tiempo de estudio, que nos desdibujaba totalmente los esquemas planteados. Evidentemente aunque hubiera sido el empleo de éstos últimos años nos hubiera dado un balance muy positivo de la realidad.

4.3.2. La Revista Médica de Sevilla.

La reconstrucción de las series de mortalidad a través de la Revista Médica de Sevilla fue otro de nuestros objetivos. Esta aspiración quedó igualmente frustrada ante la imposibilidad material de su recopilación.

La Revista Médica de Sevilla inició su andadura por el año 1.882, de mano de un grupo dinámico de médicos jóvenes cuya edad media era de 23 años (61) y desde su inicio introdujo entre sus apartados uno dedicado a la demografía de la ciudad, cuyo objetivo era dejar constancia de las defunciones y nacimientos de la capital. Aquellos cuadros estadísticos eran publicados con regularidad y en ellos se

61 El grupo fundador de la Revista Médica de Sevilla lo integraban: Francisco J. Hoyos Marfori, Leopoldo Murga Machado, Pedro Ruiz Rodríguez, Leandro Pérez Vizcaíno, Juan Redondo Godino y Emilio Serrano Sellés. Archivo Histórico Facultad de Medicina (AHFM) *Expedientes terminados. Plan anterior 1.944*. Letra H nº 2; Letra M nº 78; Letra R nº 48; Letra P nº 49; Letra R nº 115; Letra S nº 42. Como propietarios de la Revista constaban Leopoldo Murga (1.884-1.885) y Serrano Sellés (1.885-1.890).

consignaban las defunciones clasificadas por causa, donde se hacia referencia a Enfermedades infecciosas, que incluía viruela, sarampión, escarlatina, difteria y crup, coqueluche, tifus, disentería, fiebre puerperal, e intermitentes palúdicas y en otro apartado figuraban, apoplejia, reumatismo articular agudo, catarro intestinal (diarrea), tisis, otras enfermedades infecciosas, enfermedades agudas de los órganos respiratorios y otras enfermedades (62) (cuadro 2).

Para ese mismo año de 1.882, aunque publicadas en 1.883 (63), las tablas fueron apareciendo con una mayor grado de especificidad, siguen recogiendo los movimientos vitales de la población semanalmente pero ya, aunque en cuadro aparte, consignaban las edades de los fallecidos sin hacer mención al sexo. Esta iniciativa posiblemente de la dirección de la revista, no fue seguida con la regularidad deseada, ya que hemos hallado una serie de carencias tales como irregularidad en la aparición, a veces de forma fragmentada, solapamiento de las fechas de las estadísticas y una falta de uniformidad y de una sistemática.

Posiblemente estas diferencias se deban a las dificultades halladas para elaborar las estadísticas, que no eran regladas ni dentro de los estamentos

62 Cuadro de mortalidad desde el 4 al 10 de Diciembre de 1.882. *Rev. Med. Sevilla*, 1: 176, 1.882.

63 Demografía de Sevilla. Cuadro de las defunciones y nacimientos ocurridos desde el día 25 al 31 de Diciembre de 1.882. *Rev. Med. Sevilla*, 2: 24, 1.883. Durante todo el año 1.883 se publicaron con este mismo epígrafe y con una periodicidad semanal.

oficiales. Tras paréntesis de años hay nuevos intentos de consolidación en este caso realizados por Leopoldo Murga (64), durante algunos meses del año 1.884 (65). Aunque realmente hay que esperar bastantes años para encontrar un mínimo grado de uniformidad y continuidad en este caso rubricados por el Doctor Laborde donde desgraciadamente se aprecia un enorme retroceso en la forma de recogida de las defunciones. Se limita a distinguir entre óbitos en la población, en los hospitales y fetos y dentro de los dos primeros grupos hace la diferenciación de enfermedades comunes e infecciosas. Sólo hace mención expresa de una enfermedad por su relevante importancia, como es la tuberculosis, dentro de las enfermedades infecciosas (66) (cuadro nº 3).

Vuelven a omitirse las edades y en cuanto al sexo se diferencia las cifras globales en varones y hembras. Las estadísticas concluyen con el balance

-
- 64 Sobre Leopoldo Murga Machado. cf: BERNAL, E; BONILLA, I. Los problemas sociocientíficos de la vacunación anticolérica en Sevilla (1.885): Los informes de Rafael Tuñón y Leopoldo Murga. *Dynamis*, 9: 167-184; 1.989.
- 65 MURGA, Leopoldo. Estadística Demográfico-Sanitaria de Sevilla y su provincia durante los meses de Abril, Mayo y Junio de 1.884. Por el Dr. .. *Rev. Med. Sevilla*, 4: 362-3. 1.884.
MURGA, Leopoldo. Estadística Demográfico-Sanitaria de Sevilla y su provincia, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 1.884. Por el Dr... *Rev. Med. Sevilla*, 5: 138-9. 1.885.
MURGA, Leopoldo. Estadística Demográfico-Sanitaria de Sevilla y su provincia, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 1.884. *Rev. Med. Sevilla*, 6: 169-70. 1.885.
- 66 LABORDE, F. Estadística Demográfica de Sevilla. Septiembre de 1.902. *Rev. Med. Sevilla*, 39 (9): 348, 1.902.

mensual entre nacimiento-óbitos de la población en ocasiones positivos pero con relativa frecuencia negativo figurando esta lacónica frase "Disminución de la población" o "Aumento de la población" (67).

Años más tarde, ya en la segunda década de nuestro siglo, aparecen por primera vez publicados unos complejos cuadros de "Mortalidad por sus causas combinados con la edad de los fallecidos, durante el mes de [...] de [año]" (68), donde son recogidas las causas de muerte de la ciudad mensualmente, haciendo agrupaciones de edad cada 5 años, y excluyendo los menores de 1 año y los de 1 a 4 años. Por su clasificación deducimos que siguieron la nomenclatura internacional abreviada, alcanzando un alto grado de perfección.

Estas estadísticas contaban con una serie de ventajas insuperables a no ser por las enormes deficiencias halladas y a las que ya hemos hecho alusión. 1º Las estadísticas figuraban publicadas en una revista médica y por tanto científica con un alto nivel profesional que le infundía una enorme fiabilidad.

2º Se trataba de estadísticas ya elaboradas, lo cual suponía un enorme ahorro material de trabajo.

67 *Ibidem.*

68 Mortalidad por sus causas combinadas con la edad de los fallecidos, durante el mes de Septiembre de 1.915. *Rev. Med. Sevilla*, 66 (1): 30-31, 1.916.

3º Eran estadísticas elaboradas y publicadas, con toda certeza, por profesionales de la medicina y por tanto conocedores del tema en cuestión.

4º Eran expresiones numéricas y diagnósticas realizadas de acuerdo a los conocimientos de la época y por tanto no se introducía ningún elemento distorsionante por el trasvase de tiempo.

Sintetizando, frente a todos estos razonamientos la realidad fue muy diferente, discontinuidad en la publicación, períodos de tiempo superpuestos, falta de especificidad de las causas y edad y junto a esto hay que sumar las omisiones fortuitas por falta de números de la revista.

4.3.3. El Movimiento Natural de la Población.

El Movimiento Natural de la Población es una publicación anual realizada por el Instituto Nacional de Estadística y que recoge las estadísticas vitales (muerte, nacimiento, matrimonio) por provincias de la población española. La recopilación y publicación de estas estadísticas del movimiento de la población de forma regular, continua, sistematizada e institucionalizada no tiene lugar hasta finales del siglo XIX. Los múltiples esfuerzos de las autoridades españolas para establecer una estadística de los movimientos vitales de la población a lo largo del siglo XIX se vieron frustrados de continuo, por la falta de colaboración de los

municipios, carencia de personal cualificado o razones presupuestarias como motivos principales con frecuencia aludidos (69), no alcanzando su consolidación definitiva hasta nuestro siglo.

Con la aceptación por parte de España de la primera Clasificación Internacional de Enfermedades a primeros de siglo y la elaboración de las estadísticas de mortalidad partiendo de ellas, se introduce una importante innovación en la recogida de datos encaminados a conseguir la máxima aproximación a la realidad.

El empleo y explotación de ésta fuente nos hubiera aportado un sin fin de ventajas y algunas inconvenientes ya aludidas para las otras fuentes:

1º Se trataban de estadísticas elaboradas con datos oficiales que le confería doblemente fiabilidad y ahorro de trabajo.

2º Los datos numéricos contabilizados así como los diagnósticos estaban realizados por personas de la época y de acuerdo plenamente con la Clasificación Internacional de Enfermedades refrendada por tanto a nivel internacional y adoptada posteriormente por nosotros.

69 BERNABEU MESTRE, J. *op cit* (nota 10).

3º Nos hubiera permitido conocer las cifras absolutas de defunciones, así como las tasas brutas y específicas por enfermedades para Sevilla capital y compararla con otras ciudades españolas.

Frente a esta lista posiblemente insuficiente, de ventajas, nos topamos con una enorme dificultad, supeditada a el tiempo, sólo podíamos analizar las muertes sucedidas en Sevilla desde primeros de siglo, dejándonos la enorme laguna de 25 años. Junto a este inconveniente, en este caso común a todas las fuentes se hallaba la imposibilidad de analizar la muerte de Sevilla, distribuyendola en los distintos sectores de la ciudad y agrupándola profesionalmente, motivos por los cuales decidimos finalmente rechazarla como fuente básica, aunque haciendo uso de ella como control de la información obtenida.

5. LA FUENTE UTILIZADA: LOS LIBROS DE DEFUNCIONES DEL REGISTRO CIVIL.

Ante todo la variedad de fuentes existentes para realizar un análisis en profundidad de la mortalidad de Sevilla durante la Restauración y a la luz de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas, la decisión final fue optar por la utilización y posterior explotación de los libros de asentamiento de las defunciones del Registro Civil, por los motivos que a continuación vamos a

enumerar:

5.1. El Registro Civil dependiente de los juzgados fue instaurado de forma obligatoria en el último tercio del siglo XIX, por Real Orden promulgada en el mes de Junio de 1.870, que se puso en vigor a primeros de Enero del año siguiente (1.871) (70). Con esta ley se disponía la creación de un registro en el cual "se inscribieran o anotaran las actas concernientes al estado civil de las personas " (71). Es decir, se ordenaba la creación de un registro de nacimientos, matrimonios y defunciones, en cuyo título IV o "De las defunciones" (72), dentro de su articulado se enumeraban los requisitos legales mínimos para llevar a cabo el asentamiento de una muerte, sin el cual y sin la consiguiente firma del juez se vería imposibilitada la sepultura del cadáver.

Es a partir de aquí cuando se inició el registro continuo y sistematizado de los movimientos vitales de la población en los juzgados. Este imperativo legal no fue seguido con rigurosidad en todas las provincias españolas, ni con la misma regularidad, pero en el caso concreto de la ciudad de Sevilla comenzó el registro de las defunciones de forma regular y continua desde finales

70 MARTÍNEZ ALCUBILLA, M. *Diccionario de la Administración Española. Compilación de la Novísima Legislación de España Peninsular y Ultramar 1.892-1.894. 5ª ed. Madrid. pp 137-146.*

71 *Ibidem.*

72 *Ibidem.*

de 1.871. Quedaban por tanto cubierto plenamente nuestros objetivos temporales, pues abarcaba todo nuestro período desde 1.875 a 1.923. Su uso permitió centrarnos en él como fuente básica de información.

5.2. Toda la colección documental de estos registros se conservan y concentran en un sólo edificio, en el archivo perteneciente al Registro Civil en el edificio del juzgado de Sevilla, lo cual nos facilita enormemente el acceso. A diferencia de la documentación parroquial que ya anteriormente apuntábamos al referirnos a los Archivos parroquiales, se halla totalmente dispersa en las 29 parroquias de la ciudad.

5.3. El Registro Civil de Sevilla se hallaba dividido en cuatro distritos judiciales, que corresponden respectivamente a cuatro sectores de la ciudad desde el punto de vista administrativo y judicial. Estos distritos tienen un tamaño muy desigual y en ellos no se contempla la división parroquial, aún así al igual que las collaciones eclesiásticas adolecen de homogeneidad social y económica. A pesar de esta dificultad, no hemos contabilizado ninguna laguna documental (73), existiendo un alto grado de perfección lo cual nos ha permitido realizar un control riguroso de las defunciones.

73 Creemos oportuno expresar que es cierto que no existe ninguna laguna de documentos, a pesar que el distrito del Salvador sufrió un incendio en los 1.874 y 1.875, pero su documentación se halla parcialmente reconstruida consignándose el nombre, sexo, edad y causa del fallecimiento, estando ausente el resto de los datos.

5.4. En las actas de defunciones del Registro Civil quedaban reflejadas las muertes de todos los habitantes permanentes o transeúntes ocurridas en la ciudad, independientemente de su condición social o confesión religiosa. Igualmente eran recogidas las muertes que se habían producido en hospitales, asilos, manicomio, casa-cuna, muertes judiciales y con toda certeza eran registradas las muertes de fetos, nacidos muertos e inviables, como se hace patente tras su consulta, por tanto podemos afirmar que desde su instauración en Sevilla, eran registrados todos los muertos sin distinción de edad o condición. Incluía por tanto mortalidad infantil, mortalidad hospitalaria, de transeúntes e indigentes que no pertenecían a ninguna parroquia, y la mortalidad de todas las confesiones religiosas.

Con todo lo anteriormente expuesto, se justifica la elección del Registro Civil como fuente de información, ya que con él quedaban cubiertas todas nuestras aspiraciones previas, analizar la mortalidad de Sevilla, permitiéndonos tener una visión globalizante de la realidad. Sólo nos quedaba por resolver el enorme volumen de información imposible de manejar en su totalidad, que nos condicionó a emplear una muestra que fuera representativa desde el punto de vista estadístico y sobre sus aspectos incidiremos más adelante.

6. VALORACIÓN CRÍTICA DEL REGISTRO CIVIL.

Un mayor nivel de exigencia nos condujo a realizar previamente una valoración crítica de la fuente que habíamos elegido y posteriormente manejado y

con la cual obtuvimos el balance de la mortalidad de la ciudad. Creemos que es imprescindible analizarla aquí y ahora, para que nos sirva de plataforma de la información que vamos a obtener y tener siempre presente los posibles errores y omisiones que podemos encontrar.

Primero.- Hay que tener en consideración que la introducción del Registro Civil no estaba dirigido a obtener ningún objetivo sanitario y por tanto el asiento de la mortalidad era pura y meramente administrativo, donde por tanto el diagnóstico de muerte reflejado en el acta era un dato más, sin mayor peso específico que los demás datos. La única salvedad es cuando trataba de una enfermedad epidémica, en cuyo caso era de obligado cumplimiento su comunicación inmediata a las autoridades pertinentes. Ello implica que en ocasiones no se le preste la atención que merece.

Segundo.- Los asentamientos de las defunciones, al igual que lo demás acontecimientos vitales eran contabilizados por escribientes empleados de los juzgados, que como tales no poseían ninguna cualificación desde el punto de vista médico o sanitario, esto lleva implícito la posibilidad de cometer errores ortográficos de transcripción de las causas de muerte, al realizar el trasvase desde el certificado facultativo al impreso judicial por desconocimiento de los términos empleados.

Tercero.- Además del diagnóstico de defunción, el resto de los datos

del difunto como edad, dirección, profesión, etc. debían ser comunicados por familiares mayores de edad o en su defecto conocidos o vecinos del difunto, lo cual introduce un nuevo elemento de posible error, como pueda ser desconocimiento por parte de los encargados de anunciar la defunción, de datos propios del difunto, o en otros casos omisiones intencionadas por razones sociales. A todo esto hay que añadir que la transmisión de estos datos en su gran mayoría era de forma oral con los problemas implícitos a ello.

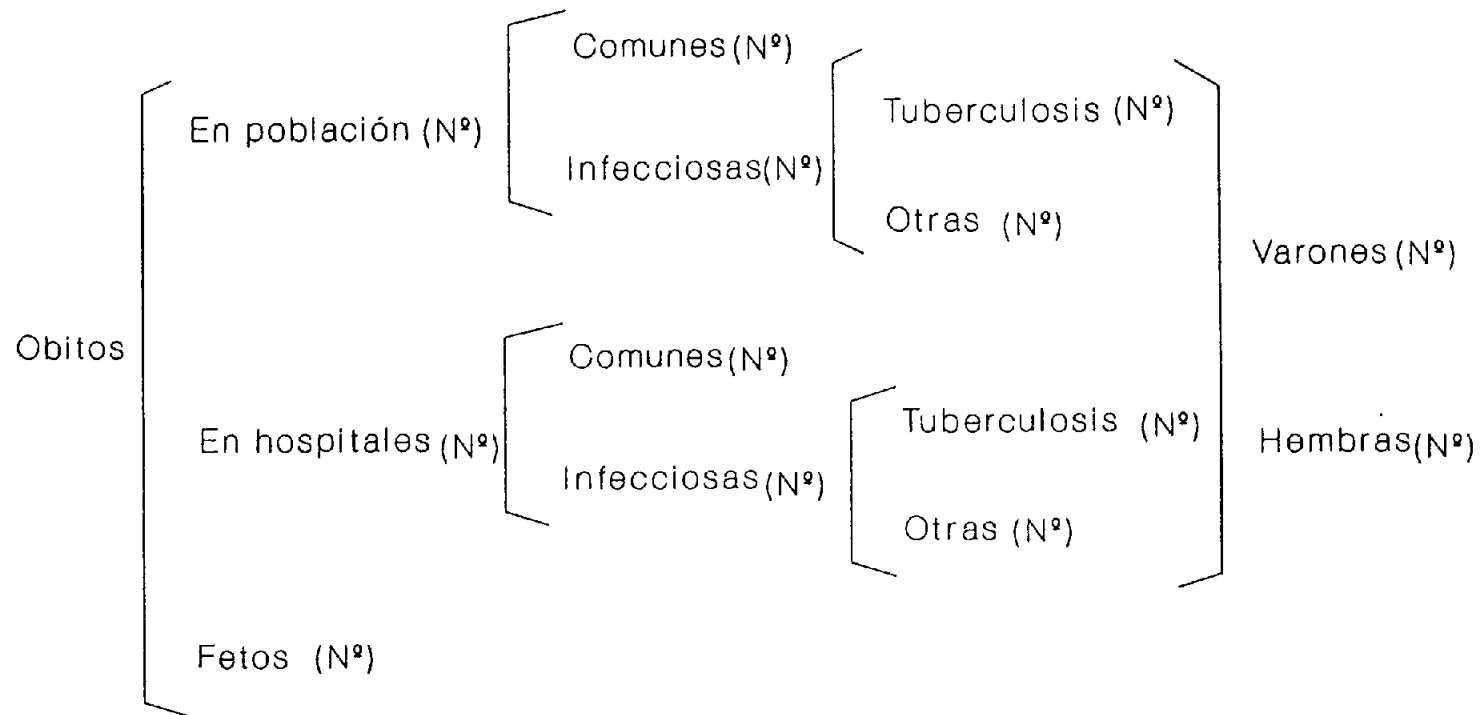
Parroquias de población acomodada	Parroquias pobres	Parroquias obreras
El Salvador San Miguel San Vicente Sta. M ^a Magdalena El Sagrario San Martín San Andrés San Ildefonso San Isidoro	Sta. Cruz San Bernardo San Julián Omnium Sanctorum San Roque Sta. Marina San Marcos San Román San Lorenzo Santiago San Nicolás San Bartolomé Sta. M ^a la Blanca	Sta. Ana San Gil San Juan de la Palma San Pedro Sta. Catalina San Esteban

Cuadro nº 1: Clasificación realizada por Laborde de las parroquias de Sevilla atendiendo a la condición social de la población.

Fuente: Compañía Sevillana

Viruela
Sarampión
Escarlatina
Difteria y Crup
Coqueluche
Tifus
Disenteria
Fiebre puerperal
Intermitentes palúdicas
Apoplejía
Reumatismo Articular Agudo
Catarro Intestinal (Diarrea)
Tisis
Otras enfermedades infecciosas
Enfermedades Agudas de los Organos Respiratorios
Otras enfermedades
por suicidio
por accidente

Cuadro nº 2: Modelo de la estadística de mortalidad publicada en la
Revista Médica de Sevilla en 1.882.



Legítimos

Varones (Nº)

Hembras (Nº)

Ilegítimos

Varones (Nº)

Hembras (Nº)

Cuadro nº 3: Modelo de la Estadística Demográfica de Sevilla publicado en la Revista Médica de Sevilla en 1.902.

II. MATERIAL Y METODO

MATERIAL

Las actas de defunciones del Registro Civil de Sevilla ha constituido la fuente básica de información del presente trabajo y la utilización de los datos extraídos de ellas nos ha permitido su elaboración.

Los libros de defunciones del Registro Civil desde su establecimiento de forma obligatoria en el último tercio del siglo XIX se encargaron de la recogida de los datos relativos a las muertes, de forma regular, en los libros de asentamientos (1). Estos libros cuyo mantenimiento estaba a cargo de los Juzgados Municipales, constituyen un material de enorme valor y de gran utilidad como fuente de información en temas relacionados con la enfermedad y la muerte y por tanto en estudios demográficos.

1 El 17 de Junio de 1970 fue promulgada la ley del Registro Civil con carácter provisional; en su título relativo a las defunciones entre su articulado se exponía la obligatoriedad del asiento de los óbitos en libros correspondiente al Registro Civil del distrito municipal en el que ocurrió la defunción. cf. MARTINEZ ALCUBILLA, M. *Diccionario de la Administración española*. Compilación de la Novísima Legislación de España Peninsular y Ultramar. 1.892-1.894. 5ª ed. Madrid. pp 137-146.

1. Características del Registro Civil de Sevilla.

El Registro Civil de Sevilla ubicado en los juzgados contiene en sus archivos los libros relativos a los movimientos vitales, matrimonios, nacimientos y defunciones, de los habitantes de la ciudad de Sevilla, desde su inicio en 1.871 (2) y mantenidos de forma regular y constante hasta nuestros días. Este registro y por tanto toda su colección documental se hallaba dividido en zonas o distritos, con fines judiciales o administrativos y su organización era llevada de forma independiente, con las peculiaridades que ello le imprime y además sin existir ninguna coincidencia con la división municipal (3) o parroquial (4). Existían un total de cuatro distritos que incluía a su vez a cuatro sectores de población claramente definidos por calles, plazas y pueblos agregados. Estas cuatro unidades

2 El Registro Civil de Sevilla se instauró a los pocos meses de la entrada en vigor de la ley del Registro Civil en Enero de 1.871, y desde entonces se ha mantenido de forma continuada en los cuatro distritos judiciales que configuraban la ciudad. REGISTRO CIVIL DE SEVILLA (R.C.S.). *Libros de Defunciones*. 1.871-1.924.

3 El término urbano de Sevilla se hallaba dividido en diez distritos Municipales con fines claramente administrativos, la sectorización se llevaba a cabo agrupando calles, plazas y barreduelos independientemente de la zonificación judicial o parroquial, de hecho un distrito podía contener calles de cuatro, cinco o más parroquias y pertenecer a distintos distritos judiciales.

cf: GOMEZ ZARZUELA, Vicente. *Guía oficial de Sevilla y su provincia para 1.900*. Sevilla, Imp. E. Bergali, 1.900. pp 220-223.

4 Sobre la división parroquial puede consultarse GOMEZ ZARZUELA, Manuel. *Guía de Sevilla y su provincia para 1.875*. Sevilla. Imp. La Andalucía, 1.875. pp 260-262.

judiciales (5) se hallaban dispuestas de la forma que sigue:

Distrito 1 ó de la Magdalena.

Distrito 2 ó de San Vicente.

Distrito 3 ó de San Román.

Distrito 4 ó de El Salvador.

En ellos se registraban las defunciones correspondientes a las cuatro zonas de la ciudad establecidas, sin presentar ninguna homogeneidad social o económica, sólo administrativa, dándose incluso la particularidad de su desigual tamaño. Así la unidad que recogía el mayor volumen de muertes correspondía, al distrito que incluía la presencia del Hospital Central, Hospital Militar y Manicomio, como era el distrito 3 o de San Román donde por éste motivo se intensificaban los registros de las defunciones. Atendiendo al volumen de información que recibían, el distrito de san Vicente es el que le sigue en tamaño, quedando relegado El Salvador y la Magdalena a un tercer y cuarto puesto.

1.1. Libros y actas de defunciones.

-
- 5 La división judicial en la colección documental del Registro Civil se halla dividido de la forma que hemos expresado, aunque tras la consulta de otras fuentes hemos hallado una diferencia en cuanto a la nominación; en la Guía de Sevilla de 1.875 figura de la forma que sigue:
"Distritos judiciales por calles y plazas y pueblos agregados".
Distrito 1º: El Salvador. Distrito 2º: La Magdalena, Distrito 3º: San Vicente y Distrito 4º: San Román. No coincidiendo en absoluto con la realidad.
cf. GOMEZ ZARZUELA, Manuel. *ibidem* p 104.

Será de interés conocer la fisonomía de un libro de asentamiento y de las actas de defunciones que lo integran, poniéndonos en evidencia el contenido informativo que en su interior alberga y encaminados a la elección de variables para la realización de nuestro trabajo.

Las actas de defunciones del Registro Civil de Sevilla, como ya hemos expresado, están contenidas en libros; estas actas son de tamaño folio y están numeradas cronológicamente con un riguroso orden de entrada.

Cada uno de los libros contiene por término medio unas 400 actas de defunciones y debido a la división judicial con, anterioridad aludida, presentan una numeración independiente.

Cada distrito mantenía sus propias reglas sin existir en principio una uniformidad de registro (6), los libros de defunciones pertenecientes a cada uno de ellos, mantenían una numeración continua y por tanto sus inscripciones se llevaban a cabo independientemente del año de registro (7).

6 La uniformidad de los datos es muy variable dependiendo de los distritos y dentro de ellos según los años. El distrito que hallamos más completo y ordenado fue el de San Vicente, siendo los tres restantes menos regulares en sus asentamientos. R.C.S. *Libros de defunciones*.

7 En cada distrito se iniciaron los asentamientos comenzando con el tomo 1 y a partir de ahí sigue una numeración continuada hasta nuestros días. Las actas en cambio fueron numeradas de forma más irregular, en ocasiones eran registradas por años, por tomos o siguiendo un registro continuo. R.C.S.

1.2. Modelo de un acta de defunción.

El acta de defunción propiamente dicha comienza anotando datos puramente administrativos relativos al lugar hora y fecha del registro, quedando específicamente reflejados el día mes y año (8). A continuación se expresan los datos legales con referencia al juez y al secretario del juzgado ante los cuales comparece el comunicante, dando noticia del acontecimiento de la muerte. De éste intermediario se consignan nombre y apellidos, naturaleza, edad, estado civil, profesión, domicilio y relación con el difunto si la hubiere y en su defecto se especifican las circunstancias de la comunicación. En las frases siguientes se manifiestan los datos específicos del fallecido donde debían figurar de forma detallada el nombre y los dos apellidos, naturaleza, edad, domicilio y la consecuencia de la muerte, reflejándose expresamente el día y la hora exacta de la defunción.

Además de todo lo expuesto se dan noticias relativas al difunto, tales como la afiliación (nombres y orígenes de los padres), estado civil y según el difunto fuera casado o viudo se reflejaban igualmente los datos concernientes al cónyuge e hijos si los hubiere (número, nombres, etc.) dejando inclusive constancia

Libros de defunciones.

- 8 Hemos podido comprobar que las actas siguen fielmente el modelo dictado por la ley, aunque con algunas lagunas de registro en alguna de las variables. R.C.S. *Libros de defunciones.*
cf. MARTINEZ ACUBILLA, M. *op cit* (nota 1), pp 145-146.

de si realizó testamento y en su caso el nombre del notario.

Por último y antes de dar fe con las rúbricas de los testigos, el juez y el secretario del juzgado, se refleja el cementerio donde iba a ser inhumado el cadáver (ver modelo).

La importancia de éstos registros estriba, en la presencia de un gran número de datos, unos puramente administrativos, de poco valor para nosotros y otros por el contrario con un valor excepcional, entre los que se encuentra el diagnóstico consecuencia de la muerte.

Cada acta de defunción deja tras de sí un asentamiento administrativo que nos ofrece por tanto un número suficiente de variables como para desarrollar nuestro proyecto, consistente básicamente en el estudio del régimen de mortalidad. Con esta finalidad nosotros elegimos los siguientes parámetros. sexo, edad, año, domicilio, profesión y diagnóstico de la causa de la muerte, los cuales nos permitían medir la estructura de la mortalidad en un momento donde, en los diferentes grupos sociales, situándolos en la ciudad y distribuyéndolos por sexo y edad.

2. Consideraciones previas a la elección de las variables.

Hemos mencionado en repetidas ocasiones a lo largo de éste trabajo, que el uso y explotación de los libros de asentamientos de defunciones del

Registro Civil de Sevilla, para una época concreta, la Restauración, ha constituido la fuente básica de información; y de estos libros de registro obtuvimos las variables necesarias para el análisis, como son; edad, sexo, profesión, año, domicilio y causa de la muerte. Del porqué de la elección de cada uno de ellos daremos sobradas respuestas en los párrafos subsiguientes.

Dónde, cómo se genera la enfermedad que llevaba a la muerte y quién la padecía, son interrogantes que queríamos alcanzar.

2.1. Profesión.

¿Porqué de la elección de ésta variable como objeto de estudio? Pues bien, hoy no es ninguna novedad el hecho de que la sociedad está estructurada en base a un entramado social en el que existen distintos niveles, donde el elemento económico juega un papel preponderante y éste nivel viene dado en parte por la actitud profesional que se desarrolla (9).

Por tanto nos valdremos de la profesión con el fin de definir la clase social a la cual pertenecían las defunciones y realizar un estudio siempre aproximativo de la realidad económica de la Sevilla de la época, ya que como con

9 MAUSNER, Judith; BANH, Anita K. *Epidemiología*. 1ª ed. en español. México, Interamericana, 1.977. pp 47-49.

anterioridad apuntábamos contamos con la carencia de estudios locales previos que analicen en profundidad la estructura socio-económica de la ciudad.

Aunque realmente éste parámetro lo utilizamos para intentar explicar las diferencias sociales de la enfermedad y por tanto de la muerte.

Con este propósito y conscientes de las enormes lagunas de contenido que podíamos hallar en esta variable para algunos sectores de población, limitándonos e incluso impidiéndonos su análisis, intentamos paliarlo previamente. Así la actividad profesional de los varones no presentaba mayor inconveniente que las dificultades propias para lograr su catalogación, pero así mismo su ausencia era difícilmente compensable. En cambio las ausencias sistemáticas que podía presentar el acta de defunción relativo a la ocupación del sexo femenino y los niños con edad improductiva si podíamos intentar solventarlo. Con este fin tomamos como válido las actividades profesionales desarrolladas por algún familiar presente en la inscripción. Para ser incluido en el estudio debía reunir varias condiciones: que existiese una vinculación directa con el fallecido (padre, madre o cónyuge) y que su domicilio fuera coincidente; y de esta manera poder definir la esfera social a la que pertenecía el difunto. Fueron desechados las demás parentelas, como abuelos, primos, tíos, incluso hermanos, pues pensamos que aunque la clase social podía ser muy similar, existía un mayor margen de error como para poder establecerlo con seguridad.

Por todo lo anteriormente expuesto tomamos las profesiones de los conyuges, en los casos de las mujeres casadas y la ocupación profesional de los padres en los menores, en los casos que no disponíamos de mayor información.

2.2. Dirección.

El domicilio es otro elemento elegido por nosotros como objeto de análisis. El hombre vive en sociedad en un lugar determinado y desempeñando una labor, ambos condicionado íntimamente a su posición social, su economía y su profesión, configurándose un círculo vicioso de mutua reciprocidad.

Con ello pretendemos analizar las desigualdades, en este caso "espaciales" con la siempre presencia de la muerte y comprobar si las enfermedades son claramente selectivas en los distintos sectores de la población, es decir comprobar el papel que juega el entorno.

Con este fin elegimos la dirección del difunto, reflejada en el acta de defunción con el nombre de la calle, plaza, huerta, hospital o asilo, para su posterior localización e integración dentro de un espacio urbano preestablecido.

2.3. Diagnóstico de la muerte.

La elección de ésta variable no necesita una explicación expresa, sólo insistir una vez más en la presencia de la enfermedad y la muerte como hechos sociales constantes, no exentos de influencias y donde se catalizan gran parte de las precariedades sociales.

La intensificación de la muerte en un momento dado, por una enfermedad determinada, en un grupo social concreto y en un espacio suburbano también muy concreto, son el reflejo de la presencia de numerosas influencias, muchas restricciones y algunas más carencias.

Estos argumentos nos sirvieron de incentivos para determinar su elección y con el resto de las variables deshacer su complejo entramado y alcanzar un mayor conocimiento de la realidad de Sevilla durante la Restauración.

2.4. Sexo, Edad y Año.

Las variables sociodemográficas sexo y edad apenas necesitan justificación, su elección y uso viene motivado para establecer la incidencia de la mortalidad en los distintos grupos de edad y conocer la mortalidad diferencial por sexos. De la misma manera el año como parámetro nos define la evolución cronológica de las distintas dolencias.

3. Técnicas de Trabajo.

3.1. Diseño del tamaño muestral. Tipo de muestreo.

Encaminados a conseguir este propósito, sopesadas las fuentes y las variables, aún nos quedaba por resolver otra enorme dificultad, nos referimos al gran volumen de muertes producidas en Sevilla durante todo el período comprendido entre 1.875 y 1.923. Este inconveniente menor quedó solventado tras la decisión de tomar como estudio una muestra representativa de la colectividad. Esta muestra debía quedar establecida previamente y desde el punto de vista estadístico debía ser lo suficientemente amplia como para reunir todas las garantías.

Dado que durante este período de tiempo fallecieron en Sevilla más de 200.000 personas, la Unidad de Estadística del Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias de esta Facultad de Medicina nos determinó como muestra válida 4.000 defunciones. El diseño del tamaño muestral necesario para el estudio presentaba un error alfa admitido inferior al 1,5% y por tanto con un alto grado de precisión. El tipo de muestreo que debíamos seguir era un muestreo aleatorio sistemático.

3.2. Realizaciones prácticas.

3.2.1. La reconstrucción de la muestra.

Para que la muestra determinada presentase la máxima

homogeneidad y estuviese a su vez lo más fielmente distribuida cronológicamente, tuvimos que realizar algunas fragmentaciones previas del tiempo de estudio.

Con esta finalidad dividimos el período en diez unidades de cinco años, de las cuales obtendríamos el total de 4.000 defunciones, correspondiendo proporcionalmente 400 muertes a cada uno de los quinquenios.

Sólo comentar que para la realización de ésta distribución tuvimos que efectuar un pequeño ajuste de tiempo, completando la periodización en un año más, hasta 1.924, no coincidiendo con el final político de la Restauración en 1.923. Este ajuste temporal nos delimitaba en 50 años la etapa de estudio quedando establecida desde 1.875 a 1.924.

3.2.2. Diseño de la ficha de trabajo. Diseño de la estrategia de recogida de información.

Definidos el espacio urbano, Sevilla, el tamaño muestral necesario para el estudio en 4.000 defunciones y el tiempo en 50 años, procedimos primero: al diseño de una ficha de trabajo. Esta ficha debía reunir los suficientes elementos para la recogida de información contenida en cada acta de defunción, y que permitiese la codificación posterior de las distintas variables.

La ficha recogía los siguientes parámetros: Nº de orden, sexo, edad,

profesión, dirección, diagnóstico de muerte, identificación, como número de acta, tomo y distrito judicial.

El segundo paso fue el diseño de una estrategia de recogida de datos, para poder dimensionar el problema de la muerte como fenómeno social constante y su grado de dependencia con el resto de las variables.

3.2.3. Fase de recogida de información.

La utilización del Registro Civil para el análisis de la mortalidad no estaba exento de dificultades, uno de los principales obstáculos venía dado por la falta de un registro unitario; por tanto la recogida de información nos planteaba las dificultades de la división judicial en cuatro distritos de tamaño muy desigual que nos imponía hacer previamente un reparto proporcional de las defunciones a extraer de cada uno de ellos, directamente relacionado con su tamaño.

Para ello tuvimos que realizar la contabilización de las muertes producidas en Sevilla durante los 50 años procediendo posteriormente a la agrupación de las cifras anualmente, que nos aportaba el perfil de la mortalidad absoluta de la ciudad y en otro aspecto reunimos la mortalidad por distritos judiciales, agrupándolos quinquenalmente para la extracción posterior de las 400 defunciones de cada uno de ellos.

Al tratarse de un muestreo aleatorio sistemático, el procedimiento de elección de cada acta también estaba previamente determinado estadísticamente. Una vez conocidas las cifras de las muertes en cada quinquenio y realizado el reparto en cada distrito, elegimos un número de forma aleatorio que será el primer número de acta a extraer, y a continuación a éste número se le suma una cadencia sistemáticamente hasta concluir el quinquenio. Esta cadencia fija para cada distrito, queda definida al dividir la mortalidad total del distrito en los cinco años por el número de defunciones a extraer de él, esto impone necesariamente el número de acta a elegir. Aún así teníamos un pequeño grado de libertad que nos permitía seleccionar el acta anterior o posterior, si por alguna circunstancia no podía tomarse el acta fijada por falta fundamentalmente de algunos elementos significativos.

El criterio de inclusión en el estudio fue exclusivamente el presentar consignada la causa de la muerte, sin tener presente el resto de las variables, en caso de rechazo elegimos el acta inmediatamente anterior o posterior ya que esto no implicaba ninguna diferencia significativa estadísticamente.

4. Codificación de las variables.

Para alcanzar el máximo rendimiento de los datos y una mayor facilidad en su manejo, tras la recogida de la muestra iniciamos la codificación de

cada una de las variables. En alguna de ellas utilizamos criterios convencionalmente aceptados, mientras que otros requirieron una profunda elaboración hasta determinar la codificación definitiva.

4.1. Sexo.

En la variable sexo, empleamos un criterio numérico asignándole el valor 1 a los varones y el valor 2 a las mujeres. No hubo necesidad de introducir nuevas codificaciones pues en toda la muestra estuvo presente esta variable, quedando dividida en 2.075 varones y 1.944 mujeres.

4.2. Edad.

La edad fue una variable que sufrió una escasa manipulación . Los datos relativos a ella fueron registrados con los mismos dígitos que presentaban las actas de defunción, con una sola excepción, las defunciones de los menores de un año, en estos casos para eliminar los errores que se podían contabilizar entre los valores en años y en meses se decidió tomar el valor cero para incluir las muertes registradas entre los cero y once meses.

Posteriormente para este grupo y debido a su elevado porcentaje, se diseñó una base de datos independiente, donde el registro de la edad se



contabilizaba con su valor exacto en meses y donde el valor cero quedaba limitado a las defunciones de los niños menores de un mes. Bajo este dígito quedaban igualmente incluidos los términos surgidos como "nacido muerto" y "feto muerto" donde la edad quedaba implícitamente especificada. El diseño de este fichero nos ha permitido realizar el análisis de la mortalidad infantil del que más tarde daremos sobradas respuestas.

Con fines netamente operativos el resto de las edades fueron agrupadas en intervalos; estableciéndose un total de nueve, excluyendo como ya hemos expresado las edades inferiores a 1 año y agrupando bajo el código 1 y 2 intervalos de 5 años y a partir de aquí ampliándolo a 10. Los intervalos son: de 1 a 5, de 6 a 10, de 11 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60, de 61 a 70 y de 71 hasta la máxima edad registrada de 108 años.

Por último sólo comentar que nos vimos en la necesidad de introducir un nuevo valor para las defunciones en las cuales no fue consignada la edad e impedir así que fueran incluidos involuntariamente con el valor cero distorsionando los resultados, de esta forma fueron localizados un total de 6 defunciones en los cuales por motivos desconocidos por nosotros no fue registrada la variable edad.

4.3. Causa de la muerte.

La muerte es otra variable que imponía necesariamente su

codificación debido a la multitud de diagnósticos que aparecieron como causa de defunción, lo cual resultaba absolutamente imposible de manejar si no fuese a base de una categorización. Tras varios intentos frustrados de realizar una codificación propia que aportase unos resultados satisfactorios y viables, desechamos la idea por la presencia de los más complejos y variopintos diagnósticos imposible de enmarcarlos bajo nuestra óptica actual. Sin comentar los innumerables errores que podíamos introducir con esta manipulación.

Otra idea fue utilizar la clasificación aportada por Hauser en su topografía médica de Sevilla (10), en la cual clasificaba las enfermedades siguiendo un criterio nosológico en 5 grandes grupos, enfermedades zimóticas que incluye un total de 11 entidades clínicas (11), enfermedades constitucionales distróficas, enfermedades diatésicas, intoxicación de la sangre y alteración nutritiva de los tejidos. En apartados independientes clasifica las enfermedades por aparatos (12), lepra y elefantiasis, vejez y primera infancia (13). Esta iniciativa quedó

10 HAUSER, Ph. *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario-demográfico y 70 cuadros estadísticos*. Sevilla, Tipografía del Círculo Liberal, 1.882.

11 Dentro de este apartado incluye viruela, sarampión, escarlatina, erisipela, fiebres tifoideas o continuas, fiebres palúdicas, fiebres puerperales, cronp y difteria, cólera esporádica, diarrea y disenteria. HAUSER, Ph. *ibidem* pp 238-249.

12 Frente a la detallada exposición de las enfermedades zumóticas dentro de las enfermedades de los aparatos presenta menos exhaustividad especificándose a veces sólo el epígrafe principal "Genito-urinario" o a los

rápidamente eliminada, pues desconocíamos muchas de las enfermedades integradas en cada epígrafe enunciado por Hauser, y aún conociéndolas un gran número de ellas quedaría sin posibilidad de ubicación.

La existencia de una clasificación de enfermedades aceptada internacionalmente en Agosto de 1.900 y adoptada en España por primera vez en el Movimiento Natural de la Población en 1.901 (14), fue claramente decisivo para nosotros, pues a pesar de que ésta clasificación data de primeros de siglo, justamente a la mitad de nuestro período, pudimos comprobar como nuestros diagnósticos eran perfectamente ajustables dentro de ella.

Esta nomenclatura fue especialmente concebida y destinada a la elaboración de las estadísticas de defunción, por tanto resultaba altamente beneficiosa. La clasificación abreviada consta de 14 grandes grupos de enfermedades y 179 subgrupos (15), bajo cuyos epígrafes son registradas la

sumo subdividiéndolas en agudas y crónicas. *Ibidem.*

13 Un enorme inconveniente lo hallamos en la clasificación de las enfermedades de la primera infancia, donde agrupa las defunciones de los menores de 2 años independientemente de las causas que lo motivaron. *Ibidem.*

14 COMISION INTERNACIONAL ENCARGADA DE REVISAR LAS NOMENCLATURAS NOSOLOGICAS. *Nomenclaturas de las enfermedades (causas de mortalidad)*. Primera Reunión. 1.901. Madrid, Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

15 *Ibidem.*

totalidad de las enfermedades conocidas en el momento.

Los grandes grupos fueron denominados de la forma que sigue:

- Grupo I: Enfermedades Generales.
- Grupo II: Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Organos de los Sentidos.
- Grupo III: Enfermedades del Aparato Circulatorio.
- Grupo IV: Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- Grupo V: Enfermedades del Aparato Digestivo.
- Grupo VI: Enfermedades del Aparato Genitourinario y sus anexos.
- Grupo VII: Estado Puerperal.
- Grupo VIII: Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular.
- Grupo IX: Enfermedades de los Organos de la Locomoción.
- Grupo X: Vicios de conformación.
- Grupo XI: Primera Infancia.
- Grupo XII: Vejez.
- Grupo XIII: Afecciones producidas por causas exteriores.
- Grupo XIV: Enfermedades mal definidas.

Esta codificación de las causas de muerte, es la primera clasificación Internacional de Enfermedades que fue aprobada por el Instituto Internacional de Estadística en 1.893, consensuada en 1.900 y aceptada en España por el Instituto

Geográfico-Estadístico ese mismo año. Además de la nomenclatura mencionada contiene varios apéndices donde son desarrolladas las rúbricas de las dolencias con sus posibles sinónimos (16). Esta misma clasificación en su apéndice IV realiza un "diccionario de las enfermedades" (17) por orden alfabético, donde junto a cada enfermedad se indica el número bajo el cual debe ser incluida.

Hay que hacer constar que bajo la óptica actual esta clasificación y los grupos que contienen son muy discutibles ya que en ellos se incluyen enfermedades muy heterogéneas. Así en el grupo I, de Enfermedades Generales (18) se hallan agrupadas desde enfermedades infecciosas hasta intoxicaciones, cánceres o enfermedades carenciales, anemias o enfermedades endocrinas. En este mismo sentido en el grupo II o Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Organos de los Sentidos, encontramos aunadas enfermedades infecciosas del Sistema nervioso como las encefalitis y meningitis con la eclampsia y el tetanos conjuntamente con enfermedades auditivas y oculares. Existe igualmente otro grupo donde son incluidas las Enfermedades Mal Definidas, el grupo XIV, donde pueden ser

16 En el apéndice III de la clasificación se realiza un desarrollo de los títulos de nomenclatura, expresándose los sinónimos y enfermedades conexas que deben ser incluidas bajo ese título y las expresiones que deben excluirse. *Ibidem.*

17 *Ibidem.*

18 Este grupo es el más numeroso y heterogéneo, contiene un total de 59 rúbricas, donde se incluye la mayoría de las enfermedades infecciosas, la tuberculosis con todos sus localizaciones, y un gran número de cánceres y tumores, junto a enfermedades endocrinas como la diabetes o el Addison, alcoholismo o intoxicaciones profesionales. *Ibidem.*

integradas todos aquellos diagnósticos imprecisos que no pudieron ser agrupados bajo ningún epígrafe, como son "agotamiento", "dentición", "irritación", etc.

A pesar de lo anteriormente expuesto creemos que su adopción fue realmente acertada y la trayectoria trazada por el trabajo nos lo confirmó ya que nos facilitó enormemente la labor de codificación y sin lugar a dudas nos redujo la multitud de errores que hubiéramos cometido con la introducción de una clasificación subjetiva.

Tras ésta primera clasificación internacional de enfermedades se fueron sucediendo nuevas nomenclaturas revisiones de la primera, introduciéndose o eliminándose grupos y epígrafes y adaptándola a los conceptos científicos del momento.

A pesar del amplio espectro de enfermedades que nos ofrecía esta primera clasificación pudimos contemplar la aparición de algunos conceptos en nuestra muestra que quedaban excluidos o no eran reconocidos bajo ese vocablo en el diccionario de enfermedades. En este sentido tuvimos que paliar esta limitación identificando previamente el concepto y enlazarlo posteriormente con el contenido de los epígrafes.

4.4. Profesión.

Las mismas dificultades de manejo expuestas para la variable muerte nos presentó la actividad profesional (19). En este caso y con fines igualmente operativos, la codificación que adoptamos fue totalmente original, es una clasificación total y absolutamente subjetiva y por tanto perfectamente modificable y criticable, pero no por ello irreflexiva.

Los criterios seguidos para realizarla han tenido una base plenamente teórica, sin la introducción de ningún elemento cuantificable y motivados exclusivamente por la necesidad de una organización funcional. De las inexactitudes que puedan derivar de ella somos plenamente conscientes, pero la carencia de una mínima clasificación profesional para la ciudad nos ha obligado a ello (20).

Las clasificaciones profesionales contempladas en los recuentos censales desde 1.860 podían habernos servido no sólo de observación sino de máximo apoyo para adscribir la variedad de actividades profesionales, aún así las dificultades no hubieran quedado resueltas plenamente pues tenemos que tener presente que nuestra fuente no nos aporta la máxima exhaustividad en esta variable, todo lo contrario son frecuentes las imprecisiones y las lagunas.

19 Sobre la problemática que presenta el análisis de la estructura social cf; TUÑÓN DE LARA, Manuel. *Metodología de la Historia Social de España*. 4ª ed. Madrid, siglo XXI editores, 1.979.

20 Contábamos con la clasificación profesional realizada por Hauser, en 6 categorías profesionales, pero nosotros no pudimos utilizarla pues desconocemos los individuos que la integraban. HAUSER, Ph. *op cit* (nota 10). pp 174-1775.

Obviamente tendríamos que haber optado por la clasificación profesional de un censo determinado pues entre si difieren sustancialmente (21), aún aceptando una de las rúbricas profesionales consensuadas en los censos de población, seguíamos manteniendo el mismo problema pues la definición de Sevilla desde el punto de vista económico quedaba por determinar.

Previamente expusimos que el fin de tomar la profesión como variable era el de definir la clase social a la que pertenecían las defunciones y comprobar la existencia o no de una interrelación con la muerte.

A la vista de la gran magnitud de profesiones aparecidas, expuestos los razonamientos y convencidos de sus numerosos errores, procedimos a la agrupación de las distintas ocupaciones en sus niveles diferentes, lo cual nos permitía categorizar en la medida de lo posible y siempre de una manera aproximada, el nivel social y económico de la población muestral y apuntando que su simplificación en sus rúbricas lleva tras de sí múltiples y dispares categorías profesionales.

Bajo estos criterios exclusivamente teóricos y algo simplistas y

21 GIL IBÁÑEZ, Santos Luis. *La población activa en España 1.860-1.930*. Tesis doctoral. Universidad Complutense Madrid, 1.979. En este estudio se hace un análisis de las clasificaciones profesionales en los 7 recuentos censales desde 1.860 a 1.930 exponiendo los elementos dispares que se encuentran en sus epígrafes.

pretendiendo al menos dar un grado de homogeneidad establecimos los códigos de la forma que sigue:

- Código 1: Profesiones de nivel superior.
- Código 2: Profesiones de nivel medio.
- Código 3: Profesiones de nivel inferior.
- Código 4: Personal de Orden Público, Fuerzas Armadas y Clero.
- Código 5: Personal de difícil clasificación o no identificados.
- Código 6: No consta la profesión.

En el código 1 o Profesiones de un Nivel Superior (cuadro nº 1), integramos a profesionales liberales con estudios superiores cuyo nivel vendría dado por su rendimiento personal, junto a industriales, dedicados al comercio, o propietarios, donde su renta es derivada de la propiedad inmueble o territorial.

En esta clasificación con toda certeza existen diferencias económicas notables pero pensamos que en todas ellas pueden existir elementos comunes como para integrarlos en el mismo nivel social. En este grupo hemos querido incluir lo que constituiría la "élite" de la ciudad desde una óptica socio-económica.

Bajo el código 2 o profesiones de nivel medio (cuadro nº 2), incluimos a profesionales en posesión de estudios medios, como maestros y practicantes conjuntamente con otras ocupaciones de nivel más básico como los escribanos y los dependientes y empleados de comercio.

En este epígrafe, como en el anterior, las variaciones que puedan existir entre unas y otras actividades profesionales quedan totalmente contempladas, aún así pensamos siempre desde un plano estrictamente teórico que su nivel puede ser bastante aproximativo.

El código 3 (cuadro nº 3) lo reservamos para las profesiones con un nivel inferior, éste calificativo de inferior está desconectado de toda valoración peyorativa y su utilización viene dada exclusivamente para expresar una posición social y económica baja.

Hay que reseñar que bajo esta categoría profesional hemos incluido, el mayor número de las profesiones encontradas, es por tanto el más numeroso y variado. A pesar de la enorme pluralidad que posee ya que en él hemos dispuesto a personal dedicado a la agricultura, artesanos, mano de obra de la industria y personal de servicios, en todas ellas, siempre bajo el mismo criterio teórico, hemos hallado aspectos comunes.

En el código 4 contemplamos a dos sectores improductivos de la población, representativos de dos poderes públicos, la Iglesia y las Fuerzas de Orden Público. A pesar de que se pueda pensar que estos dos sectores se hallan totalmente inconexos, bajo una óptica socio-económica desaparece esta dualidad.

Como se puede apreciar en el cuadro nº 4 hemos equiparado los

soldados a los militares de graduación, donde las diferencias socio-económicas son indiscutibles, la razón de ello ha sido exclusivamente por la influencia que puede ejercer sobre la salud el recinto cuartelario, en el caso de los militares hemos supuesto que esta distinción indicaba cierta graduación pero realmente la imprecisión existente en el acta de defunción del rango que poseía dentro del ejército nos impedía introducirlo en otros grupos profesionales.

En este mismo sentido y por los mismos motivos introducimos junto a las profesiones eclesiásticas a dos laicos como el sacristán y el campanero.

Los dos últimos códigos fueron reservados para las profesiones no identificadas y las de difícil catalogación, el código 5 (cuadro nº 5), incluyéndose en el 6 las actas donde la profesión no constaba.

4.5. Dirección.

Esta variable planteó serias dificultades a la hora de codificación. El marco escénico de Sevilla presentaba distintas distribuciones administrativas, municipal, judicial y eclesiástica, que en un principio no podíamos utilizarlas como válidas debido primero, a la ausencia de una homogeneidad entre ellas y segundo por la carencia de una mínima uniformidad social.

La sectorización judicial (22) en cuatro distritos dividía a la ciudad a su vez en cuatro zonas claramente heterogéneas sin contemplar ningún criterio social y donde se aprecia la agrupación de zonas sustancialmente opuestas, del centro de la ciudad con arrabales e incluso se realiza la división de barrios perfectamente definidos como unidad.

Esta misma dificultad hallamos al descender a la división municipal establecida igualmente con fines administrativos en diez zonas o distritos municipales (23).

Por su parte la división eclesiástica (24) definía a la ciudad en 29 subdivisiones correspondiéndose con cada una de las parroquias existentes. En este caso la heterogeneidad venía dada por las discrepancias propias e inherentes a la ciudad de Sevilla ampliamente comentadas en otro capítulo de este mismo trabajo y donde a pesar de ello se aprecia cierta coherencia, ya que los barrios convencionalmente establecidos eran considerados como entidad.

Ante tales circunstancias nos vimos en la necesidad de diseñar una división de la ciudad tomando un dato altamente significativo para nosotros, como

22 GOMEZ ZARZUELA, M. *op cit* (nota 5).

23 GOMEZ ZARZUELA, V. *op cit* (nota 3).

24 GOMEZ ZARZUELA, M. *op cit* (nota 4).

son las tasas de mortalidad parroquial. Estas tasas en ausencia de datos de población para todo el período, las determinamos para un solo año. Para hallarlas necesitábamos además de las cifras de población, la cuantificación de la mortalidad en cada parroquia, bajo estas circunstancias tomamos las cifras de población publicadas en la Guía de Sevilla para 1.875 (25) y las cifras de mortalidad parroquial aportadas por Felipe Hauser en su topografía médica (26). En base a esto para poder trabajar más cómodamente agrupamos las parroquias atendiendo a sus tasas de mortalidad, en cuatro grupos claramente definidos, quedando por tanto dividida la ciudad en cuatro zonas o sectores de la forma que sigue:

zona 1 o sector alto

zona 2 o sector medio

zona 3 o sector bajo

zona 4 o Triana

Esta simplificación sectorial con fines claramente funcionales engloba tras de sí un número variable de parroquias con tasas de mortalidad muy dispares (cuadros nº 6,7,8,9).

Así la zona 1 (cuadro nº 6) comprende un total de diez parroquias cuyas tasas oscilaban entre 1,09 y 3,58 por cada 100 habitantes. Estas parroquias en

25 GOMEZ ZARZUELA, M. *op cit* (nota 4) pp 150-288.

26 HAUSER, Ph. *op cit* (nota 10).

su mayoría estaban situadas en el Centro y Sur de la ciudad. Con tasas de mortalidad muy bajas y que nosotros denominamos como sector acomodado o alto.

La zona 2 (cuadro nº 7) engloba igualmente la totalidad de diez collaciones parroquiales, cuyas cifras de mortalidad presentaban tasas más elevadas entre 4,46 y 8,33 por cada 100 habitantes. Su situación geográfica en el mapa urbano estaba menos definida, existiendo tres núcleos separados entre sí, uno situado al oeste y norte de la ciudad correspondiendo a las parroquias de San Vicente, San Lorenzo y Omnium Sanctorum ; el segundo núcleo lo formaban las parroquias de San Juan de la Palma y San Román y el tercero estaba compuesto por cuatro parroquias situadas en este caso más próximas al este de la ciudad, como son San Esteban, San Nicolás, San Bartolomé y Santa Cruz. El conjunto de estos tres núcleos lo calificamos como sector medio.

La zona 3 (cuadro nº 8), es el sector más homogéneo en cuanto a su localización, formando un cinturón con las demarcaciones del Norte y Este y haciendo una pequeña incursión en parroquias cercanas al Centro de la ciudad, como Santa Catalina y Santiago. Esta agrupación parroquial por sus elevadísimas tasas de mortalidad las hemos designado como nivel bajo y sus cifras oscilaban entre un 10,10 % de la parroquia de San Bernardo y la cifra desorbitada de San Roque con el 21,30%.

En el sector 4 (cuadro nº 9) sólo incluimos al barrio de Triana que a su vez integra las muertes producidas en sus dos parroquias Santa Ana y Nuestra Señora de la O. Estas parroquias por sus tasas, en 5,77 por cien habitantes, debía pertenecer al sector medio, pero por sus peculiares características, como barrio de una gran entidad y situado al otro lado del Guadalquivir quisimos analizarlo aparte.

Por último sólo comentar que fuera de esta sectorización urbana nos quedaban las muertes producidas en otras zonas de la ciudad o limítrofes a ella de difícil catalogación, como haciendas, huertas, estaciones, etc., todas ellas fueron codificadas con el código 5 (cuadro nº 10) donde también incluimos las direcciones no identificadas o los casos en los que no constaba.

Un caso similar sucedía con un gran número de muertes cuya única dirección era un establecimiento benéfico (cuadro nº 11) en cuyo caso no podíamos incluirlo en el sector al que pertenecía por su localización, ya que consideramos que las condiciones internas de estos locales podía condicionar de alguna manera la causas de la muerte e incluso la presencia en él era altamente significativo, por estos motivos las muertes registradas en el Hospital Central, Hospital Militar, Manicomio, Hospital del Pozo Santo, así como otros asilos o establecimientos benéficos se codifican independientemente con el código 6 para su fácil identificación.

Sólo comentar que un establecimiento también benéfico como la

Casa de Expósitos, no la excluimos conscientemente de esta última codificación, asignándole un número independiente. Así las muertes de los niños de la Casa Cuna se registraron con el número 7, para comprobar la existencia o no de una posible influencia del establecimiento sobre ellas y conocer con mayor exhaustividad sus causas.

Para lograr esta codificación cada calle tuvo que ser identificada previamente, ratificando el nombre con los callejeros de la época, contemplándose los cambios nominativos que sufrió la nomenclatura en los cincuenta años, y una vez ratificada integrarla en su división eclesiástica para después incluirla en nuestra zonificación.

METODO

1. Medios utilizados.

Una vez realizada la codificación de cada una de las variables de la muestra procedimos al almacenamiento de la información en una base de datos creada de forma expresa, para que nos permitiese su análisis posterior. Con tal fin diseñamos una ficha de formato similar al empleado en la recogida de información aunque con algunas modificaciones por las características propias del medio. El fichero contenía las mismas variables que las contenidas en las fichas de trabajo, además de los campos reservados para la codificación de cada variable.

Para el procesamiento de los datos hemos utilizado un computador personal compatible, con 40 Mb de disco duro y 1 Mb de memoria RAM, disponible en el Departamento de Ciencias Socio-Sanitarias de esta Facultad.

2. Programas empleados.

La introducción de los datos y posterior manipulación se realizó con el programa DBASE III plus (27). El análisis estadístico de los datos lo hemos llevado a cabo con el paquete SPSS/PC plus (28) y LOTUS 1,2,3 (29).

3. Análisis realizado.

3.1. En primer lugar se realizaron tabulaciones simples de las variables sociodemográficas: sexo, edad y profesión, igualmente se procedió con la variable muerte, dirección y año.

3.2. En segundo lugar procedimos a realizar el cruzado de la variable muerte, con la actividad profesional y los distritos de la ciudad. En este mismo

27 DBASE III plus. versión 1.0. Ashton-Tate. Torrance, CA. 1.987.

28 SPSS Inc. SPSS/PC+ versión 2.0. Base Manual. Chicago IL: SPSS Inc.

29 LOTUS 1,2,3 versión 3, Lotus development corp. Cambridg, MA, 1.989.

sentido se cruzaron los distritos urbanos con la ocupación. En todos los casos calculamos el valor de Chi-cuadrado y el grado de significación estadística (p).

3.3. En tercer lugar se seleccionaron los grupos de enfermedades que presentaron las máximas frecuencias estratificándolas en todos los casos por sexo y edad. De la misma forma para estos grupos se comprobó su evolución cronológica a través de la incidencia que presentaba la variable año.

Con estos mismos grupos de mayor incidencia se realizaron cruces de las variables, enfermedad, profesión y distrito para cada uno de ellos.

3.4. En cuarto lugar se procedió a realizar de nuevo tabulaciones simples de todas las variables en este caso dividiendo el período en dos mitades desde 1.875 a 1.899 y desde 1.900 a 1.924, para su posterior contrastación. En ambos casos se calculó la edad media de la muerte.

3.5. En quinto lugar se analizaron independientemente por su elevadísima frecuencia, el grupo de edad "0" correspondiente a la mortalidad infantil, repitiéndose las mismas tabulaciones simples de las variables y el mismo tipo de cruce.

3.6. En sexto lugar tras la detección de unos años con una mortalidad excesiva, se procedió a comprobar mediante la fórmula propuesta por Dupâquier,

la existencia o no de crisis de mortalidad. Procediendo al análisis de dos años con un importante sobrante de muertes 1.887 y 1.907.

3.7. Por último hemos procedido al análisis de los diagnósticos de muerte desde el punto de vista semántico-documental, realizando una ordenación alfabética de los mismos y una representación gráfica en forma de árboles semánticos.

MODELO IMPRESO DE UN ACTA DE DEFUNCIÓN (30).

Acta núm En la ciudad de Sevilla, à las de la del día de de mil ochocientos ante el Sr. Don Juez Municipal del Distrito del Salvador de la misma, y Don Secretario comparecio Don natural de Provincia de de de edad, de estado profesión domiciliado en esta ciudad, calle número manifestando que natural de Provincia de de de edad y domiciliado en este Distrito, calle número falleció en su domicilio el día de à las de la à consecuencia de de la cual daba parte en debida forma, como.....

En vista de ésta manifestación y de la certificación facultativa presentada, el señor Juez Municipal dispuso se estendiese la presente acta de inscripción, consignándose a ello, ordenes de lo espuesto por el declarante, y en virtud de las noticias que han podido adquirirse, las circunstancias siguiente:

..... y que a su cadáver se le habrá de dar sepultura en el Cementerio de de esta ciudad.

Fueron testigos presenciales los mayores de edad y vecinos de esta ciudad Don natural de Provincia de domiciliado y Don..... natural deProvincia de domiciliado

Leida integramente este acta, é invitadas las personas que deben suscribirla à que la leyeran por si mismas si asi lo creian conveniente, sin que ninguno lo hubiese hecho, se estampó en ella el sello del Juzgado Municipal y la firmaron el señor Juez y de todo ello como secretario certifico.

[Firmas]

Abogado
Boticario
Catedrático
Comercio
Industrial
Ingeniero
Magistrado
Médico
Notario
Procurador
Propietario

Cuadro nº 1: Codificación profesional. Código 1 (Nivel Superior):
Profesiones incluidas ordenadas alfabéticamente.

Barbero
Cantante
Corredor (de comercio)
Dependiente
Dibujante
Empleado
Escribano
Escribiente
Fotógrafo
Maestro/a
Medidor
Músico
Negociante
Practicante
Práctico del puerto
Profesor
Profesor Mercantil
Sangrador
Teatro del
Telegrafista
Tenedor de libros
Tipógrafo
Torero
Tratante
Vendedor

Cuadro nº 2: Codificación profesional. Código 2 (Nivel Medio): Profesiones incluidas ordenadas alfabéticamente.

Aguador	Curtidor	Mecánico
Ajustador	Charolista	Minero
Alarife	Dorador	Obrero
Albañil	Electricista	Panadero
Alfarero	Encuadernador	Peluquero
Aparador	Escultor	Petaquero
Aserrador	Esquilador	Pintor
Cajista	Esterero	Platero
Calderero	Fogonero	Portero
Calero	Fumatero	Relojero
Camarero	Fundidor	Repartidor
Campo del	Guarnicionero	Sastre
Carbonero	Herrero	Sillero
Carnicero	Hojalatero	Sirvienta/e
Carpintero	Hortelano	Sombrerero
Carrero	Impresor	Tabernero
Cartero	Jardinero	Tallista
Cerero	Jornalero	Taponero
Cerrajero	Lampistero	Tejedor
Cigarrera	Lavandera	Tintorero
Cocinero	Mandadero	Tonelero
Cochero	Maquinista	Tornero
Confitero	Marinero	Trapero
Cordelero	Marino	Zapatero
Costurera	Marmolista	Zurrador
Criado		

Cuadro nº 3: Codificación profesional. Código 3 (Nivel inferior):
Profesiones incluidas ordenadas alfabéticamente.

Campanero
Carabinero
Eclesiástico
Guarda
Guardia
Guardia Civil
Militar
Policía
Policía Municipal
Religioso/a
Sacerdote
Sacristán
Soldado

Cuadro nº4: Codificación Profesional. Código 4 (Personal de Orden Público, Fuerzas Armadas y Clero): Profesiones incluidas ordenadas alfabéticamente.

Acogido/a
Asilado/a
Cesante
Costalero
Cudrillero
Estudiante
Fulista
Jubilado
Pensionista
Retirado
Su casa

Cuadro nº 5: Codificación profesional. Código 5 (Personal de difícil clasificación o no identificados): Profesiones incluidas ordenadas alfabéticamente.

<u>Parroquias</u>	<u>Tasas %</u>
San Miguel	1.09
San Isidoro	1.58
El Salvador	1.85
El Sagrario	2.12
La Magdalena	2.50
San Ildefonso	2.67
San Pedro	2.97
San Martín	3.04
San Marcos	3.19
San Andrés	3.58

Cuadro nº 6: Distritos de la ciudad. Zona 1 (Sector alto). Parroquias que lo integran con sus tasas de mortalidad en orden decreciente.

<u>Parroquias</u>	<u>Tasas ‰</u>
San Esteban	4.46
San Bartolomé	4.60
Omnium Sanctorum	4.70
San Vicente	5.89
San Román	6.52
San Juan Bautista	6.94
San Lorenzo	6.99
Santa Cruz	7.86
San Nicolás	8.33

Cuadro nº 7: Distritos de la ciudad. Zona 2 (Sector Medio). Parroquias que lo integran con sus tasas de mortalidad en orden decreciente.

<u>Parroquias</u>	<u>Tasas ‰</u>
San Bernardo	10.10
Santa Marina	10.58
Sta. M ^a de las Nieves	10.74
Santa Lucía	12.32
Santa Catalina	12.41
Santiago	14.41
San Julián	15.60
San Gil	19.32
San Roque	21.30

Cuadro nº 8: Distritos de la ciudad. Zona 3 (Sector Inferior): Parroquias que lo integran con sus tasas de mortalidad en orden decreciente.

<u>Parroquias</u>	<u>Tasas ‰</u>
Santa Ana	
	5.77
Ntra. Sra. de la O	

Cuadro nº 9: Distritos de la ciudad. Zona 4 (Triana): Parroquias que lo integran con sus tasas de mortalidad.

Huerta Capuchinos
Huerta la Romera
Huerta del Pilar
Huerta la Mulatilla
Huerta San Francisco
Huerta Comendador
Quinta Santa Teresa
Vega de Triana
Paso a Nivel
Estación de Ferrocarril
Apeadero
Empalme
La Cartuja
Carretera Pinichi
Alcantarillado de las Madejas
Los Barrios
Real Patronato
Canuto

Cuadro nº 10: Distritos de la ciudad. Código 5: zonas incluidas.

Hospital Central
Hospital Militar
Manicomio
Hospital del Pozo Santo
Hospital de San Juan de Dios
Asilo de San Fernando
Asilo de los Venerables
Hospital de San Lázaro
Hospital de la Santa Caridad
Albergue de Capuchinos
Hospicio de San Luis
Asilo de las HH de los Pobres

Cuadro nº 11: Distritos de la ciudad. Código 6: Establecimientos
 benéficos incluidos.

**III.- EVALUACION DE LA REALIDAD SANITARIA SEVILLANA A
TRAVES DEL ANALISIS DE MORTALIDAD**

Antes de iniciar la exposición pormenorizada de nuestros resultados hemos querido realizar una evaluación de la realidad sanitaria de la Sevilla de la época a través del análisis de unos textos con una intencionalidad muy clara, dar a conocer la situación higiénica de la ciudad, responsable de la elevada mortalidad y que ello nos sirva no sólo de preludeo, sino de base de los resultados obtendios.

EVALUACION DE LA REALIDAD SANITARIA SEVILLANA A TRAVES DEL ANALISIS DE LA MORTALIDAD

La excesiva mortalidad en la ciudad de Sevilla en la época que nos ocupa (1.875 - 1.924), fue el argumento que generó que durante más de treinta años, parte de la clase médica sevillana sensibilizada con tan grave cuestión, decidiera elaborar y difundir desde su escasa esfera de poder una serie de trabajos distantes entre sí en el tiempo, cuya primordial finalidad era hacer descender rápida y drásticamente la mortalidad en la ciudad, pero también con otra inequívoca intencionalidad, conmover a las autoridades civiles municipales y a la clase acomodada de la ciudad por considerar que ambas podían ser los artífices de gran parte del complejo entramado que convertían a la urbe de Sevilla en una de las ciudades más insalubres del mundo (1).

1 Este hecho lo atestiguan cada uno de los trabajos que vamos a analizar, pero donde es más manifiesto es en la obra de Angel Pulido Fernández, en una de sus gráficas donde Sevilla figura como la tercera capital del mundo por

El conocimiento de cada uno de estos trabajos nos ha llevado a realizar un análisis de sus contenidos. Treinta y dos años separan el primero de ellos, publicado en la segunda mitad del siglo XIX, en 1882, presentado al Congreso Médico Internacional, celebrado en Sevilla, del último que disponemos, realizado ya en la segunda década del siglo XX, en 1914.

Aunque no existen en su esencia una enorme diferencia, no todos los textos podemos considerarlos con el mismo valor, tanto por su extensión, por los autores que lo realizaron, así como por el destino para los cuales se efectuaron. Pero si podemos afirmar sin género de dudas que todos ellos se plasmaron con la doble intencionalidad que ya hemos mencionado. Todos ellos fueron igualmente el medio de expresión de una preocupación vigente durante casi siete lustros en círculos científicos de la ciudad, donde se ponía de manifiesto la impotencia de unos profesionales sanitarios contrariados con el estado higiénico de la ciudad donde vivían, que contrastaba con la impasibilidad de las autoridades municipales, por lo infecundo o inexistencia de sus actuaciones y con una clase adinerada que por sus características peculiares se hallaba absolutamente ajena al problema.

De los once textos analizados su extensión y destino, son dos variantes que nos ha permitido enmarcarlos. Es evidente que no puede entenderse sin tener

sus elevadas cifras de mortalidad sólo superadas por dos ciudades de la India, Calcuta y Bombay. PULIDO FERNANDEZ, Angel. *Sanearniento de poblaciones españolas. Sevilla* (Huelva, Cádiz, Málaga, Granada, Bilbao, Zaragoza, Valladolid, etc.). Madrid, Velasco. 1.902. p. 59.

en consideración las circunstancias bajo las cuales se realizaron y hacía quién iban dirigidos. No podemos hacer el mismo tratamiento al trabajo efectuado para su exposición en un congreso cuya propia extensión dificulta hacer un análisis en profundidad, a un texto cuya finalidad era la opción a un premio convocado por el Ateneo, con otra obra cuya única intencionalidad era hacer un estudio exhaustivo del estado higiénico de la ciudad.

1. Comunicaciones al Congreso Médico Internacional de Sevilla

Con motivo de la celebración del Congreso Médico Internacional en la ciudad de Sevilla durante el mes de Abril de 1882 (2), se presentaron tres comunicaciones a una ponencia denominada "*Causas de la excesiva mortalidad de la primera infancia en las grandes ciudades y medios de atenuarlas*" sus autores Adame (3), Puelles (4) y Novella (5) fueron los portadores de dar a

2 Este Congreso fue el primer Congreso médico Internacional celebrado en España y tuvo lugar entre los días 9 y 15 del mes de Abril de 1.882, actuando como presidente el entonces Director de la Escuela Provincial de Medicina de Sevilla, Antonio Rivera Ramos (1.815 - 1.887), como Secretario General, Rafael Tuñón de Lara (n.c. 1.843) perteneciente al cuerpo de Beneficencia Municipal y como Secretario de Actas, José Madera y Montero (1.837 - 1.906), Subinspector del Cuerpo de Sanidad Militar. Esta reunión científica tuvo bastante aceptación tanto a nivel nacional e internacional como se demuestra por la lista de asistentes al mismo. cf: *Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla*. Sevilla. Imp. Santigosa, 1.882. pp 22-36.

3 Francisco Domínguez Adame (1.850 - 1.905) era catedrático en la Escuela Provincial de Medicina de Sevilla donde impartía la asignatura de "Operaciones". Jefe del Dispensario de Ginecología y Decano de la Facultad de Medicina de Sevilla. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de Sevilla (AHFMS). *Expedientes terminados*. Letra D nº 17. *Titulos* fols 61-61v.

conocer las causas que llevaban a la muerte de la población menos favorecida de la sociedad y así mismo exponer las soluciones para hacerla disminuir. Las tres memorias, excepto por algunos matices que carecen de interés, fueron realizados siguiendo la misma línea, por unos profesionales cuyas actividades primordiales era la asistencia al enfermo y por tanto conocedores de la realidad. Utilizando un plano estrictamente teórico, en una primera parte exponen las principales causas por las cuales fallecían gran parte de la población infantil, donde todas coincidían en señalar que las causas de tan elevada mortalidad en las grandes ciudades se debían a tres factores fundamentales, la influencia de la herencia, las deficiencias de las viviendas y la mala y escasa alimentación. Haciendo una comparación entre la penuria de la clase obrera en una gran ciudad y fuera de ella, son igualmente coincidentes en insistir que existía un influjo negativo de la ciudad que las potenciaba enormemente.

"¿Y tiene la casa del obrero de la ciudad condiciones que

-
- 4 No hemos podido identificar a este autor; la única referencia que tenemos es su comunicación al Congreso pero donde no figura ni como socio numerario, ni como "socio suscriptor". Tampoco estuvo presente en las sesiones del mismo ya que su comunicación fue leída el 13 de Abril por el Secretario de la mesa Seraffín Buissen (Madrid).
 - 5 Manuel Novella era médico numerario por oposición de la Beneficencia Municipal y del ferrocarril, Vicepresidente de la 1ª sección de la Academia Médico-Quirúrgica Española y figuraba inscrito en el Congreso como socio numerario, representando al Ayuntamiento de Madrid. *op cit* (nota 2). Aunque no ejercía su profesión en la ciudad de Sevilla, lo hemos incluido en los textos a analizar por ser su ponencia de las mismas características que las anteriores, comprobando además, que no existía diferencia entre las grandes ciudades a la hora de morir.

garanticen siquiera sea medianamente, el desarrollo de la vida de sus hijos? Nò y mil veces nò. Parece ésta construida para lograr el efecto contrario." (6).

Con estas palabras se expresaba Adame en su discurso pronunciado en la sesión de la mañana del 13 de Abril donde continuaba diciendo:

"... no hay mas ventanas, ni mas tragaluz, ni mas ventiladero que la puerta... Al pié de aquellas puertas y estrechos corredores que limitan rústico barandage de madera, se ven a centenares las criaturas que salen á respirar un poco de aire fuera de sus reducidos calabozos. Dentro de estos viven rebujados, el padre, la madre y los hijos... allí respiran todas aquellas criaturas desheredadas, aire que asfixia y que envenena..." (7).

Con este testimonio hacía una descripción de una habitación donde desarrollaban la vida cotidiana una familia obrera, que por las características del ponente con toda seguridad se trataba de la descripción de una vivienda de la clase proletaria de la ciudad de Sevilla, aunque realmente podía tratarse de cualquier otra gran urbe.

Ese mismo día, una disertación presentada por Puelles, era leída ante los asistentes al congreso, por el Secretario Buissen, donde con el mismo tono

6 ADAME. Causas de la excesiva mortalidad de la primera infancia en las grandes ciudades y medios de atenuarlas. En : *Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla*. Sevilla Imp. Santigosa, 1.882. pp 225-226.

7 ADAME. *Ibidem*. p 226.

enfático comenzaba así:

"Señores:

¿Quién de vosotros no ha sido llamado una y mil veces á asistir inocentes angeles de la desdicha, en los oscuros sotabancos de los barrios extremos? ¿Quién no ha visto á uno de esos desheredados de la fortuna,... bajo techumbre por donde se resume el agua de los tejados..."(8).

Al hacer la lectura de los textos podemos hacernos varias cuestiones que nos van a permitir enmarcarlos dentro de un contexto. ¿Puede afirmarse que en estos trabajos sus autores realizan un análisis profundo de la realidad o por el contrario son meros discursos intelectuales inmersos en el contexto de un congreso?

¿Se trata de posturas enfáticas, de lucha, contra tan penosa situación, o simplemente unos trabajos realizados por una élite para ser expuestos en una reunión científica internacional?

Para poder responder con exactitud a estas preguntas tendríamos que hacer un perfil exhaustivo de sus autores, que por las características de este trabajo, no entra dentro de nuestros objetivos, aunque podemos deducir que como médicos eminentemente prácticos, presumiblemente, eran conocedores de la realidad de la ciudad donde vivían y prestaban sus servicios, pero sus trabajos son

8 PUELLES. Causas de la excesiva mortalidad de la primera infancia en las grandes ciudades y medios de atenuarlas. En: *Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla*. Sevilla. Imp. Santigosa, 1.882. pp 231-232.

realmente discursos intelectuales con la intencionalidad de ser expuestos ante una variopinta colectividad internacional, donde sus argumentos son absolutamente teóricos y sus soluciones moralizantes. Es por tanto de lamentar que no aporten elementos cuantificables que podían ser de gran utilidad. Aunque hay que tener en consideración que la extensión de la comunicación no les permitió más profundidad y que el medio de expresión tal vez no fuera el más idóneo para exponer la aridez que conllevan las cifras, por otra parte, no es fácil reconocer a nivel internacional, que su propia ciudad es un punto negro en el mapa sanitario europeo (9).

La respuesta a la segunda de las preguntas, queda sobradamente expuesta. Es notoria la preocupación de la clase médica y su incapacidad para solucionarlo, así la segunda parte de los trabajos la utilizan para transmitir esa sensibilidad y reclamar soluciones reales a los poderes públicos, Estado, Diputaciones, y Municipios, cuyos representantes se hallaban presentes en el Congreso y hacia quien fueron dirigidas las más duras críticas como máximos

9 Tras la lectura de la comunicación presentada por Adame intervino Bartolomé Robert (Barcelona) para confirmar que España era la nación de Europa con cifras de mortalidad más altas constituyendo "un punto negro en el Mapa Sanitario de Europa". *Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla*. Sevilla. Imp. Santiagoasa, 1.882. pp 230-231.

El 14 de Abril tras la presentación de la memoria de Novella, tomó la palabra Rafael Tuñón para afirmar una vez más que si la mortalidad era grande en España, en Sevilla, la cifra de mortalidad superaba el 50% entre los niños de 1-7 años según estadística realizada por él mismo, entre los años 1.871 - 1.875, estudio que no hemos podido localizar. *Actas del Congreso Médico Internacional de Sevilla*. Sevilla. Imp. Santiagoasa, 1.882, pp 315-316.

responsables de ello.

"¡Hombres que regís los destinos de los pueblos, el niño os pide justicia, el niño os implora caridad...! (10).

2. La obra de Felipe Hauser

Meses más tarde, en ese mismo año de 1882, salió a la luz pública, la extensa obra editada por el médico húngaro Felipe Hauser *"Estudios médico-topográficos de la ciudad de Sevilla"*. Esta obra publicada en dos volúmenes forma parte de la tradición ya iniciada de las topografías médicas. Su autor tras realizar una visita a la ciudad de Sevilla y observar las pésimas condiciones higiénicas en las que se encontraba la localidad, decidió cambiar su residencia en Gibraltar para establecerse en esta capital en el mes de noviembre de 1872 (11). Llevado exclusivamente por un afán científico, y como el mismo expresaba en la introducción de la obra, poder conocer los condicionantes climáticos y sanitarios

10 ADAME. *op. cit* (nota 6) p 229.

11 Así lo expresaba en sus "Memorias autobiográficas de un médico después de haber cumplido los 66 años de ejercicio profesional" cf. CARRILLO JL, BERNAL E, BONILLA I. *Felipe Hauser Memorias autobiográficas*. Sevilla, Universidad de Sevilla, 1990.

y su íntima relación con ciertas enfermedades, llevó a cabo éste estudio (12). El primer volumen con 11 capítulos y 434 páginas lo dedica a los aspectos exclusivamente médicos, mientras que el segundo volumen algo más amplio, a los aspectos médico-sociales.

Dentro del primer volumen, el extenso capítulo que dedica a la mortalidad es el objeto de nuestro análisis. Utilizando los partes de enterramientos remitidos al Ayuntamiento por los capellanes de los dos cementerios existentes en ese momento en la ciudad, durante los años 1870-76 y siguiendo la teoría pettenkoferiana y por tanto la doctrina telúrica, realiza una clasificación nosológica para poner de relieve las causas inherentes al clima teluro-atmosférico.

Haciendo uso de una realidad manifiesta como son las causas de defunciones recogidas de los partes remitidos al Ayuntamiento, analiza cada una de ellas distribuidas por años y en las distintas parroquias del municipio, con la finalidad de hacer resaltar la desigualdad existente entre los sectores de la ciudad argumentando varios factores como responsables de la mortalidad, clase social a la que pertenecen, calidad de la vivienda, densidad de población y condiciones higiénico-sanitarias, confirmando que existía una menor mortalidad en aquellas

12 HAUSER, Ph. *Estudios Médico-topográficos de Sevilla, acompañados de un plano sanitario-demográfico y 70 cuadros estadísticos*. Sevilla. Tipografía del Círculo Liberal, 1.882.
HAUSER, Ph. *Estudios Médico-sociales de Sevilla, acompañados de 90 cuadros estadísticos*. Madrid, Imprenta de Manuel Ginés Fernández; 1.884.

zonas de la ciudad habitadas por una clase privilegiada, que tenían menor densidad de población y gozaban aunque fuera mínimo de un sistema de cloacas.

Así mismo establece una relación entre la mortalidad y el estado meteorológico. En capítulos separados analiza la mortalidad hospitalaria, en el presidio y en la casa cuna para terminar con 16 conclusiones donde resalta las principales causas de mortalidad, sus elevadas tasas y la importancia de la mortalidad infantil cuya tasa en relación con la general era de 227 por mil.

En esta obra puede apreciarse que fue realizada con la máxima rigurosidad; su importancia radica en el profundo y exhaustivo análisis que hace de la realidad higiénico-sanitaria de la ciudad.

Hauser desde una posición privilegiada como médico de la aristocracia y alta burguesía sevillana (13), tal vez no fuera conocedor directo de las viviendas y las miserias de los indigentes que ocupaban las zonas marginales de la ciudad, pero esto no constituyó ningún inconveniente a la hora de realizar su obra, ya que su excelente formación adquirida en varias universidades europeas, la

13 cf. CARRILLO JL *et al.* op cit (nota 11).
MORAL, Carmen del. *Las relaciones sociales de Felipe Hauser para su obra científica.* (Trabajo inédito).
Igualmente estamos realizando en el Departamento un estudio sobre Hauser, utilizando las actas de defunciones firmadas por él para comprobar la clase social de los pacientes que Hauser asistía a través de las profesiones que figuran en dichas actas.

utilización de datos tomados directamente de los partes de cementerios, así como el saber rodearse de un número de personas expertas en otros campos, fueron determinantes para hacerle conocer la realidad sanitaria de Sevilla y poder elaborar su obra tras una labor de años. Otro punto a tomar en consideración es su condición de extranjero que por algunos fue considerado como una contrariedad (14), mientras nosotros lo hemos valorado como algo positivo, porque le permitió utilizar los datos con la máxima objetividad, sin ser llevado por sentimentalismos hacia la patria chica y poner así de manifiesto la cruda realidad.

3. La ciudad de Sevilla vista por Sánchez Pizjuán

Tras la promulgación por el Ministerio de la Gobernación de la Real Orden del 20 de Marzo de 1894 (15), por la cual se ordenaba a los Municipios de las grandes poblaciones a realizar un estudio, con carácter urgente (16), con

-
- 14 HAUSER, Ph. *Madrid bajo el punto de vista médico-social*. Introducción por Carmen del Moral. Madrid. Editora Nacional, 1.979. 2 vols Carrillo, JL *et al op cit* (nota 11) p 17.
 - 15 Real Orden del 20 de Marzo de 1.894 (*Gaceta de Madrid*.) nº 81, 22 de Marzo de 1.894. pp 1102-1103.
 - 16 La ley imponía a los Municipios de todas las capitales de provincia y cabezas de partido judicial que convocaran a las Juntas Municipales de Sanidad el 1º de Abril de ese mismo año, con la asistencia de los Subdelegados de Medicina, Farmacia y Veterinaria. En dicha reunión debían designar a dos personas que eleboraran un informe durante ese mes de Abril para ser remitido al Ministerio de la Gobernación. *Ibidem*.

el objetivo de conocer el estado higiénico de la localidad, para preservar la salud y prevenir las enfermedades; y en cumplimiento de ello, el Ayuntamiento de Sevilla comisionó a uno de sus médicos de la Beneficencia Municipal para llevar a cabo la ejecución del proyecto. El encargado de su redacción fue el Catedrático de Quirúrgica de la Universidad Hispalense Francisco Sánchez Pizjuán (1.859 - 1.918), quien ante el planteamiento expuesto presentó un escrito titulado "La ciudad de Sevilla" (17).

Los tres parámetros que nosotros hemos introducido para el análisis de los textos, autor, extensión y destino o finalidad de los mismos, como en los demás estudios aquí también sirvieron de condicionantes.

El autor Francisco Sánchez Pizjuán era médico de la Beneficencia Municipal y compartía su labor asistencial con la de docente como Catedrático de Patología Quirúrgica en la Facultad de Medicina de esta capital (18). En este

-
- 17 SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *La ciudad de Sevilla. Informe presentado al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación en cumplimiento de la R.O. de 20 de Marzo de 1.894 redactado por el Dr. D* Sevilla, Gironés, 1.899. Con anterioridad a ésta tirada aparte, se publicó en fascículos en la Revista Médica de Sevilla, en 1.895, inmediatamente después de ser redactado. cf. SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *La ciudad de Sevilla. Rev. Med. de Sevilla*, 24: 73-75; 106-109; 143-147; 171-175; 200-205; 230-235; 271-281; 295-305; 332-343; 361-374. 1.895.
- 18 Francisco Sanchez Pizjuán nació en Sevilla el 24 de Marzo de 1.859. Licenciado en Medicina por la Escuela Provincial de Sevilla en 1.887 con la calificación de Sobresaliente. Archivo Histórico de la Facultad de medicina de Sevilla. AHFMS. *Expedientes Terminados* Letra S. nº 44. Por Real Orden de 12 de Noviembre 1.890 y tras concurso fue nombrado Catedrático de Clínica Quirúrgica y el 31 de Enero de 1.902 se le confiere la propiedad de dicha cátedra. AHFMS. Títulos. fols 98v-99v.

caso hay que hacer una reflexión más profunda y preguntarse, no simplemente que condicionó al autor a realizar el proyecto, sino que motivos incidieron para ser elegido por el municipio , ya que llama poderosamente la atención que no fue una persona que hasta entonces, hubiera mostrado interés por la higiene, existiendo en la ciudad otras personas más vinculadas con el tema.

Aunque realmente la respuesta a esta pregunta creemos que no es muy compleja; el Ayuntamiento precisaba cumplir las exigencias dadas por el Ministerio y pensamos que utilizó casi con toda seguridad el exclusivo criterio de ser Sánchez Pizjuán médico de la Beneficencia Municipal, y vocal de la Junta de Sanidad, sin cuestionarse otros planteamientos. En el caso del autor puede obviarse que ante tal coyuntura simplemente sintió la necesidad de colaborar con el Municipio en la medida de sus posibilidades.

La finalidad del trabajo, como en la mayoría, estaba establecida a priori, pero con otra variedad, que al ser un estamento oficial superior, el Ministerio, para el cual había que realizarlo, le incorporaba un carácter

Médico de la Beneficencia Municipal en la Casa de Socorro de la Plaza de la Constitución nº 15. Vocal de la Junta de Sanidad.

cf. MENDEZ BEJARANO, M. *Diccionario de escritores, maestros y oradores naturales de Sevilla y su actual provincia*. Sevilla, Gironés, 1.922-25 pp 376-377. Vol II.

También puede consultarse. TANHAUSER. Dr. D. Francisco Sanchez Pizjuán. (Apuntes para una semblanza) *Rev. Med. Sevilla*, 18: 183-188, 1.892. SANCHEZ PIZJUAN. *Rev. Med. Sevilla*, 71: 277-218; 1.918.

reglamentario que coartaba el tiempo de elaboración y limitaba la extensión (19).

Unas normas estrictas y un tiempo excesivamente limitado le condujeron a redactar un trabajo apresurado, en cuya lectura se aprecia un intento de satisfacer las obligaciones expuestas en la ley de ser "*metódico, claro y conciso*" (20), aunque carente en absoluto de datos originales. A pesar de que analiza las circunstancias que pueden conducir a la excesiva mortalidad, no se detiene en ella y lo reduce a tres cuadros estadísticos donde figuran las cifras absolutas de las muertes ocurridas durante el trienio de 1.889-91 distribuidas, eso sí, en las 29 parroquias de la ciudad, Hospitales y casa-cuna, con la distinción de hombres, mujeres y párvulos. No hace diferencia de edad, ni causas, realizando una sólo aclaración numérica de las parroquias de máxima y mínima mortalidad que correspondieron respectivamente a Sta Ana y la O; San Miguel y Sta Lucia (21). No introduce ningún otro elemento clarificador (22), es más es incluso

19 En las Reglas 2ª, 3ª y 4ª de la R.O. (loc. cit nota 15), queda reglamentado el tiempo de elaboración del informe que debía ser efectuado por dos personas, una perteneciente a la clase médica o farmacéutica y otra que podía ser arquitecto o en su defecto maestro de obras con título aunque todos debían ser "peritos en la ciencia de la higiene". En el caso de Sevilla sólo se nombró a Sánchez Pizjuán como Vocal de la Junta de Sanidad.

20 *op. cit* (nota 15). Regla segunda de la R.O.

21 SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *op. cit* (nota 17) pp 47-53.

22 Únicamente hace una aclaración entre los nacimientos y defunciones y la proporción entre ellos, que para estos años 1.889-91, existe un crecimiento negativo.

censurable que a la muerte, como indicador de la nefasta higiene de la ciudad le dedique tan poca atención.

Con su trabajo cumple los objetivos marcados y expone de una manera clara y crítica la descripción de la ciudad de Sevilla desde el punto de vista higiénico, sin detenerse como ya hemos dicho en su causa más directa la muerte, expone las malas condiciones de vivienda que padecen sus moradores obreros, la despreocupación del Municipio por la limpieza, el hacinamiento y la mala alimentación, como se expresaba en el texto.

"... no son muy viejos los que pueden asegurar haber visto en las poblaciones basureros tradicionales y a los municipios discutir acaloradamente economías en los presupuestos para la limpieza de las calles." (23)

Su testimonio acerca de la vivienda lo hace con estas elocuentes palabras:

"... sin tener en cuenta el aire que necesita una familia para respirar, ... echó tabiques, intercaló techos dentro de esas oquedades sin luz, sin atmósfera y sobre un suelo siempre húmedo, un montón informe de colchones, víveres y utensilios de cocina, hombres, niños y mujeres." (24).

Cuando habla de la alimentación del obrero en Sevilla se manifiesta

SANCHEZ PIZJUAN, Francisco. *op. cit* (nota 17) p 53.

23 *Ibidem.* p 6.

24 *Ibidem.* p 14.

así:

"... podemos asegurar que aquí se come poco y malo." (25).

4. La contribucion de Francisco Laborde

Tuvieron que transcurrir más de veinte años desde que saliera publicada la obra de Hauser, para que volviera a reflexionarse en profundidad sobre el lamentable estado higiénico-sanitario en el que se encontraba la ciudad de Sevilla. Fue Francisco Laborde (26), como inspector sanitario de la compañía sevillana de saneamiento y urbanización, quién ante una red de alcantarillado que no se consolidaba, en 1902 elaboró esta obra que llevaba como subtítulo "*¿Cómo y porqué se muere en Sevilla?*" (27).

25 *Ibidem.* p 35.

26 Francisco Laborde y Winthuysen (1.853 - d 1.923), nació en Cádiz el 21 de Mayo de 1.853. Se licenció en Medicina en la Facultad de Cádiz (Universidad de Sevilla) en 1.872. Médico 2º del cuerpo de Sanidad Militar 1.877. Desarrolló su labor docente como profesor en las cátedras de Patología Quirúrgica, Patología Médica y Enfermedades de la Infancia. Para terminar como Catedrático de Higiene Privada y Pública.

AHFMS *Libro de títulos, méritos y servicios del Personal de la Escuela* fols. 76-77; *Expedientes de catedráticos y auxiliares*, leg. 75; *Expedientes*, leg 76.

27 COMPAÑIA SEVILLANA DE SANEAMIENTO Y URBANIZACION. OBRAS DEL ALCANTARILLADO. *Memoria de la Inspección Sanitaria de la Compañía acerca del estado higiénico de la ciudad durante el decenio de 1.890 a 1.900 en que empezaron las obras. Cómo y porqué se muere en Sevilla.* Sevilla, Gironés, 1.901.

COMPANIA SEVILLANA DE SANEAMIENTO Y URBANIZACION. *Memoria de la Inspección Sanitaria de la Compañía acerca del estado*

Varios años antes, en 1898 (28), también Francisco Laborde, en un dictamen acerca del proyecto de alcantarillado, ya argumentaba la presencia de los elementos contaminantes del subsuelo de Sevilla y exponía la verdadera situación sanitaria de la ciudad. En él, vertía toda la responsabilidad del proceso de insalubridad en el que se hallaba la capital a un suceder de abandono durante años que culminó con la entrada del agua al no haberse previsto los desagües y exponía las ventajas de un buen alcantarillado (29) que suprimiría las condiciones anti-higiénicas del subsuelo, y su más inmediata consecuencia, la disminución de la mortalidad, siendo para él, por tanto, de máxima urgencia el drenaje del mismo.

"... la urgencia con que Sevilla reclama, que se desee y sanee su

higiénico de la ciudad desde 1.890 a 1.902. Cómo y porqué se muere en Sevilla. Parte segunda. Sevilla, Gironés, 1.902.

- 28 LABORDE WINTHUYSSSEN, Francisco. *Dictamen que el Dr. Don Catedrático de Higiene formula acerca del Proyecto de alcantarillado de Sevilla a instancias de su peticionario de dichas obras, Don José M^a Cala y Bernal.* Sevilla, papelería Sevillana, 1.898.
- 29 Sobre el alcantarillado puede consultarse sus artículos publicados en revistas científicas y en la prensa de divulgación.
LABORDE, F. Indicaciones del Saneamiento y estado actual de la Ciudad de Sevilla. *Rev. Med. Sevilla*, 34: 263-271; 289-297. 1.900. Es el mismo texto publicado en 1.898.
LABORDE, F. Sistemas empleados de evacuación y condiciones que deban reunir un buen alcantarillado. *Rev. Med. Sevilla*, 34: 57-67; 139-150. 1.900
LABORDE, F. Proyecto de alcantarillado de Sevilla *Rev. Med. Sevilla*, 35: 57-67; 139-150. 1.900.
LABORDE, F. El alcantarillado de Sevilla al alcance de cuantos lean y discurren por el Dr.[Artículos publicados en el diario El porvenir]. Sevilla, Gironés, 1.900.

subsuelo, que por circunstancias especiales, es hoy un verdadero putridero, que se disminuya su enorme cifra de mortalidad..." (30).

Bajo este planteamiento elaboró ésta memoria, que como él mismo califica se trata de un trabajo estadístico, donde se aprecia una total asimilación de la obra de Hauser. Para llegar al conocimiento de las causas de la elevada mortalidad, utiliza el mismo esquema trazado años antes por el médico húngaro, tomando igualmente como base los censos parroquiales y analizando las circunstancias que concurren en cada certificado de muerte, aseguró que el abastecimiento de aguas vino a ser en Sevilla una causa de enfermedad y muerte , produciendo grandes perjuicios para la ciudad (31).

Básicamente, no fueron muy diferentes las motivaciones que indujeron a Laborde a realizar su estudio para la compañía de saneamiento y urbanización del empleado por los autores ya analizados.

El punto de partida, como ya expresábamos, fue el proyecto de alcantarillado donde la compañía utilizó una argumentación sanitaria para sus fines especulativos, aunque hay que precisar y valorar en su favor que supo elegir a la

30 LABORDE, F. *op. cit.* (nota 28) p. 14.

31 Laborde asegura en todos sus artículos que el abastecimiento de aguas produjo en Sevilla un gran perjuicio, elevando sobre manera la mortalidad convirtiendo el subsuelo en un foco de insalubridad.cf COMPAÑIA. *op. cit.* (notas 27). LABORDE,F. *op. cit.* (nota 28 y 29).

persona, quizás más idónea y cualificada en ese momento en la ciudad y supo también darle los incentivos necesarios para que realizara un estudio en profundidad y conseguir para sí, la realización del proyecto, pero mejorar también la caótica situación higiénica de la capital.

Laborde, médico higienista, dedicado a la docencia en la Facultad de Medicina de esta Universidad, como Catedrático de Higiene, impartía la asignatura de Higiene privada y pública (32); desde hacía años venía desarrollando su labor docente conjuntamente a una labor estadística de importancia (33) y años más tarde llegaría a ser Inspector Provincial de Sanidad. No es por tanto nada de extrañar que el desarrollo del trabajo le fuera encomendado.

Bien es cierto que no hemos llegado a establecer la vinculación de

-
- 32 Sobre Laborde y su labor docente puede consultarse: CARRILLO JL. *Problemas de Salud, Regeneracionismo y Saneamiento en Sevilla: La obra sanitaria de Francisco Laborde y Winthuytssen (1.853 - d 1.923)*. (Inédito).
- 33 Con cierta regularidad eran publicados estadísticas de nacimientos y muertes en la Revista médica de Sevilla firmados por el Dr. Laborde. Los primeros datan de la Semana del 4-10 de diciembre de 1.882 apareciendo la última con su rúbrica en 1.903. El formato y el contenido cambia a lo largo de todos los años. En ellos queda reflejada la población total, los óbitos distribuidos, en la población y los hospitales así como los nacimientos en legítimos e ilegítimos, varones y hembras: cf [LABORDE].
Mortalidad desde 4 al 10 de Diciembre de 1.882. *Rev. Med. Sevilla*, 1:176; 1.882.
LABORDE. Estadística demográfica de Sevilla *Rev. Med Sevilla*, 38: 458. 1.902.
En todos los años intermedios aparecen con irregularidad unas veces publicados por semanas y otras por meses.



Laborde con dicha compañía, tal vez fuese simplemente un asalariado suyo o tal vez parte interesada en la misma, sea cual fuese su conexión, no le condicionó para desarrollar un buen trabajo y exponer de una forma dramática el estado lamentable de la ciudad.

Su obra consta de dos tomos en cuyo estudio introductorio analiza las causas fundamentales que convertían a Sevilla según sus palabras "*en una pequeña Lutecia*" (34), donde afirma la necesidad de conocer, no las cifras absolutas de defunción de una población, sino descomponerla en causas para comprobar si dependen de enfermedades evitables y por tanto subsanables higienizando.

Tras hacer una visión general de la obra, observamos la existencia de una identificación y asimilación de la Topografía Médica de Hauser, donde no apreciamos que aporte grandes novedades (35), a pesar de ello hemos llegado al convencimiento de que su dictamen queda plenamente justificado, donde demostró que en ese enorme lapso de tiempo, desde la publicación de la obra de Hauser, la ciudad de Sevilla no había sufrido modificaciones sustanciales positivas, como hubiera sido de esperar, todo lo contrario, la situación había ido empeorando con los años, intensificándose el enorme problema de la mortalidad, que producían

34 COMPAÑIA. *op. cit* (nota 27) tomo I, p 8.

35 Laborde introduce un elemento usado también por Hauser, en menor medida, que es el nivel o altura de la parroquia, llegando a la conclusión que no influye para nada en el grado de salubridad. cf.d COMPAÑIA. *op. cit* (nota 27) Tomo II, p 30.

en la ciudad un crecimiento demográfico negativo (36).

Con estas palabras halagadoras a la obra de Hauser y la nula influencia de la misma se expresaba:

"... dotó a Sevilla de una verdadera joya , publicando su obra de Estudios Médicos Topográficos de ésta ciudad, y gracias a ellos puede en la actualidad observarse, con verdadero espanto, el gran aumento que la mortalidad ha ido sufriendo desde 1.880, año a que alcanzan sus estudios, hasta la fecha. Poco o nada ha influido, sin embargo, su obra en las determinaciones higiénicas de ésta ciudad" (37).

5. El informe de Angel Pulido Fernández

En Septiembre de 1.901 el entonces Director General de Sanidad, Angel Pulido Fernández (1.853 - 1.932), realizó una visita técnica a Sevilla (38), su presencia en la ciudad fue motivada por la denuncia antepuesta ante el Ministerio de la Gobernación por la liga de propietarios de la capital a consecuencia del perjuicio y las molestias que ocasionaban las ya iniciadas obras del

36 COMPAÑIA *op. cit.* (nota 27) Tomo II, p. 21
PULIDO FERNANDEZ, Angel. *op. cit.* (nota 1) p 60.

37 COMPAÑIA. *op. cit.* (nota 27). Tomo I, p 7.

38 La visita que realizó Pulido a esta ciudad tuvo lugar en Septiembre de 1.901, con una duración de 10 días, durante este período de tiempo como él expresa en su memoria intentó hacer un juicio crítico de la situación escuchando a todas las esferas sociales.

alcantarillado. Tras realizar una inspección sanitaria, meses más tarde le llevaron a redactar una memoria cuyo resultado se publicó a comienzos de 1.902 (39).

Al hacer una lectura de la misma comprobamos que hace un análisis exhaustivo del proyecto de alcantarillado, recomendando su pronta ejecución y desechando las quejas injustificadas de la liga de propietarios (40).

Como el mismo expresaba en su obra, el capítulo relativo a la mortalidad de la ciudad fue elaborado con datos tomados de Hauser y Laborde para años anteriores, así como por los oficiales suministrados por el Instituto Geográfico y Estadístico para 1.900 y los contenidos en la Dirección General de Sanidad remitidos por el Ayuntamiento.

Aunque éste capítulo tenga un menor valor para nosotros, ya que sus datos no aportan nada novedoso, es indispensable su mención. Su importancia radica en la intencionalidad que el autor quiso darle a su obra, es decir, dar a

39 Su memoria fue publicada en Madrid en 1.902, y tuvo por título: *Saneamiento de poblaciones españolas, Sevilla* (Huelva, Cádiz, Málaga, Granada, Bilbao, Zaragoza, Valladolid, etc.) por el Excmo. Sr. D. Angel Pulido Fernández, Director General de Sanidad. Madrid, Velasco, 1.902.

40 Con estas palabras se expresaba: *"En resumen, la Dirección General de Sanidad, que ha ido a Sevilla, ha estudiado el problema sanitario con todo el interés y profundidad que atestigua la Memoria, ha formado su convicción, y cree que en esta ciudad hay planteado un problema de índole puramente económico y una lucha siempre natural en toda reforma progresiva, reducida a que un número más o menos considerable de propietarios se resiste a los gastos que lleva consigo una mejora muy necesaria a la vida..." Ibidem p 241.*

conocer y vulgarizar la higiene y lo más destacable es que quiso conseguir vencer la resistencia de las autoridades municipales competentes y obtener para la ciudad una merecida respuesta, ya que hasta entonces los trabajos anteriores habían resultado infructuosos (41).

Con estas palabras se expresaba en el prólogo que antecede al trabajo:

"Si este libro, circulando profusamente por España, y catequizando incrédulos y analfabetos en higiene, consigue hacer creyentes para la Sanidad entre alcaldes y concejales, y despierta en ellos el deseo de curiosear la mortalidad de sus municipios, las causas que la producen y la necesidad de remediarlos, creeré haber prestado a mi patria un grandísimo servicio..." (42)

Otro aspecto a tomar en consideración, que le hace tener también una importancia relevante, es la confirmación y asimilación de los datos obtenidos como propios y corroborar una vez más la decadente higiene pública en la que

41 Tenemos constancia por su propia memoria del escaso efecto que habían producido los trabajos anteriores pero algo más grave nos quedó como testimonio en 1.914 en el discurso de Ingreso a la Real Academia de Medicina de Marqués Chaparro, donde asegura que la obra de Pulido tuvo gran publicidad pero que a pesar de ello no se había conseguido nada. MARQUEZ CHAPARRO, Gumersindo. Necesidad de generalizar el estudio de la higiene para procurar el desarrollo de Sevilla *Discurso leído ante la Real Academia de Medicina de Sevilla*. Sevilla. Imp. A. Guerra, 1.914, p 10.

42 *op. cit.* (nota 39). Prólogo.

había hallado la ciudad (43) desde su alta escala de influencia que poseía al desempeñar el cargo como Inspector General de Sanidad (44).

6. La preocupación de las Instituciones culturales sevillanas por temas sanitarios:

El caso del Ateneo

Una finalidad totalmente contrapuesta motivaron a la realización de los estudios que a continuación vamos a analizar: la presentación a la convocatoria de los Juegos Florales de Primavera de 1.914 promovidos por el Ateneo de Sevilla. Fue en el seno de esta sociedad hispalense donde se catalizaron todos ellos, como ejemplo una vez más, de la incesante preocupación vigente.

El Ateneo y Sociedad de Excursiones de Sevilla (45) fue una

43 *op. cit* (nota 39) p 59.

A él debemos las gráficas de mortalidad comparadas con otras capitales a nivel mundial donde Sevilla aparece como 3ª capital del mundo de máxima mortalidad.

44 Posiblemente por éste cargo la Compañía Sevillana de Saneamiento y Urbanización le pidió autorización para publicar su memoria, a pesar de que parte de sus datos fueron tomados de Laborde, y valerse de su influencia para realizar el proyecto de alcantarillado a lo que él accedió con gusto. *op. cit.* (nota 39) Prólogo.

45 Sobre el Ateneo de Sevilla puede consultarse la obra DE PABLO ROMERO, M. *Historia del Ateneo de Sevilla, 1.887-1.931*. Sevilla, Col of. Aparej y Arquit, 1.982. También BLAZQUEZ ROMERO, MV;

entidad cultural que había mostrado desde su creación un enorme interés por los temas relacionados con la salud, tal es así que entre sus secciones existía una dedicada a la medicina. Un dato que corrobora ésta preocupación, es el hecho de que desde 1.889, año en que dieran comienzo los primeros Juegos Florales de Primavera (46), siempre aparecieron entre sus temas elegidos para el concurso, uno relacionado con la sanidad, hecho que año tras año se sucedió (47).

Antes he señalado, que el Ateneo fue el impulsor para que se realizara en 1.914, bajo el tema 8 de la Sección de Medicina, un tema de interés público que llevaba por título: "Medios prácticos para hacer descender rápidamente

CAMACHO-VAZQUEZ, C; VAZ-PARDAL, E. *Instituciones culturales sevillanas y la higiene pública: El caso del Ateneo de Sevilla (1.887-1.917)*. Premio Uriach 1.989. Sección estudiantes (Inédito).

- 46 Aunque los juegos Florales eran convocados en primavera, durante el año se programaban otros temas relacionados también con la salud que eran motivo de debate o conferencias públicas, como así lo demuestra el acta de sesiones celebrado el 11 de Junio de 1.887, en la que se eligió el tema presentado por Manuel Panizo Muñoz; "*Causas de la mortalidad en la primera infancia en las grandes poblaciones*", que fue leído el 25 de Octubre de ese mismo año. Archivo Ateneo de Sevilla (AAS). Junta de Secciones. Libro de Actas de las secciones de: Ciencia, ciencias aplicadas y medicina. 1.887-1.897. *Sección de Medicina*. Actas de las sesiones celebradas desde 1.887 a 1.888, secciones 11 de Junio, 10 y 25 de Octubre, 8 y 17 de Noviembre y 6 de diciembre de 1.887. Respecto a las conferencias pronunciadas véase BLAZQUEZ ROMERO, M V *opus cit* (nota 45) en sus notas 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 23, 24, 25, 30, 31, 35, 46, 47.
- 47 Así lo demuestran los programas y memorias conservadas en los archivos del Ateneo.

la mortalidad en Sevilla" (48).

Los trabajos que cumplieran los requisitos exigidos podían optar al premio, que ese año estaba dotado con un reloj de oro y 250 pesetas (49); del cual resultó ganador del primer premio Alberto Conradi, siendo galardonado con un accésit la obra presentada conjuntamente por Miguel Ríos Sarmiento (1.890 - 1.955) y Antonio Valencia Salazar, así como la de Carlos García de los Ríos.

Desconocemos el número total de trabajos presentados a concurso, sólo tenemos constancia de la existencia de tres de ellos, que por motivos diferentes han llegado a nuestro conocimiento. Dos, fueron publicados ese mismo año en la prensa científica, nos referimos a los textos publicados en la Policlínica Sevillana (50) y en la Revista Médica de Sevilla (51), que correspondían a los trabajos de Ríos y Valencia y García de los Ríos respectivamente. El tercero de ellos, de autor

-
- 48 *Juegos Florales organizados por el Ateneo y Sociedad de Excursiones de Sevilla.* 12 Mayo 1.914.
- 49 El jurado que actuó fue: el Presidente de Sección, Mauricio Domínguez Adame, Gabriel Lupiañez y José Salvador Gallardo como Secretario. *Ibidem.*
- 50 RÍOS SARMIENTO, Miguel; VALENCIA SALAZAR, Antonio. *Medios prácticos para disminuir rápidamente la mortalidad en Sevilla. Policlínica Sevillana.* 1 nº 13: 9-15; nº 14: 7-14; nº 15: 15-17; nº 16: 15-20; nº 17: 12-17; nº 18: 14-18; nº 19: 11-14; nº 20: 13-14; nº 21: 7-12 (1.914). 2 nº 22: 10-14; nº 24: 13-16; nº 28: 10-19; nº 29: 16-20 (1.915).
- 51 GARCIA DE LOS RÍOS, Carlos. Medios prácticos para hacer descender rápidamente la mortalidad en Sevilla. *Rev Med de Sevilla* 62 (11): 329-336; (12): 365-370; 63 (1): 14-23; (2): 41-47; (3): 65-68 1914.

desconocido, se encuentra inédito en los Archivos del Ateneo, que por sus características puede corresponder al trabajo ganador de Alberto Conradi (52).

Como es fácil comprobar, a través de los trabajos que hemos analizado, desde que Hauser dio la voz de alarma de la elevada mortalidad de la ciudad, esporádicamente volvía a recapitularse el tema tras lapsus de años y volvía a repetirse los mismos argumentos, confirmando la existencia de los mismos problemas sociales enquistados, aunque con la esperanza siempre de verlos solucionados; también es cierto que la esfera de poder de quien surgía era mínima o al menos insuficiente para hacer saltar los resortes oficiales, tal es así como lo demuestran estos textos fechados en 1.914, la situación se mantenía inalterable:

"...todo está ya dicho en la Prensa por compañeros y profanos, ya en discursos, en reuniones públicas y privadas,... pero en realidad, poco o ningún resultado hemos visto de todo ello. Cuanto más se han agitado un poco los centros encargados de esta cometido y de nuevo Paz octaviana y olvido a lo pasado, hasta que un chispazo epidémico vuelve a mover los engranajes oficiales, se gasta unas pesetas en tapar el desconchado más visible y vuelta al sueño milenarío"... "yo me atrevo a decir que todo cuanto hay que hacer en Sevilla en cuestión higiénica se ha dicho, no una sino miles de veces, siempre, por supuesto, con el mismo resultado." (53).

-
- 52 Con el Lema: "Higiopolis" y titulado Medios prácticos para hacer descender rápidamente la mortalidad en Sevilla, se encuentra en los Archivos del Ateneo un trabajo inédito. Se haya mecanografiado, consta de 31 páginas y esta fechado en Sevilla a 18 de abril de 1.914. Nosotros pensamos que al ser un trabajo exhaustivo, claro y crítico a la vez, pudo ser perfectamente el ganador y por tanto perteneciente a Alberto Conradi.
- 53 *Medios prácticos para hacer descender rápidamente la mortalidad en Sevilla.* Trabajo presentado a los Juegos Florales del Ateneo y Sociedad de

No es por tanto ninguna novedad las causas que sus autores consideraban de máxima importancia y conducían a la elevada mortalidad de Sevilla.

Todos los autores presentan varios rasgos comunes que no necesitan mayor análisis, como son, el ser médicos cuya actividad profesional se desarrollaba en la consulta diaria al enfermo, y la motivación a la hora de presentar sus trabajos, queda sobradamente explícita en sus textos.

Los estudios que realizaron conjuntamente Ríos Sarmiento y Valencia Salazar, así como el trabajo inédito han seguido la misma directriz, utilizando una base estadística, no se conforman con la simple enumeración de la mortalidad, sino que inciden en la importancia de conocer sus causas y desde aquí desarrollar las soluciones para hacerla disminuir. Es de lamentar que a este apartado le dediquen escasamente dos páginas, aunque hay que tomar en consideración que el tema a concurso era medios prácticos para disminuir la mortalidad y por tanto queda plenamente justificado.

Ambos trabajos son exhaustivos, claros y aportan soluciones aceptables. No podemos hacer las mismas afirmaciones respecto al texto realizado

Excursiones de Sevilla. Tema 8º. Sección de Medicina 1.914. pág 1-2 (Trabajo inédito).

por García de los Ríos que aunque puedan ser ciertos, que le son, los grandes males que él asegura afectan a Sevilla, Sífilis, Tuberculosis, Alcoholismo y miseria social, sus soluciones son un tanto inviables donde se aprecia un tono moralizante y dictatorial bastante extendido por otra parte, en la clase médica de la época.

7. El discurso de Márquez Chaparro ante la Real Academia de Medicina

Sólo nos resta la mención de un trabajo que fue realizado con fines muy dispares a los que hasta ahora hemos estudiado. Se trata del realizado en el mismo año de 1.914, año en que tuvo lugar la admisión en la Real Academia de Medicina, como académico número, el Doctor Gumersindo Márquez Chaparro (54), el cual para el discurso de ingreso eligió un tema tan espinoso como el estudio de la higiene de Sevilla (55).

54 Gumersindo Márquez Chaparro (1.841-1.916). Nació en Galaroza (Huelva) 13 de Enero de 1.841. Licenciado en Medicina en la Escuela Provincial de Medicina de Sevilla. En 1.879 fue nombrado profesor auxiliar numerario, de cuyo cargo renunció en 1.900. Médico de la Beneficencia Municipal. AHFMS. *Títulos* fol 59.

55 MARQUEZ CHAPARRO, Gumersindo; LUPIAÑEZ ESTEVEZ, Gabriel. Necesidad de generalizar el estudio de la higiene para procurar el desarrollo de Sevilla. *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina de Sevilla por los doctores en la recepción pública y solemne del primero*, el día 16 de Marzo de 1.914. Sevilla, Imp. A. Guerra, 1.914.

Como es lógico pensar, por los fines para los que fueron concebidos, no es un trabajo de investigación, se trata pues de un estudio de síntesis, realizado por una persona en la última etapa de su vida, a la cual le brindan la ocasión de hacer una profunda reflexión. Su núcleo principal es la mortalidad de la ciudad y su base las estadísticas de otros autores publicadas hasta entonces (56).

Su trabajo es una forma testimonial más, de la insalubridad de Sevilla donde argumentaba que la ignorancia general en conocimientos higiénicos impedía establecer una mínima asociación entre el mantenimiento de unos preceptos básicos de higiene con la elevada mortalidad existente, expresándose en su discurso con estas palabras:

"Sevilla, la Sultana del Betis, adormecida entre jazmines y azahares ha visto con indiferencia y tranquilidad que moría en su recinto doble número de individuos de los que deberían haber muerto si se hubieran cumplido los preceptos de la higiene." (57).

La contestación a su lectura fue realizada por Lupiañez (58), que

-
- 56 En su estudio queda consignados los datos de Hauser para el decenio 1.861-1.870, la memoria realizada por Laborde, las publicaciones del Instituto Geográfico Estadístico Nacional, los boletines de Sanidad interior del Reino, así como la obra de Pulido y algún trabajo presentado a los Juegos Florales del Ateneo. Con ellos se hace eco de la evolución de la mortalidad en Sevilla y asegura que el abastecimiento de las aguas, el alcantarillado y la limpieza pública conducirían a disminuir la mortalidad en la ciudad.
- 57 MARQUEZ CHAPARRO, Gumersindo. *op. cit* (nota 55) p 9.
- 58 Gabriel Lupiañez Estevez (1.860-1.929), Catedrático de Patología y Clínica Médica en la Escuela Provincial de Medicina de Sevilla. Médico de la

siguiendo su misma línea reflexiva, se expresaba con estas palabras tan desconsoladoras como elocuentes:

"Nunca estuvo Sevilla tan sucia, nunca fueron como ahora son sus calles cenagales de inmundicias. La ciudad alegre de los cielos limpios, la del ambiente puro y perfumado, que tanto han cantado los poetas, es hoy, por incuria de sus administradores, la ciudad del barro, que es polvo que se mastica en los días secos, ..." (59).

Beneficencia Municipal. Presidente del colegio de Médicos (1.907-1.911). Presidente del Ateneo en 1.893. En 1.917 fue nombrado por Real Decreto Rector de la Universidad de Sevilla.

AHFMS: *Expedientes terminados* letra L nº 72. Títulos fols 78.79v y 225.

Archivo Histórico Universidad de Sevilla (AHUS): *Expediente académico* [índice de carreras] legajo 260-340.

59 LUPIAÑEZ ESTEVEZ, Gabriel. *op. cit.* (nota 55) p 37.

En 1.917 fue nombrado por Real Decreto Rector de la Universidad de Sevilla.

AHFMS. *Expedientes terminados* letra L nº 72 Títulos fols 78-79v y 225.

Archivo Histórico Universidad de Sevilla (AHUS). *Expedientes académicos* [índice de carreras] legajo 260-340.

IV.- RESULTADOS

La mortalidad cuyo estudio e interpretación han sido la base de todo el trabajo y el eje conductor de todo él, nos ha permitido conocer una parcela más de la complejidad de la vida de la ciudad de Sevilla, ya que es asazmente conocido que la muerte es el reflejo de una forma de vida.

El marco escénico estaba dispuesto no permitiendo mejores resultados de los que poco a poco fueron aflorando tras el análisis. Hambre, pobreza y hacinamiento fueron problemas comunes en las clases populares de la ciudad, confirmando un entorno como para convertir a la muerte en un elemento cotidiano de la Sevilla de la Restauración.

Con aproximadamente 8550 casas particulares en 1.900 (1) y una población de 148.315 habitantes, de los cuales más del 17 por ciento vivían concentrados en corrales de vecindad (2), con una riqueza básica centrada en la agricultura (3) y por tanto con una masa asalariada importante, unido a unas

1 GOMEZ ZARZUELA, V. *Guía oficial de Sevilla y su provincia para 1.900 por _____*. Sevilla. Imp. El Bergalí, 1.900 p 220

2 COMPAÑIA SEVILLANA DE SANEAMIENTO Y URBANIZACIÓN. *Memoria de la Inspección sanitaria de la Compañía acerca del estado higiénico de la ciudad desde 1.890 a 1.902. cómo y por qué se muere en Sevilla. Parte 2ª*. Sevilla, Gironés, 1.902. p 64

3 Según se afirma en estudios sobre la población activa española, Sevilla en 1.900 tenía una población activa del 38 por ciento de los cuales el 65% era

innegables condiciones antihigiénicas por la presencia de innumerables pozos negros, ausencia de alcantarillado y escasez de agua, convirtieron a este período histórico y a la ciudad de Sevilla en una de las más insalubres del mundo.

Fueron años verdaderamente trágicos en cuanto a los niveles de mortalidad como ha quedado reflejado en nuestro análisis; la sucesión de crisis de mortalidad estrictamente ligados a crisis agrícolas motivadas por las coyunturas económicas, junto a factores ambientales adversos, fueron los causantes de la presencia de estos excedentes de muerte.

Las defunciones de la totalidad de ésta población se caracterizaron por el mantenimiento de unos índices muy elevados para toda la época. Las tasas de mortalidad registradas mantuvieron unas cotas altísimas, estando al inicio de éste período alrededor del 32,2 por mil, elevándose paulatinamente hasta alcanzar una cúspide próximas al 50 por mil en 1.897 (4). Estos niveles descendieron considerablemente a finales del siglo XIX hasta el 34,29 por mil (5), aún manteniendo unas cifras elevadas. Los últimos datos con los que contamos son

población agrícola, un 16,5% población industrial y 18,5% pertenecía al sector de servicios. cf: MIRALBES, MR. Sobre la estructura de la población activa española y su evolución (1.900-1.960). *Geographica*: 16-29; 1.965.

4 LABORDE, F. Proyecto de alcantarillado de Sevilla. *Rev. Med. Sevilla*, 35: 57-67: 139-150. 1.900.

5 COMPAÑIA *op cit* (nota 2) p 22

relativos al quinquenio de 1.907-1.911 (6) donde la tasa de mortalidad seguía manteniendo niveles elevados en torno al 32 por mil. Por tanto el paso de un siglo a otro no marcó ninguna diferencia en cuanto a la mortalidad, mostrando los mismos índices elevados, aunque hay que considerar que estos niveles no difieren mucho de los hallados por otros autores (7) en poblaciones urbanas como Murcia (Parroquia de San Pedro) donde en este mismo período se asiste a un considerable recrudescimiento de la mortalidad general, y debido a que nuestro estudio es más limitado no podemos asistir al inicio del descenso de la mortalidad.

1. CAUSAS DE MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN DE SEVILLA

Al profundizar en el conocimiento de las causas que produjeron estos elevados valores, dentro del amplio espectro de enfermedades que marcaron la realidad de esta ciudad, comprobamos la extraordinaria importancia que alcanzaron las enfermedades infecciosas transmitidas por aguas o alimentos o por aire, como son las diarreas y enteritis, las bronquitis, bronconeumonía y pulmonías, conjuntamente con enfermedades infecciosas crónicas como la tuberculosis. En

6 MARQUEZ CHAPARRO, G; LUPIAÑEZ ESTEVEZ, G. "Necesidad de generalizar el estudio de la higiene para procurar el desarrollo de Sevilla". *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina de Sevilla por los doctores en la recepción pública y solemne del primero, el día 16 de Marzo de 1.914.* Sevilla, Imp. Al Guerra, 1.914 p 9

7 BLAZQUEZ, MD *et al.* La mortalidad en la parroquia de San Pedro de Murcia (1.801-1.935): Evaluación e intensidad. *Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina.* Murcia, 1.988. Vol II pp 939-959.

efecto, la población sevillana sufrió la agresión de dolencias directamente relacionadas con sus ínfimas condiciones de vida, concentrándose en cinco grandes grupos de enfermedades: enfermedades generales, de entre la que destacaba la tuberculosis pulmonar; enfermedades digestivas como las diarreas y enteritis; enfermedades del sistema nervioso, como la meningitis y enfermedades respiratorias, bronquitis, bronconeumonías y pulmonías, junto a las enfermedades del aparato circulatorio como las enfermedades orgánicas del corazón (tabla nº 1, gráfica nº 1). Como se muestra en la tabla el resto de las enfermedades tuvieron una mínima participación, alcanzando porcentajes inferiores al 2,7%.

Al hacer un estudio comparativo con los datos obtenidos en otros trabajos (8), para localidades levantinas, se demuestra ciertas diferencias en cuanto al reparto proporcional de las dolencias, aunque coincidiendo en cuatro de los grandes grupos de enfermedades, como las de máximas frecuencias (Enf. generales, Enf. Aparato Respiratorio, Enf., Aparato Digestivo, Enf. Sistema Nerviosos). Así las enfermedades respiratorias y digestivas muestran porcentajes casi idénticos a los de la población de Biar, en cambio existe un recrudescimiento sustancial en las enfermedades generales, sistema nervioso y aparato circulatorio para nuestra ciudad. Esta diferencia se debe con toda seguridad a la influencia del

8 FERRANDIZ, E; TODOLFI, J. Epidemiología histórica de Biar y
Concentaina; estudio de las causas de defunción (1.800-1.900). *I Congreso
Hispano-Luso-Italiano de Demografía Histórica*. Barcelona. pp 270-274, 1.987.

medio urbano sobre los habitantes, incrementando dolencias relacionadas con las condiciones de vida.

Al intentar pormenorizar por causas estos niveles elevados de mortalidad observamos como una sólo enfermedad, la Tuberculosis pulmonar, sobresalía de forma extraordinaria sobre las demás defunciones produciendo las cifras desorbitadas del 11,2% de toda la población muestral. Estos índices superaban ampliamente los porcentajes nacionales que rondaban el 7% de los diagnosticos registrados en 1.900 (9) convirtiéndose sin lugar a dudas en la primera causa de muerte de la ciudad (10). Esta enfermedad es el fiel reflejo del hacinamiento del proletariado, la miseria y la "secuela del hambre" (11). Como se puede comprobar al observar la tabla nº 2 ninguna enfermedad por sí sola fue capaz de alcanzar las cotas de la tuberculosis, aunque la asociación de varias de ellas lograron superar discretamente sus índices (tabla nº 3).

9 MOLERO MESA J. *Historia social de la tuberculosis en España (1.889-1.936)*. Tesis doctoral, Granada, 1.989. p 1.

10 Jordi Nadal afirma igualmente que en Barcelona la tuberculosis fue la primera causa de muerte desde 1.880-1.889 cf: NADAL J, *La población española (siglos XVI-XX)* edición corregida y aumentada. 2ª ed. Barcelona, Ariel, 1.988.

11 MARQUEZ CHAPARRO, G. Contestación de Lupiáñez. *op cit* (nota 6). p 36.

Así se demuestra como las enfermedades respiratorias produjeron niveles muy altos, donde indudablemente quedarían enmascaradas otras tuberculosis que por motivos sociales no fueron nunca consignadas, igualmente otros altos porcentajes fueron registrados en las meningitis donde la participación tuberculosa es ampliamente conocida. Por tanto si a las cifras de muerte por tuberculosis pulmonar le sumamos las rúbricas causantes de las defunciones de las tisis declaradas como de localización diferente a la respiratoria (5,5%) y a todas las dolencias ocultas bajo distintos epígrafes, podemos deducir que las defunciones por esta causa produjeron en Sevilla niveles próximos al 25% de la población muestral, es decir, una cuarta parte de todas las muertes.

De igual manera el trabajo nos mostró una inclinación porcentual hacia otros grupos de afecciones (diarreas y enteritis) donde eran igualmente achacables las condiciones de insalubridad y el escaso nivel de vida, relacionándose con las enfermedades digestivas transmitidas por alimentos o aguas contaminadas bacteriológicamente. Así observamos cifras elevadísimas que como veremos más adelante, se concentraban fundamentalmente produciendo las máximas cotas de mortalidad infantil.

Otro grupo de dolencias que apareció destacado en la tabla de máximas frecuencias correspondía a las enfermedades orgánicas del corazón. En este grupo de enfermedades donde en principio no existe una dependencia de los factores infecciosos se incluyen con toda seguridad un gran porcentaje de

diagnósticos de difícil evaluación y producidos por una serie de cuestiones muy diferentes a las anteriormente precisados. Su intensificación hay que medirla teniendo presente especialmente la imprecisión diagnóstica de las actas de defunción y relacionadas íntimamente con los facultativos que lo realizaban. En ella se integraron con toda probabilidad un gran número de conceptos totalmente dispares y que eran simplificados bajo este epígrafe. Su cuantificación errónea es imposible de precisar y siempre que hagamos referencia a ellas tendremos que hacerlo bajo unas obvias reservas.

Al hacer una comprobación de nuestras cifras con las obtenidas en otros trabajos (12) similares realizados en varias localidades valencianas a lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX, observamos como nuestros porcentajes son similares a los aportados por ellos en las enfermedades respiratorias que rondaron entre 11-12%, por el contrario nuestras defunciones superan sobremanera los porcentajes para las diarreas y enteritis e igualmente se muestra una intensificación de las causas por tuberculosis.

Hemos de comentar igualmente que las cifras aportadas por ellos para enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea y el sarampión entre el 5-7%,

12 BERNABEU MESTRE, J; LOPEZ PIÑERO, JM. Transición epidemiológica y transición demográfica. Reflexiones en torno al estudio de las causas de mortalidad en España en el período 1.800-1.930. *I Encuentro Hispano-Luso-Italiano de Demografía Histórica*. Barcelona, 1987 260-269.

superan ampliamente nuestros registros para estas mismas dolencias, pero estas observaciones no son en absoluto representativas ya que tenemos que tener presente que estas enfermedades mantienen una prevalencia estacional muy marcada y por tanto nuestros datos y sus características muestrales pueden dejar ocultos porcentajes bastante más elevados de los que realmente nos muestran. Aunque esta afirmación pueda resultar invalidante para el resto de los resultados no es así porque las demás dolencias presentan una incidencia anual y como ya apuntábamos nuestra muestra presenta un error inferior al 1,5%.

En este mismo sentido al establecer una comparación con algunos trabajos de la época observamos el idéntico origen que sus autores aluden como responsables directos de la mortalidad de esta ciudad. "Las lesiones cardiovasculares, las diarreas, las bronquitis, pulmonías y tuberculosis, son enfermedades que nos diezman", estas son palabras testimoniales de Laborde (13) en 1.899, con motivo del proyecto del alcantarillado, donde continua diciendo que le siguen en frecuencia el cáncer, la fiebre tifoidea y las enfermedades infecciosas, argumentando que gran parte de ellas son motivadas por la insalubridad de la ciudad originada por la humedad del subsuelo y la densidad de población todo ello unido a la ignorancia por la que se siguen "apegados a las antiguas prácticas y à los mas absurdos prejuicios..." (14).

13 COMPAÑIA... *op cit* (nota 2) pp 11-13.

14 *Ibidem* p 7.

Con argumentos similares se expresaba Hauser (15) unos años antes afirmando además que entre las enfermedades infecciosas varias podían considerarse endémicas de la localidad, como la viruela y las fiebres tifoideas, ante estas enfermedades, por los motivos anteriormente expuestos nosotros no podemos confirmar su prevalencia excesiva.

2. DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

2.1. Edad

Al analizar la distribución de la mortalidad por grupos de edad, comprobamos que la pirámide representativa de la población muestral mostraba una clara concentración de las defunciones en dos grupos de edades correspondiéndose con las primeras etapas de la vida. Así casi el 40% de toda la muestra quedaba incluido dentro de estos grupos, contribuyendo el componente infantil con cifras cercanas al 20%, el otro 20% agrupaba a los niños que habían superado el primer año de vida, hasta los 5 años (tabla nº 4, gráfica nº 2).

Estas desorbitadas expresiones numéricas relativas a la mortalidad infantil, es decir, a los menores de 1 año y de la primera infancia (de 1 a 5 años),

15 HAUSER, Ph. *Estudios médico-topográficos de Sevilla acompañados de un plano sanitario-demográfico y 70 cuadros estadísticos*. Sevilla. Tipografía del Circulo Liberal. 1.882.

hay que insertarla una vez más en el contexto socio-económico urbano deficiente como más fiel indicador de las precariedades sociales, unidas a prácticas culturales desacertadas, una alimentación deficiente y unos importantes porcentajes de analfabetismo. En este caso está ampliamente descrita la influencia de estos factores higiénico-sanitarios-culturales como factores exógenos, conjuntamente con las causas que inciden antes del nacimiento como factores endógenos y responsables directos de los excedentes de muertes.

Estas cifras no son nada de extrañar, porque aunque no podamos establecer una comparación numérica, todos los autores de la época señalan que la mortalidad infantil era sorprendente, de hecho Hauser estableció la mortalidad hasta los dos años de vida en 326 por cada mil habitantes haciendo responsables directos a la influencia de errores alimenticios y a las diarreas (16).

La distribución porcentual de las defunciones en el resto de los grupos de edades fue también reveladora pues se demostró que una vez superado el umbral de los 5 años, la muerte se presentaba en unos niveles muy bajos hasta iniciar de nuevo un ascenso al final de la adolescencia y a partir de aquí las cifras se estabilizan hasta sufrir un brusco ascenso en las últimas décadas de la vida (gráfica nº 2). Esta situación desigual de la pirámide de edad vendría dada según se trate de un grupo u otro, por la acumulación de factores distintos. Así el

16 *Ibidem* p 224.

incremento experimentado a partir de la adolescencia con toda seguridad vendría motivado por una parte, por la acumulación de factores patógenos a lo largo de los años vividos y por otra, en el caso de los varones por la incorporación al trabajo y en el sexo femenino, además de estos factores, el inicio de una actividad procreadora.

El otro componente decisivo que agrupaba a los mayores de 60 años no fue nada despreciable ya que suponían cifras próximas al 25%. Esto es altamente significativo porque al determinar la edad media de la población muestral quedó establecida en 32 años para todo el período, de lo cual se deduce que casi el 50% de la muestra había muerto en las tres primeras décadas de la vida, y además si tenemos presente que la esperanza de vida para la población española en la segunda mitad del siglo XIX rondaba los 29 años y en 1.900 estaba establecida en 34,8 años (17), son por tanto cifras a tener en consideración.

Los factores productores de las muertes en estos grupos extremos quizá no necesite aclaración, la suma de un sinfín de causas patógenas acumuladas en todos los años de vida son responsables directos de estas defunciones.

Al profundizar algo más en el análisis de esta variable y observar las edades individualmente, comprobamos además de las altas cotas alcanzadas por la

17 PEREZ MOREDA, V. *La crisis de mortalidad en la España interior siglos XVI-XIX*. Madrid, Siglo XXI editores, 1.980, p 141.

mortalidad infantil, como se establecía una clara línea descendente hasta los 5 años. Desde unos porcentajes elevadísimos entre los 0 y 11 mese (19,2%) se reducían a menos de la mitad en el primer año de vida (8%) y así paulatinamente hasta alcanzar una cifra mínima a los 5 años. (tabla nº 5, gráfica nº 3). Por tanto estos resultados difieren escasamente de los aportados por Perez Moreda (18), que establece una inflexión de la línea trazada por la edad al finalizar la adolescencia.

Igualmente aunque con menor valor, contemplamos un hecho curioso apareciendo unos mayores porcentajes en las edades terminadas en cero (19). Esta acumulación de defunciones se aprecia por primera vez a los 40 años y se repite sucesivamente a los 50, 60, 70 y 80 años, este dato al que más tarde nos remitiremos al hacer la evaluación crítica de esta variable, se debe posiblemente a una suma errónea en estos dígitos y producido a su vez por una alta imprecisión a la hora de comunicar la defunción, ya que es absolutamente impensable que se deba a un aumento de la población en estas edades concretas.

2.2. Sexo.

La población muestral definida en 4.019 defunciones mostró una estructura con escasa diferencias en cuanto al sexo, correspondiendo el 51,6% a los

18 *Ibidem*

19 PEREZ PUCHAL, P. Fuentes y métodos de la demografía histórica. *Est. Dem.*, 130: 5-31, 1.973.

varones y el 48,4 al sexo femenino. Aunque ésta diferencia porcentual no sea muy acusada hay que indicar que puede resultar muy significativo si aceptamos como ciertas las cifras poblacionales por parroquias publicadas en 1.875 en la Guía de Sevilla, de donde se desprende la existencia de un población masculina sustancialmente inferior, prácticamente en todas ellas (20).

En cuanto a la distribución por grupos de edad se demuestra igualmente una escasa diferencia entre ellos aunque siempre con un predominio del sexo masculino. Esta diferencia se invierte a partir de los 60 años donde el sexo femenino figura con unas cifras sustancialmente superiores. Esta modificación lógica de la pirámide de edad se debe a una inversión de los datos poblacionales donde obviamente al existir una acumulación de población femenina tengan que producirse mayor número de defunciones.

Obviamente esta afirmación no puede hacerse extensiva a toda la etapa del estudio ya que desconocemos las cifras de población para todos los años.

3. DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE ENFERMEDAD EN RELACION CON LAS VARIABLES EDAD Y SEXO

20 GOMEZ ZARZUELA, M. Guía de Sevilla y su provincia para 1.875. Sevilla, Imp. La Andalucía, 1.875. pp 150-288.

Una vez conocida la estructura de la muestra por sexo y edad era obligado conocer igualmente las diferencias que mostraba la muerte en torno a estas dos variables.

3.1. Edad.

Los esquemas que presentaron los 14 grupos nosológicos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en relación con la variable edad fueron muy dispares y hacen alusión claramente a las causas que producen las defunciones en cada grupo. Las enfermedades generales mostraron principalmente una predilección porcentual por dos grupos de edades. Estos grupos se corresponden en primer lugar con los intervalos relativos a las edades centrales de la vida (21-50) y en segundo lugar a las edades fatídicas de los primeros 5 años de vida (gráfica nº 4). La razón de esta distribución posiblemente obedece en primer caso a la incidencia de enfermedades crónicas como la tuberculosis y en el segundo caso a la concentración de enfermedades infecciosas como el sarampión la tosferina.

El modelo que presentaron las enfermedades del Sistema Nervioso (gráfica nº 5) en relación con la edad fue común para otros grandes grupos nosológicos, como las enfermedades del aparato respiratorio (gráfica nº 6), digestivo (gráfica nº 7) y enfermedades de la piel y tejido celular (gráfica nº 8). Así aparecieron intensificando por una parte las primeras edades de la vida y en otro

sentido las últimas décadas, coincidiendo las máximas porcentajes con los primeros 5 años, a excepción de las enfermedades de la piel que mostraba un ligero desnivel a favor de los mayores de 60 años.

Este modelo estaría relacionado con enfermedades concretas, que en el caso del Sistema Nervioso y en las primeras edades estaría producido por los altos porcentajes de meningitis, correspondiendo a las últimas décadas las congestiones y hemorragias cerebrales.

Los casos relativos a las enfermedades respiratorias y del aparato digestivo apenas si necesita comentario ya que es altamente conocido la letalidad por enfermedades infecciosas como las bronquitis, bronconeumonías, diarreas o enteritis en las edades opuestas. Todos los casos enumerados hasta ahora mantienen una íntima relación con el problema de la calidad de vida, inexistente en nuestra ciudad en este período para la gran mayoría de la población.

Por último sólo comentar que las enfermedades de la piel y tejido celular en relación con la mortalidad general mantuvo porcentajes muy bajos y la presencia de los máximos índices en estas edades se debe posiblemente a las pésimas condiciones higiénicas, donde siempre son vulnerables las edades extremas.

Esquemas muy dispares hasta los ahora expuestos, presentaron las enfermedades del Aparato Circulatorio (gráfica nº 9) y del Genito-Urinario (gráfica

nº 10); en estos grupos de dolencias existe una clarísima predilección para la edad adulta. En el primer caso aparecen engrosando las muertes a partir de los 41 años, siendo algo más temprano en las enfermedades renales. El porqué de esta concentración de muertes en estas edades y por estas causas hay que buscarlo en la acumulación de factores patógenos a lo largo de la vida que se manifiesta de una manera tajante en los órganos vitales; aunque realmente en el caso de las enfermedades cardíacas siempre nos queda la duda de la certeza absoluta del diagnóstico porque bajo estos epígrafes como ya comentábamos suelen ocultarse un sinnúmero de enfermedades mal precisadas.

Un grupo nosológico que tuvo una escasa presencia en relación con la mortalidad general fue el estado puerperal con participación de 19 casos y un porcentaje 0,5%, en este grupo donde se incluyen los accidentes del embarazo y parto, obviamente tuvo una clarísima definición para dos décadas de la vida entre los 21 y 40 años, etapa de mayor actividad procreadora de la mujer.

Un caso similar por sus peculiares características lo presentaron el grupo de enfermedades definido como "vejez". En él se halla una concentración casi absoluta en las personas que han superado los 60 años. El motivo de esta acumulación no necesita mayor explicación ya que bajo estos epígrafes se han incluido todos los diagnósticos como senilidad, vejez y calificativos similares.

Otro grupo de enfermedades con escasa participación en la mortalidad general fue el que incluye a las enfermedades de los órganos de locomoción. Aquí se apreció una clara definición por los primeros años, motivado posiblemente porque bajo estas rúbricas quedaban inmersas todas las patologías derivadas de una alimentación precaria como son las manifestaciones raquílicas.

Sólo nos queda comentar la incidencia que mostraron dos grupos nosológicos que por sí mismos definen la edad de presentación, nos referimos a los vicios de conformación y primera infancia, donde las máximas cotas se presentaron en los menores de 1 año y con el 95 y 95,9% respectivamente. Estos grupos incluyen a los diagnósticos de vicios o debilidad congénita, contemplando todas las causas endógenas y por tanto que inciden antes del nacimiento y responsables de un gran volumen de muertes antes de cumplir el año de vida.

Aunque hasta ahora no hemos hecho comentario sobre los dos últimos grupos de enfermedades de la clasificación internacional, son pocas las aportaciones que restan por realizar. El grupo perteneciente a las causas externas, presentó una distribución muy desigual, aunque con una predilección por las décadas entre los 21 y 50 años; edades donde son frecuentes la acumulación de agentes externos por el desarrollo de una actividad profesional. El otro grupo que incluye las enfermedades mal definidas, la edad de presentación coincidió de nuevo con los primeros y últimos intervalos de edad, edades donde se presta a una mayor imprecisión. Aquí quedaban incluidos diagnósticos como hidropesía, dentición o

inflamación (21).

3.2. Sexo.

En relación con la variable sexo son escasos los comentarios que caben realizar. Como ya señalábamos la población masculina mostró aunque escasa una mayor participación en toda la muestra. Su distribución por enfermedades fue algo reveladora, aunque obviamente esperada, tras observar las pirámides de edad. Prácticamente en todos los grupos nosológicos el varón mostró una mayor intervención con diferencias poco significativas, pero en cambio bajo el epígrafe vejez la diferencia fue manifiesta a favor del sexo femenino, las mujeres representaban cifras próximas al 75% bajo este diagnóstico.

Obviamente un grupo nosológico quedaba reservado exclusivamente al sexo femenino, el estado puerperal, que con un escasísima participación era compensado con otro grupo de enfermedades como el de la patología del aparato Genito-Urinario donde el varón volvió a mostrar una diferencia, pero en este caso claramente superior.

21 Sobre la imprecisión diagnóstica Laborde acusa tajantemente a la clase médica por "certificar defunciones a su capricho con nombres que ningún médico sería capaz de clasificar" cf: COMPAÑIA ... p 5.

Igualmente las muertes producidas por causas externas presentó una diferencia porcentual llamativa, de nuevo a favor de los varones. En estos casos la única explicación viable es por la exposición de los varones a causas exteriores producidas por el trabajo fuera del hogar que condicionaría su mayor aparición.

4. LOS SECTORES SOCIALES

La importancia de delimitar la ciudad en sectores y realizar una mínima localización social dentro de ella, estriba exclusivamente en comprobar las desigualdades espaciales y sociales de la mortalidad. La sencilla enumeración de las causas de muerte de la población hubiera resultado además de cómodo excesivamente simplista . Para llegar al conocimiento exacto de estas realidades realizamos sucesivos cruces de la profesión-sector urbano, enfermedad-profesión, enfermedad-sector urbano, y con ello demostrar que la desigualdad a la hora de vivir condiciona notables diferencias a la hora de morir.

4.1. Componentes

Tipificar la ciudad de Sevilla sociológicamente contando con la sólo presencia de la actividad profesional registrada en las actas de defunción, además de audaz, planteaba graves problemas. Ya fueron comentados ampliamente en el material de éste mismo trabajo las dificultades que presentaba esta variable, entre



otros motivos por la falta de consignación en un gran porcentaje de ellos. Por esta causa nos ceñiremos a hacer una exposición descriptiva de los resultados, y la tipificación que de ella resulte podrá hacerse extensivo a la ciudad con muchas limitaciones ya que nuestra fuente nos impide conocer la totalidad de la población activa, por todo ello no será en absoluto vinculante.

Con tan solo el 48,9% de la población muestral en posesión de una actividad profesional, el sector que resultó dominante, sin lugar a dudas, fue el que integraba a las escalas sociales más bajas, agrupando a jornaleros, artesanos, al proletariado industrial y al personal de servicios con escasa cualificación. Este grupo alcanzó la cifra nada despreciable del 35% de toda la muestra pero realmente representaba el 72% de la población activa, es decir, casi las tres cuartas partes (gráfica nº 11). Queremos volver a insistir que con esta afirmación no queremos indicar que la población de Sevilla en sus tres cuartas partes estuviera formada por un proletariado ya que la fuente no es la más idónea para ello. Junto a este sector dominante el resto de las agrupaciones registradas en las actas, reducía considerablemente, su participación social en la ciudad. Así la "clase media" representando a los empleados o profesionales con un nivel medio solo contaba con la presencia de un 9,8 por ciento, estando aún más reducida la representación de la clase acomodada con un 7,7 por ciento. Asimismo los grupos que incluían a los militares y al clero y a las profesiones con una difícil identificación (asilados, cesantes, etc.) mostraron índices muy bajos (tabla nº 6, gráfica nº 11).

Como hemos indicado la población muestral donde quedaba reflejada su ocupación superaba el 48%, y si tenemos presente que la población activa de la ciudad en 1.900 no alcanzaba el 34% (22) quizás nuestros índices de actividad no se alejen mucho de la realidad, aún así las afirmaciones las hacemos con un gran margen de dudas.

Igualmente comentar que la distribución sociológica de la ciudad donde el peso recaería en una gran masa de jornaleros (posiblemente eventuales), junto a todas una sin fin lista de actividades profesionales que componen el proletariado industrial (Taponeros, cereros) sumado a la población artesanal y de servicios, se convertían cuantitativamente en población dominante representando las tres cuartas partes de la población y por tanto muy similar a las apreciaciones realizada años antes por Alvarez Santaló (23) y siempre insistiendo que nuestra tipificación puede ser totalmente errónea.

Resumiendo la población activa muestral estaba compuesta por una clase dominante proletaria y unos pequeños sectores de clase media y alta.

22 BRAOJOS, A; PARIAS, M; ALVAREZ, L. *Sevilla en el siglo XX (1.868-1.950)*. [Historia de Sevilla]. Sevilla, Universidad de Sevilla, 1.990. Vol I, p 141.

23 ALVAREZ SANTALÓ, LC. *La población de Sevilla en el primer tercio del s. XIX*. Sevilla, Diputación Sevilla, 1.974.

5. ZONIFICACION URBANA

Ya indicamos que con fines netamente operativos habíamos realizado una sectorización urbana en cuatro zonas con el exclusivo criterio de sus tasas de mortalidad y sin tener presente otros condicionantes. Por ello los resultados que de ellos deriven no serán indicativos de la distribución de la población y sus índices mostrarán exclusivamente la concentración de las muertes.

5.1. Distribución social en el casco urbano.

La localización dentro del espacio urbano, de las distintas esferas sociales, mostró un reparto muy diferente atendiendo al grupo social al que pertenecía. Así el sector "dominante" compuesto por las clases populares, presentó una total indefinición dentro de la ciudad, hallándose disperso por todas las demarcaciones. Esta afirmación podía parecer que invalidaba nuestra hipótesis al no existir una clara concentración, pero no es así, ya que como ha quedado reflejado anteriormente, el sector servicios, artesanado y jornaleros suponía las tres cuartas partes de toda la población activa de la muestra estando su distribución perfectamente acorde con nuestra zonificación.

Así pudimos comprobar como este grupo social ocupaba mayoritariamente el distrito "bajo" de la codificación urbana. Hemos de recordar que este distrito incluía una totalidad de diez parroquias, todas ellas con

elevadísimas tasas de mortalidad y conformando una especie de cinturón al norte y al este de la ciudad. Igualmente esta clase proletaria, representaba el mayor porcentaje de la población en el resto de las demarcaciones pero siguiendo una línea descendente porcentual, ocupando el segundo lugar Triana, el tercer puesto lo ocupaba la zona media y en último término la zona "alta" (tabla nº 7). Al realizar el cruce de estas dos variables, profesión, distrito urbano, nos aporta no sólo el porcentaje que tiene cada grupo social en cada sector urbano sino la relación con los demás distritos, observando una ligera modificación de las cifras coincidiendo en este caso, la máxima concentración con el sector "bajo", y el 2º lugar lo ocupaba la zona media, Triana y la zona alta ajustándose aún más a nuestra teoría (tabla nº 8).

El pequeño porcentaje que incluía a la clase media mostró asimismo cierta dispersión urbana (tabla nº9), aunque presentando una concentración máxima en la zona centro (zona alta) y en las parroquias incluidas en la zona media. En este caso las cifras menores se dieron en Triana y en las demarcaciones del nordeste respectivamente.

La clase acomodada (tabla nº 10) que presentaba a los profesionales liberales, industriales y comerciantes fue la que mostró mayor definición dentro del casco urbano. Este grupo que con toda seguridad incluía a la élite de la ciudad se concentraba mayoritariamente en la zona centro (sector alto) alcanzando cifras próximas al 50% y siguiendo un recorrido decreciente ocupa el sector medio,

Triana y zona "baja".

Por último sólo nos queda comentar los grupos integrados por los militares y el clero y el grupo de las profesiones de difícil catalogación. En el primer caso se observó su localización casi exclusivamente en la zona centro y sector medio, estando mínimamente representado en los demás distritos. El segundo grupo, por sus características peculiares mostró una distribución muy irregular en los sectores urbanos estando casi su totalidad incluidos en los recintos hospitalarios.

Concretando, aún existiendo una gran heterogeneidad en todos los sectores quedan definidos perfectamente concentrándose la clase "alta" sobre todo en el sector centro, la clase "media" en la zona centro y media y el proletariado, aún existiendo una gran dispersión, muestra sus máximos porcentajes en las parroquias marginales.

Pormenorizado los distintos grupos sociales en el seno urbano, creemos que no es necesario insistir más sobre la composición de cada sector limitándonos a expresarlo en la tabla nº 8.

6. DESIGUALDADES ESPACIALES ANTE LA MUERTE

Una vez puesto de manifiesto las grandes causas que motivaron la

muerte de la población sevillana durante la Restauración, definida sociológicamente la ciudad y conocida la ubicación de cada agrupación social en el espacio urbano, nos queda por despejar algunos interrogantes en relación con estas dos variables y directamente ligados con la muerte.

Profundizando algo más en el conocimiento de las causas de defunción de cada sector urbano pudimos observar algunos aspectos que marcaban definitivamente las diferencias entre ellos. A pesar de que fueron comunes las mismas dolencias en todos los distritos, hicieron acto de presencia de forma muy desigual.

Antes de iniciar la enumeración de las diferencias hay que indicar como elemento común, que las enfermedades generales incidieron en todos los sectores estableciéndose a la cabeza de todos ellos, aunque obviamente con porcentajes dispares, coincidiendo las máximas cotas con los sectores inferiores. Entre las diferencias en primer lugar, observamos como las enfermedades digestivas, diarreas y enteritis, fueron las causas que diezmaron con altos porcentajes en todos los sectores siendo la zona centro la más favorecida (zona alta).

Segundo: La prevalencia que mostraron las enfermedades respiratorias fue igualmente alta, pero en este caso fue Triana conjuntamente con la zona centro las que presentaron las cotas más altas.

Tercero: Las enfermedades del sistema nervioso produjeron una acusada mortalidad tanto en el sector "alto" como en las zonas periféricas.

Cuarto: El cuadro representativo de las enfermedades del aparato circulatorio ocupó el último puesto de las grandes causas, aún manteniendo porcentajes muy altos. En este caso fue el sector bajo el más favorecido.

La observación de estos resultados podía producir una fácil confusión, incluso llegando a deducir que los esquemas urbanos quedaban absolutamente desdibujados, no presentando ninguna desigualdad espacial a la hora de morir. Es cierto que los desequilibrios porcentuales en algunas dolencias eran compensados con la presencia de otras causas de la misma naturaleza. Esta perturbación que producían las cifras causando un enrevesado desconcierto, puede explicarse por las características sociológicas de la ciudad de Sevilla. Al comentar la tipificación sociológica urbana quedaba ampliamente demostrado que no existían en la ciudad zonas "puras" desde el punto de vista social, sino por el contrario se contemplaba una mezcla armónica de las diferentes clases sociales.

Por ello podemos comprobar que aún existiendo alternancia de ciertas causas en los sectores medio, alto y Triana, el sector que presentó una letalidad mayor comparativamente con las demás y en todas las causas coincidió siempre con el sector bajo. Hay que comentar un dato más en este caso sobre el barrio de Triana. Como apuntábamos al indicar la sectorización urbana, por sus

características particulares habíamos decidido analizarla de forma independiente, aunque por sus esquemas pensábamos que debía pertenecer al sector medio. En efecto cuando observamos el cuadro de las enfermedades causantes de sus óbitos se demuestra el idéntico modelo de muerte que el seguido por el sector medio.

Concretando y salvando las diferencias porcentuales, todos los sectores urbanos concurrieron en las grandes causas de enfermedad. Pero el sector acomodado (zona centro) (tabla nº 11), mostró una inclinación porcentual por las enfermedades del sistema nervioso, bronquitis y neumonías, quedando las enfermedades digestivas relegadas a un nivel inferior. Este sector incluía fundamentalmente a las parroquias del centro de la ciudad y es muy posible que su situación geográfica en el casco urbano propiciara la aparición de enfermedades transmitidas por aire y favorecidas por las condiciones de humedad típico de toda la ciudad; en cambio su superioridad económica que repercutía en su mejor alimentación, junto con la existencia de una mínima red de alcantarillado, favorecían la menor participación de las diarreas y enteritis. Al compararlo con el distrito urbano compuesto por las demarcaciones parroquiales del norte y este de la ciudad, es decir, el sector marginal (tabla nº 13), comprobamos las condiciones de desigualdad en cuanto a la incidencia de las grandes causas, en este caso queda reflejado el recrudecimiento de la mortalidad por las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (diarreas y enteritis) especialmente ligadas a prácticas antihigiénicas y reveladoras de un menor nivel de vida. En esta tabla queda igualmente reflejada los índices especialmente altos de todas las demás causas.

Por último sólo comentar que el sector medio (tabla nº 12), donde queda incluida Triana (tabla nº 14), por sus especiales características compuesto por núcleos de parroquias dispersos en la ciudad y distantes entre sí, presentó ante la muerte un comportamiento intermedio, en él confluyeron dos enfermedades digestivas con elevados índices pero también las respiratorias.

Hasta ahora no hemos comentado la letalidad que produjeron los demás grupos nosológicos, pero realmente creemos que debido a su escasa participación sobre la mortalidad general no necesita mayor profundización que las cifras expuestas en las tablas.

7. DESIGUALDADES SOCIALES ANTE LA MUERTE

La influencia negativa de la actividad profesional sobre la muerte, como indicativo de un nivel de vida, es el argumento que nos incentivó a realizar este análisis. Quizás no sea absurdo volver a comentar que la codificación profesional por la que nos regimos es totalmente arbitraria y elaborada bajo unos criterios estrictamente teóricos.

La observación de esta variable mostró de una manera tajante las diferencias de la muerte en relación con la ocupación. La presencia en la ciudad de un sector numéricamente "dominante" proletario, con unas condiciones económicas e higiénicas deplorables hay que insertarlo en los esquemas de

mortalidad que presentaban. Por un lado en esta agrupación profesional la mortalidad registró las máximas cotas prácticamente en todas las grandes causas y rebasando ampliamente los porcentajes de los demás grupos sociales. La influencia de un conjunto de fenómenos sociales, culturales, higiénicos fueron los responsables de presentar no sólo estas elevadas cifras, sino la "calidad" de la muerte. Su estudio puso de manifiesto la prevalencia además de las enfermedades generales (Tuberculosis, enfermedades infecciosas) la gran participación de las enfermedades digestivas y respiratorias.

Al evaluar las causas de mortalidad que incidieron en la clase acomodada se comprueba la escasa prevalencia de las enfermedades digestivas frente a una acusada mortalidad por enfermedades del sistema nervioso, donde aún existiendo una participación de las meningitis en las edades infantiles, otro elevado porcentaje lo muestran las hemorragias y congestiones cerebrales cuyos causas son independientes de los factores infecciosos.

La clase media, volvió a presentar al igual que el distrito que ocupa mayoritariamente una situación intermedia entre las dos anteriores, aunque con una prevalencia mayor de las diarreas comparativamente con la clase alta.

Por último sólo comentar algunos datos sobre el grupo de asilados, militares y el clero. En el primer grupo dos grupos nosológicos fueron los que produjeron mayores óbitos, diarreas y las enfermedades cardíacas. Este

comportamiento ante la muerte se debe en el primer caso a las condiciones de insalubridad de los establecimientos donde residían la mayoría de ellos y el segundo caso, por tratarse un gran número de ellos de personas ancianas donde las dolencias cardiacas influyen sobremanera.

8. NOTAS SOBRE LA MORTALIDAD EN LOS RECINTOS HOSPITALARIOS

Hemos de recordar que dentro de la codificación urbana, habíamos incluido un código independiente para las muertes ocurridas en los recintos hospitalarios (tabla nº 15) y siempre que su único domicilio fuera estos establecimientos. Antes de comentar los resultados queremos hacer unas advertencias previas. Con este estudio no hemos intentado hacer un exhaustivo análisis de la mortalidad hospitalaria, entre otros motivos porque los datos nos lo impiden, tan sólo hemos pretendido hacer una valoración mínima de la muerte, observando sus principales causas e igualmente visualizando a través de las agrupaciones profesionales el usuario tipo del Hospital.

Aún desconociendo la forma exacta de la infraestructura asistencial de Sevilla, podemos afirmar que los hospitales estaban relegados a las clases menos favorecidas, como de hecho se aprecia con nitidez en nuestros resultados. Así de un total de 387 muertes hospitalarias donde no fue registrada otra dirección y por tanto no se pudo ubicar en otro distrito urbano, un grupo profesional sobresalió de forma llamativa el relativo a la agrupación proletaria, seguida inmediatamente de

los asilados. Por el contrario se mostró una escasísima participación de la clase media y casi nula de la clase "alta" (con 2 casos). Sólo comentar que el grupo profesional integrado por el clero y los militares se encontraban ocupando el tercer puesto, correspondiendo con las muertes registradas en el Hospital Militar fundamentalmente soldados.

En relación con las causas que mostraron mayor incidencia comprobamos la íntima relación con los grupos profesionales a los que pertenecían las muertes coincidiendo por tanto con las expuestas para estas profesiones, predominando por una parte las enfermedades cardíacas propias de las edades avanzadas de los asilados y por otro las enfermedades digestivas este caso por sus condiciones extremas de insalubridad (24). Junto a estas cifras elevadas, también las enfermedades generales y entre ellas la tuberculosis fue sin duda la mayor participante.

Estos resultados no difieren en absoluto con los datos profesionales aportados por Fal y Sánchez (25) en su informe, pero realmente no podemos

24 FEDRIANI, E. *Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina de Sevilla en la recepción pública del académico electo Dr. D _____* Sevilla, Imp. E. de las Heras.

25 FAL Y SANCHEZ, J. *Memoria que presenta a la Excm. Diputación Provincial de Sevilla D _____ Jefe Facultativo del Cuerpo Médico-Quirúrgico de la Beneficencia de esta Provincia.* Año 1.892. Sevilla. Impl. Col. Sordo-Mudos y Ciegos, 1.893.

hacer comparaciones con las causas de mortalidad porque no se especifican.

Estas breves notas sobre la mortalidad hospitalaria aunque simplistas, pueden constituir la base de futuras investigaciones sobre este apasionante tema.

<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
I. Enfermedades Generales	1333	33.2
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	594	14.8
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	466	11.6
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	557	13.9
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	602	15
VI. Enfermedades del Apto Genito-Urinario	75	1.9
VII. Estado Puerperal	19	0.5
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	34	0.8
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	47	1.2
X. Vicios de Conformación	36	0.9
XI. Primera Infancia	49	1.2
XII. Vejez	72	1.8
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	26	0.6
XIV. Enfermedades Mal Definidas	109	2.7

Tabla nº 1: Distribución de la mortalidad por grandes grupos de enfermedades. Frecuencia y Porcentaje.

<u>Enfermedades</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Tuberculosis pulmonar	450	11.2
Enfermedades Orgánicas del corazón	337	8.4
Diarreas y enteritis menores de 2 años	258	6.4
Otras localizaciones Tuberculosas	224	5.5
Meningitis	222	5.5
Diarreas y enteritis mayores de 2 años	206	5.1

Tabla nº 2: Mortalidad en Sevilla (1.875-1.924).
Enfermedades con máximas frecuencias.

<u>Causas</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Enfermedades Respiratorias	483	12
Diarreas y enteritis	464	11.5
Tuberculosis pulmonar	450	11.2
Lesión orgánica del corazón	337	8.4
Meningitis	222	5.5

Tabla nº 3: Mortalidad en Sevilla (1.875-1.924).
Asociación de causas con máximas frecuencias.

<u>Edad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Menores de 1 año	771	19.2
1-5	764	19.0
6-10	113	2.8
11-20	152	3.8
21-30	319	7.9
31-40	279	7.0
41-50	291	7.3
51-60	324	8.1
61-70	425	10.6
71-+	575	14.3

Tabla nº 4: Distribución de la población muestral por grupos de edad. Frecuencia y porcentaje.

<u>Edad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
0-11 meses	771	19.2
1 año	323	8
2 "	193	4.8
3 "	133	3.3
4 "	66	1.6
5 "	48	1.2

Tabla nº 5: Distribución de la mortalidad en los primeros 5 años de vida. Frecuencia y porcentaje.

<u>Edad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Porcentaje</u>
Jornaleros Artesanos (3)	1043	72
Empleados Maestros (2)	193	9.8
Profesiones liberales Industriales (1)	151	7.7
Militares Clero (4)	80	4.0
Asilados Cesantes (5)	137	6.9

Tabla nº 6: Distribución porcentual de la población activa de la muestra por orden de frecuencia.

Distritos de la ciudad	Profesionales liberales (1)	Empleados Maestros (2)	Jornaleros Artesanos (3)	Militares Clero (4)	Asilados Cesantes (5)	Sin profesión (6)
Alto	75 9.7	52 6.7	208 26.8	21 2.7	7 0.9	414 53.3
Medio	45 4.4	55 5.4	340 33.4	20 2.0	10 1.0	549 53.9
Bajo	17 1.5	52 4.7	475 42.6	8 0.7	6 0.5	557 50.0
Triana	12 2.0	19 3.2	216 36.4	5 0.8	1 0.2	341 57.0

Tabla nº 7: Distribución de los distintos grupos sociales en el espacio urbano.

<u>Sectores de la ciudad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
(1) Alto	208	26.8	14.8
(2) Medio	340	33.4	24.2
(3) Bajo	475	42.6	33.9
(4) Triana	216	36.4	15.4

Tabla nº 8: Distribución del "proletariado" (grupo 3) en los sectores urbanos.

<u>Sectores de la ciudad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
(1) Alto	52	6.7	26.9
(2) Medio	55	5.4	28.5
(3) Bajo	40	4.7	26.9
(4) Triana	19	3.2	9.8

Tabla nº 9: Distribución de la clase "media" (grupo 2) en los sectores urbanos.

<u>Sectores de la ciudad</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
(1) Alto	75	9.7	49.7
(2) Medio	45	4.4	29.8
(3) Bajo	17	1.5	11.3
(4) Triana	12	2.0	7.9

Tabla nº 10: Distribución de la clase "alta" (grupo 1) en los sectores urbanos.

<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
I. Enfermedades Generales	242	31.1	18.2
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	139	17.9	23.4
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	90	11.6	19.3
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	119	15.5	21.4
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	95	12.2	15.8
VI. Enfermedades del Aparato Genito-Urinario	14	1.8	18.7
VII. Estado Puerperal	7	0.9	36.8
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	8	1.0	23.5
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	6	0.8	12.8
X. Vicios de Conformación	6	0.8	16.7
XI. Primera Infancia	9	1.2	18.4
XII. Vejez	12	1.5	16.7
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	7	0.9	26.9
XIV. Enfermedades Mal Definidas	23	3.0	21.1

Tabla nº 11: Distribución de la mortalidad por grandes causas en el sector "alto" de la ciudad. Frecuencia. Porcentaje. Relación con los demás distritos.

<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
I. Enfermedades Generales	386	37.9	29.0
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	126	12.4	21.2
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	119	11.7	25.5
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	139	13.6	25.0
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	142	13.9	23.6
VI. Enfermedades del Apto Genito-Urinario	26	2.6	34.7
VII. Estado Puerperal	3	0.3	15.8
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	6	0.6	17.6
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	13	1.3	27.7
X. Vicios de Conformación	9	0.9	25.0
XI. Primera Infancia	9	0.9	18.4
XII. Vejez	15	1.5	20.8
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	4	0.4	15.4
XIV. Enfermedades Mal Definidas	22	2.2	20.2

Tabla nº 12: Distribución de la mortalidad por grandes causas en el sector "medio" de la ciudad. Frecuencia. Porcentaje. Relación con los demás distritos.

<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
I. Enfermedades Generales	364	32.6	27.3
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	179	16.1	30.1
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	113	10.1	24.2
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	166	14.9	29.8
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	184	16.5	30.6
VI. Enfermedades del Aparato Genito-Urinario	12	1.1	16.0
VII. Estado Puerperal	5	0.4	26.3
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	6	0.5	17.6
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	15	1.3	31.9
X. Vicios de Conformación	9	0.8	25.0
XI. Primera Infancia	11	1.0	22.4
XII. Vejez	19	1.7	26.4
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	3	0.3	11.5
XIV. Enfermedades Mal Definidas	29	2.6	26.6

Tabla nº 13: Distribución de la mortalidad por grandes causas en el sector "bajo" de la ciudad. Frecuencia. Porcentaje. Relación con los demás distritos.

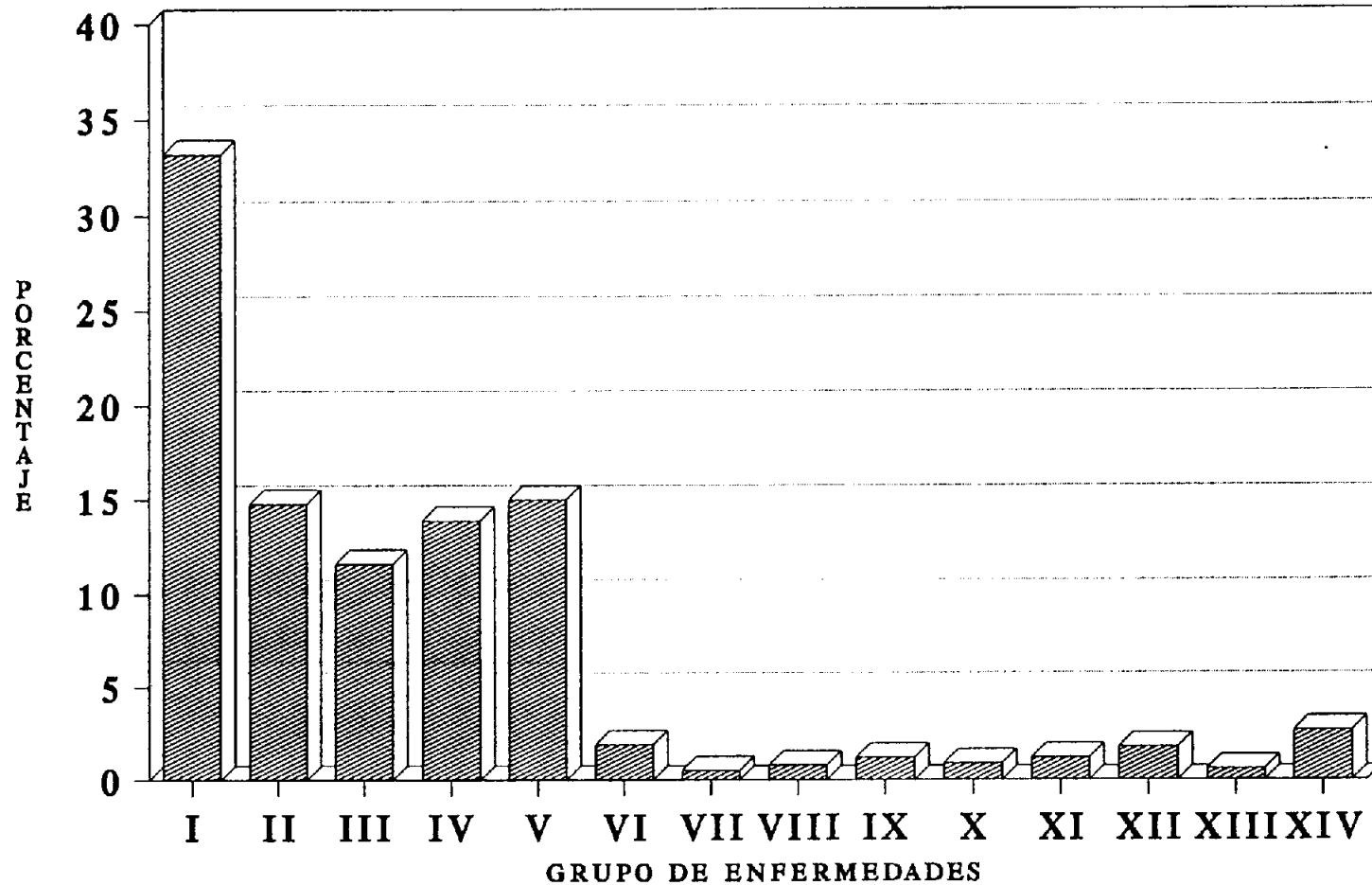
<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
I. Enfermedades Generales	180	30.3	13.5
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	79	13.3	13.3
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	64	10.8	13.7
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	91	15.3	16.3
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	103	17.3	17.1
VI. Enfermedades del Apto. Genito-Urinario	9	1.5	12.0
VII. Estado Puerperal	4	0.7	21.1
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	7	1.2	20.6
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	11	1.9	23.4
X. Vicios de Conformación	10	1.7	27.8
XI. Primera Infancia	7	1.2	14.3
XII. Vejez	5	0.8	6.9
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	5	0.8	19.2
XIV. Enfermedades Mal Definidas	19	3.2	17.4

Tabla nº 14: Distribución de la mortalidad por grandes causas en el barrio de Triana. Frecuencia. Porcentaje. Relación con los demás distritos.

<u>Grupos</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>%</u>	<u>Relación con los demás distritos</u>
I. Enfermedades Generales	124	32.0	9.3
II. Enfermedades del Sistema Nervioso	54	14.0	9.1
III. Enfermedades del Aparato Respiratorio	62	16.0	13.3
IV. Enfermedades del Aparato Circulatorio	35	9.0	6.3
V. Enfermedades del Aparato Digestivo	59	15.2	9.8
VI. Enfermedades del Apto Genito-Urinario	13	3.4	17.3
VII. Estado Puerperal	0	0	0
VIII. Enfermedades de la Piel y del Tejido celular	4	1.0	11.8
IX. Enfermedades de los Organos de Locomoción	2	0.5	4.3
X. Vicios de Conformación	0	0	0
XI. Primera Infancia	2	0.5	4.1
XII. Vejez	20	5.2	27.8
XIII. Afecciones Producidas por Causas Externas	4	1.0	15.4
XIV. Enfermedades Mal Definidas	8	2.1	7.3

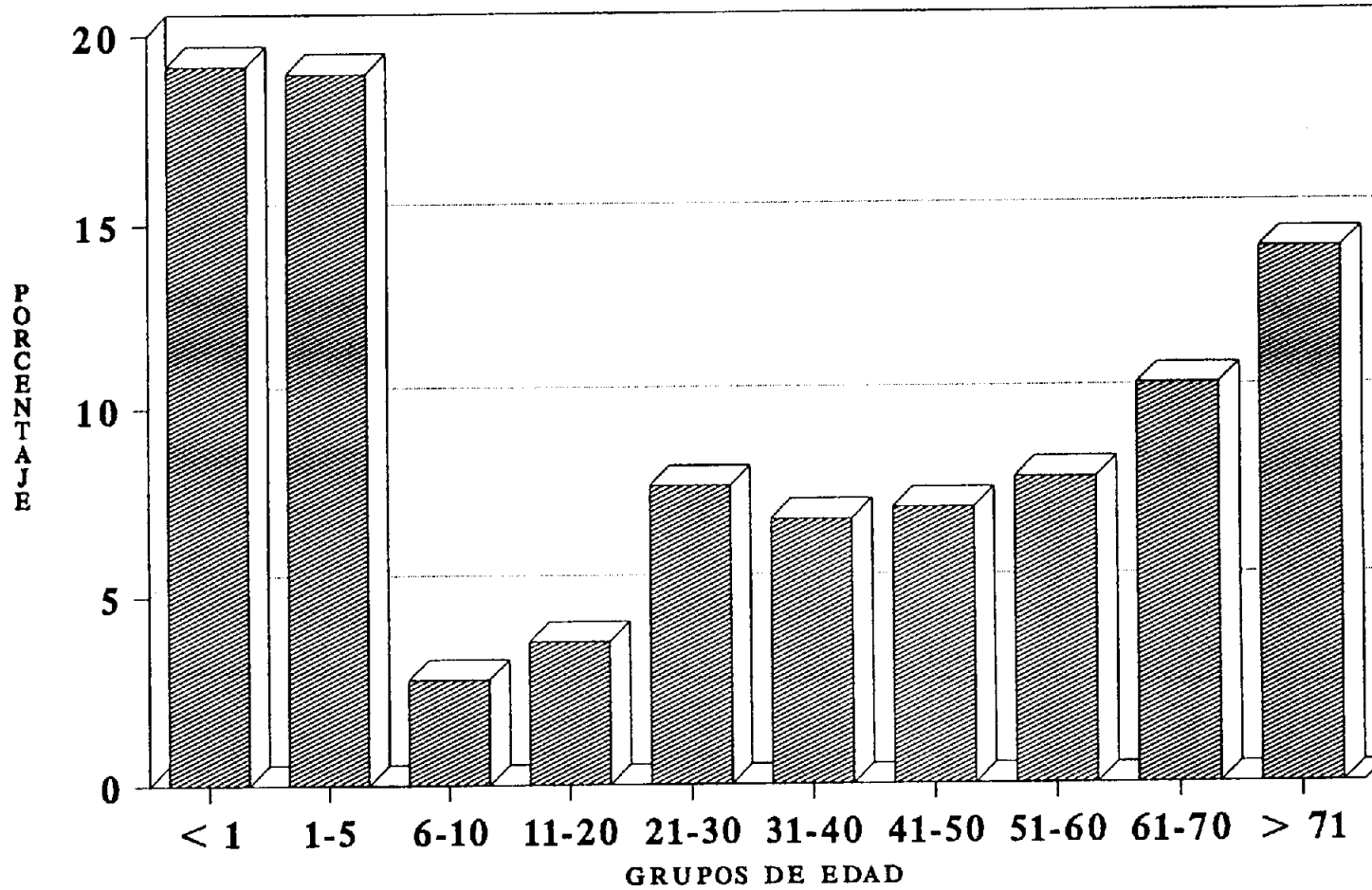
Tabla nº 15: Distribución de la mortalidad por grandes causas en los recintos hospitalarios. Frecuencia. Porcentaje. Relación con los demás distritos.

Mortalidad en Sevilla (1.875-1.924)
Distribución por grandes causas según
Clasificación Internacional Enfermedades



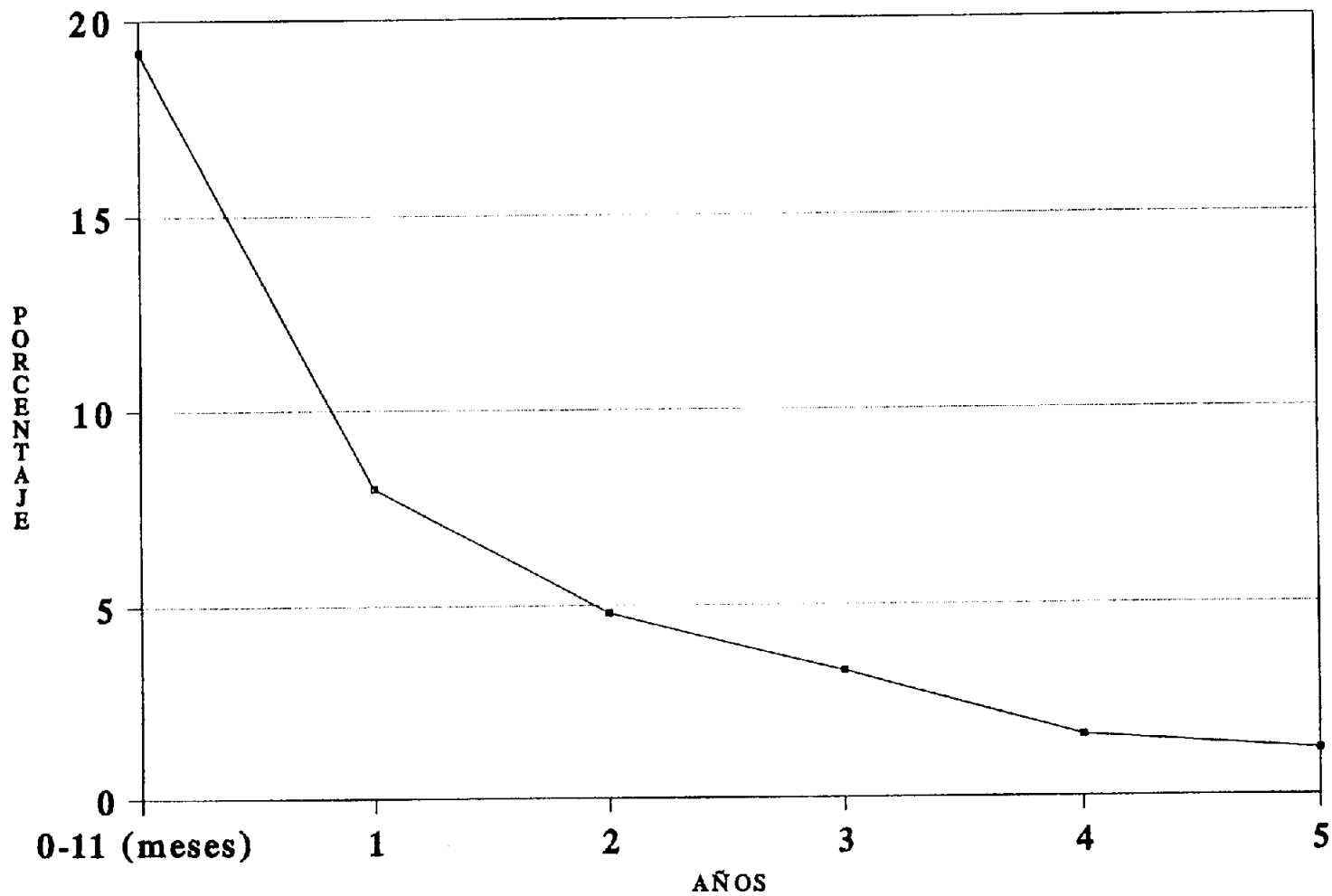
Gráfica nº 1

Representación gráfica de la
distribución de la mortalidad por
grupos de edad



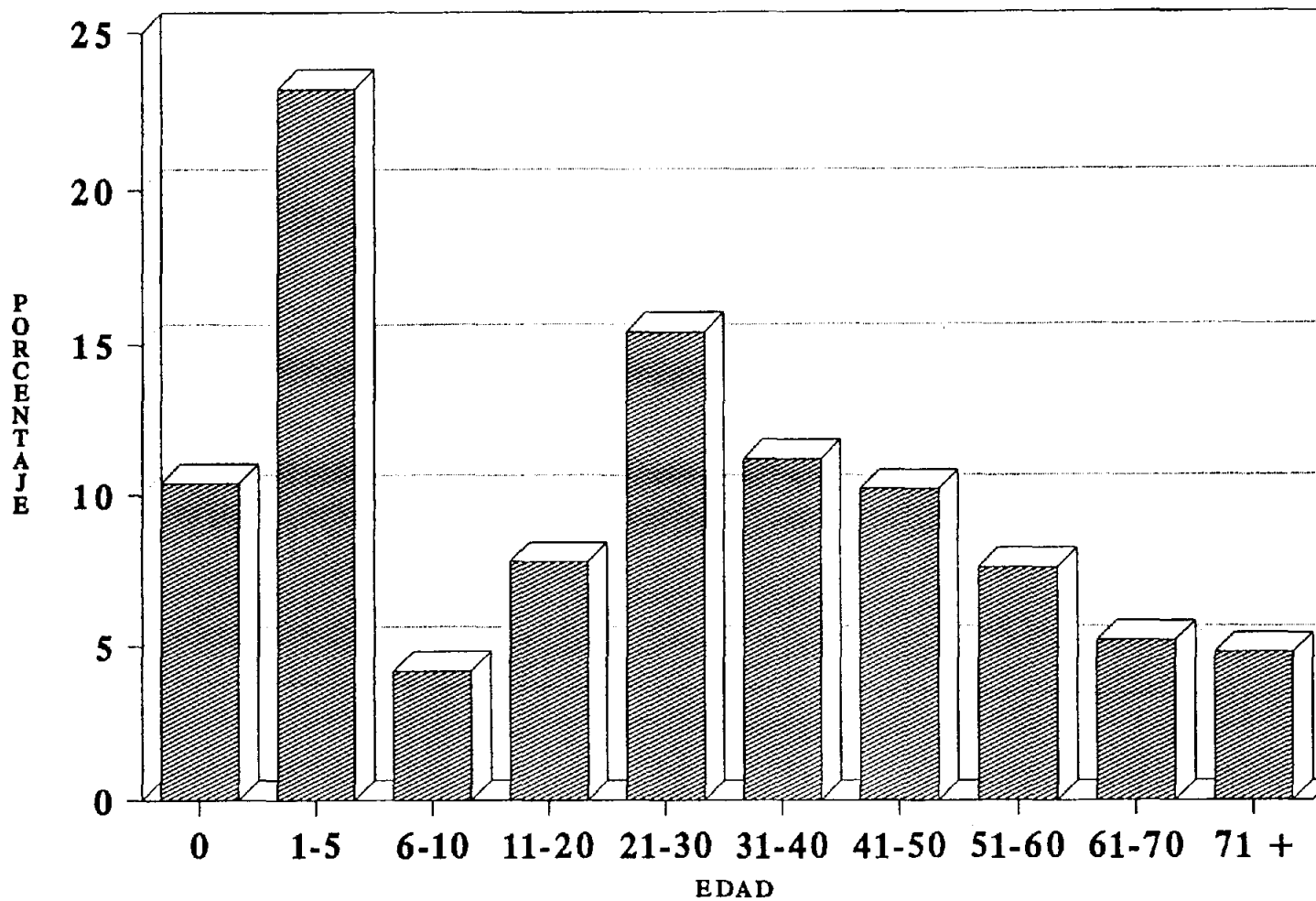
Gráfica nº 2

Representación gráfica de la mortalidad en los primeros 5 años de vida.



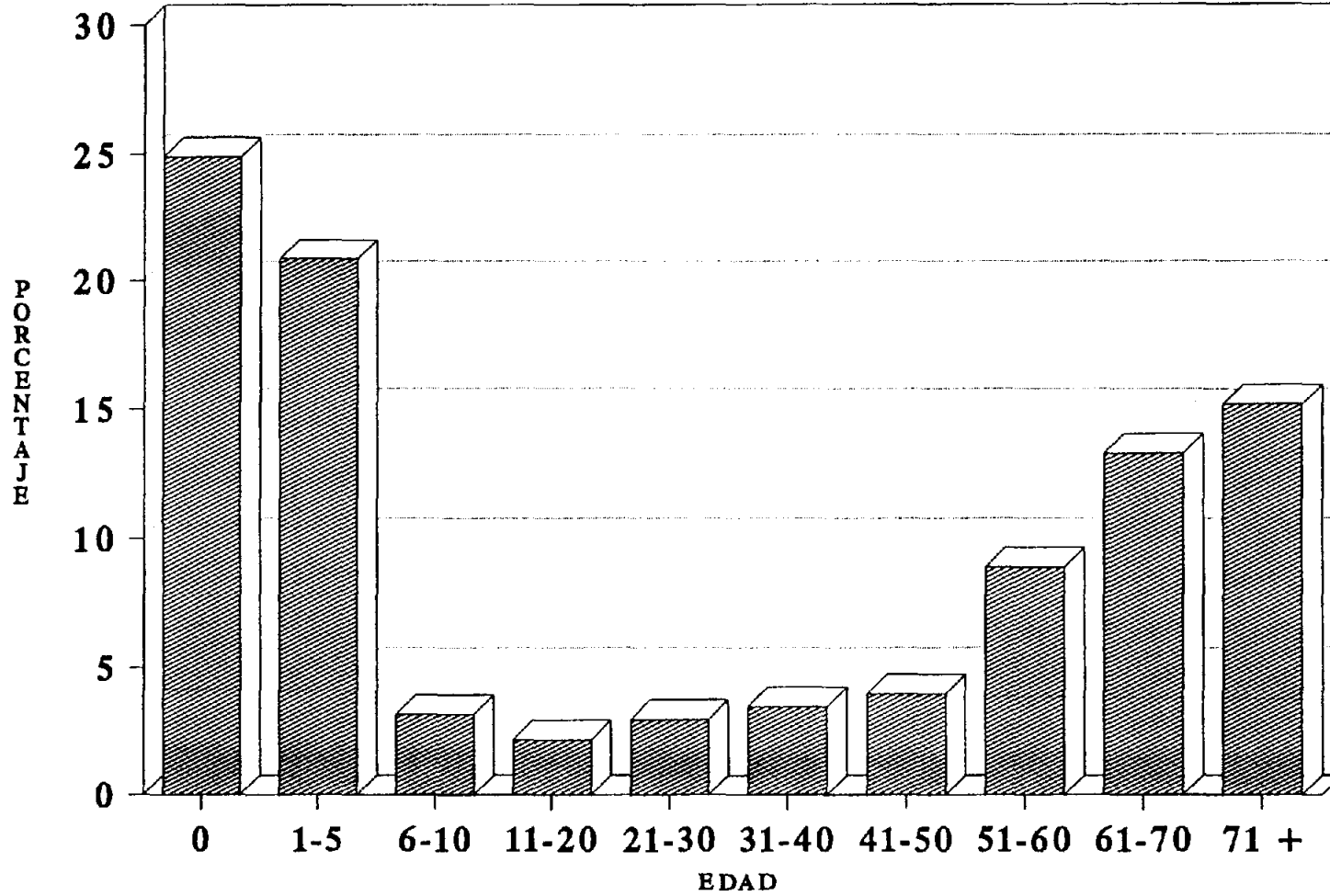
Gráfica nº 3

Distribución de las Enfermedades Generales por grupos de edad



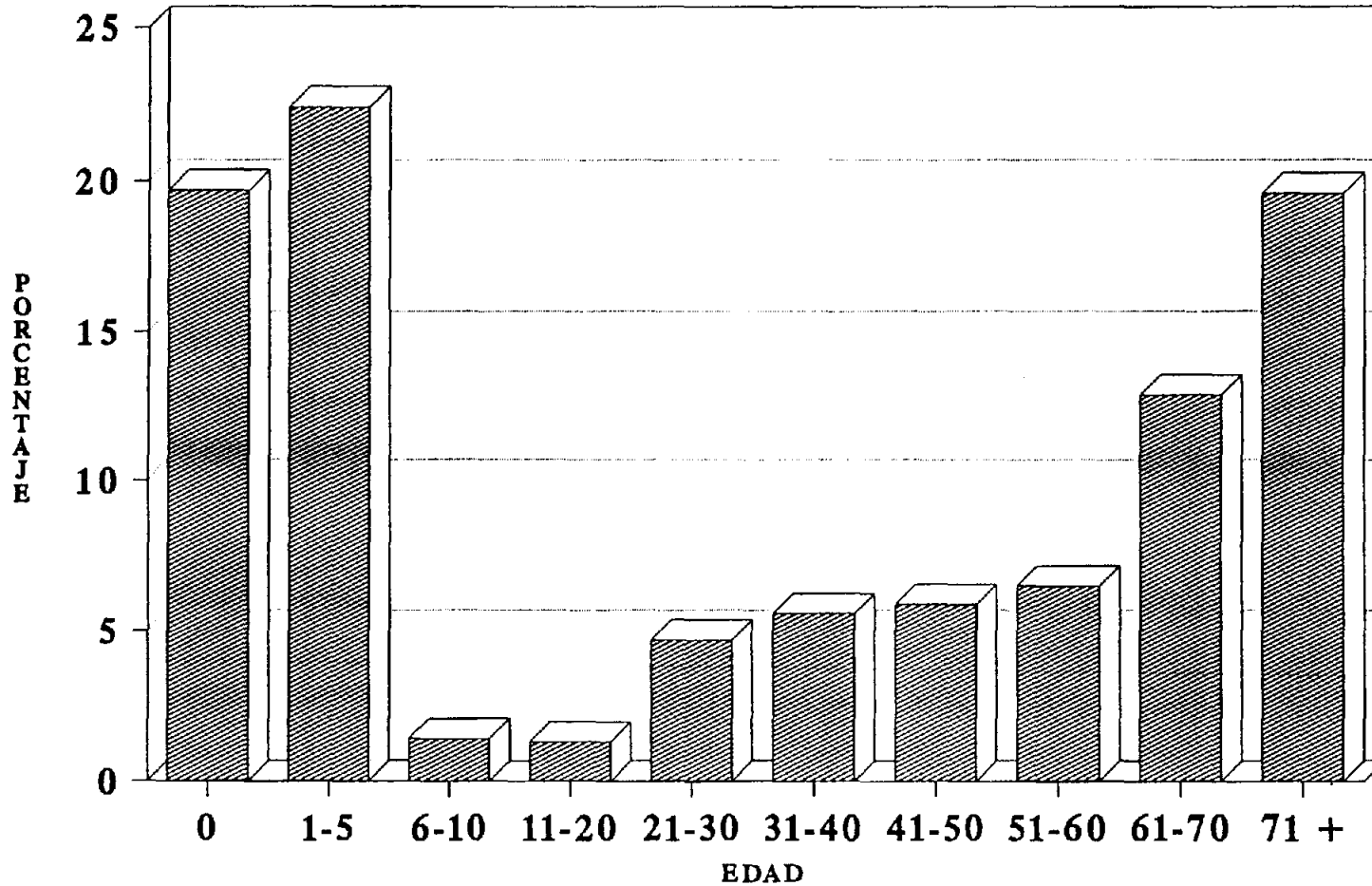
Gráfica nº 4

Distribución de las Enfermedades del Sistema Nervioso por grupos de edad



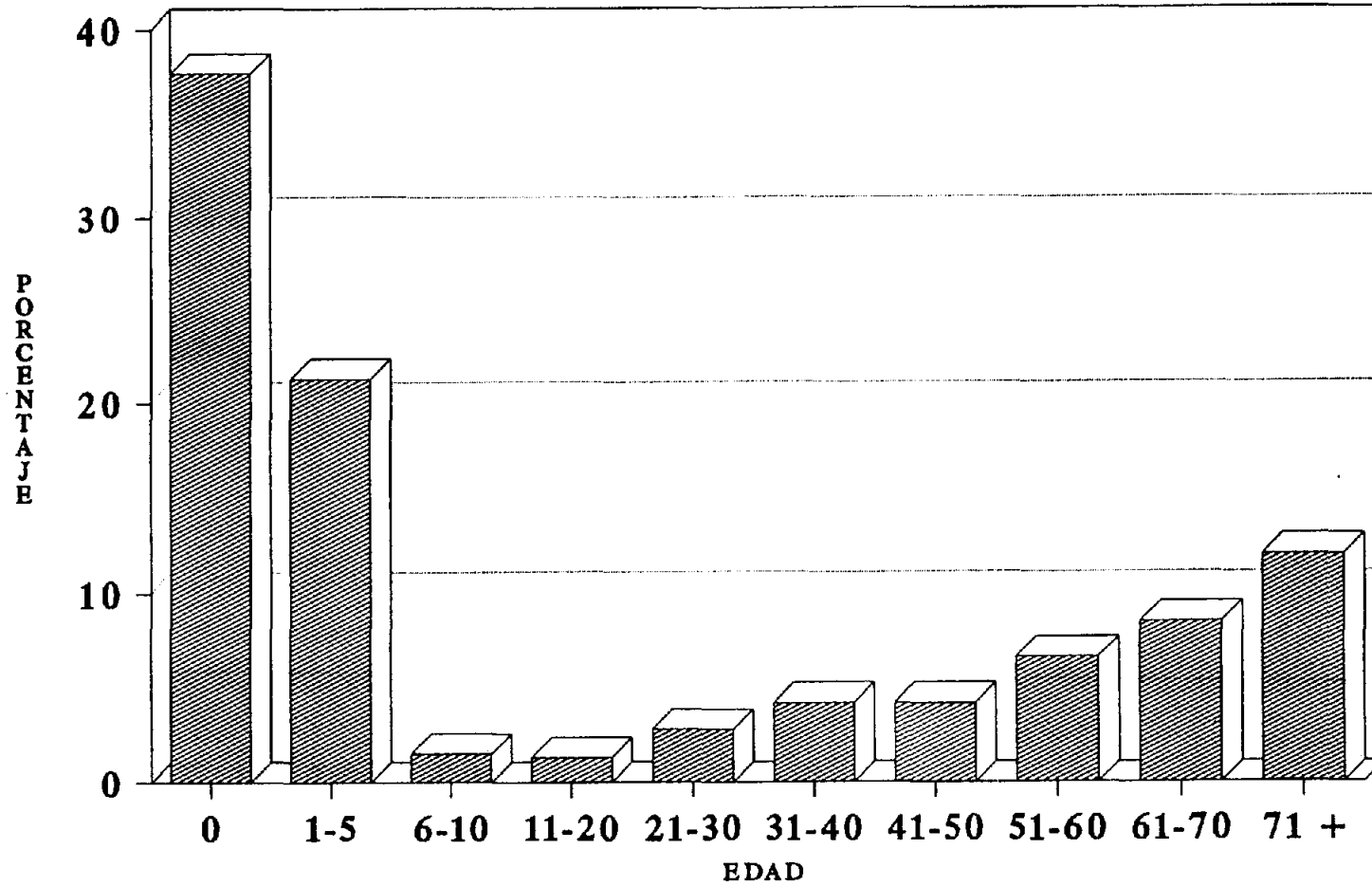
Gráfica nº 5

Distribución de las Enfermedades del Aparato Respiratorio por grupos de edad



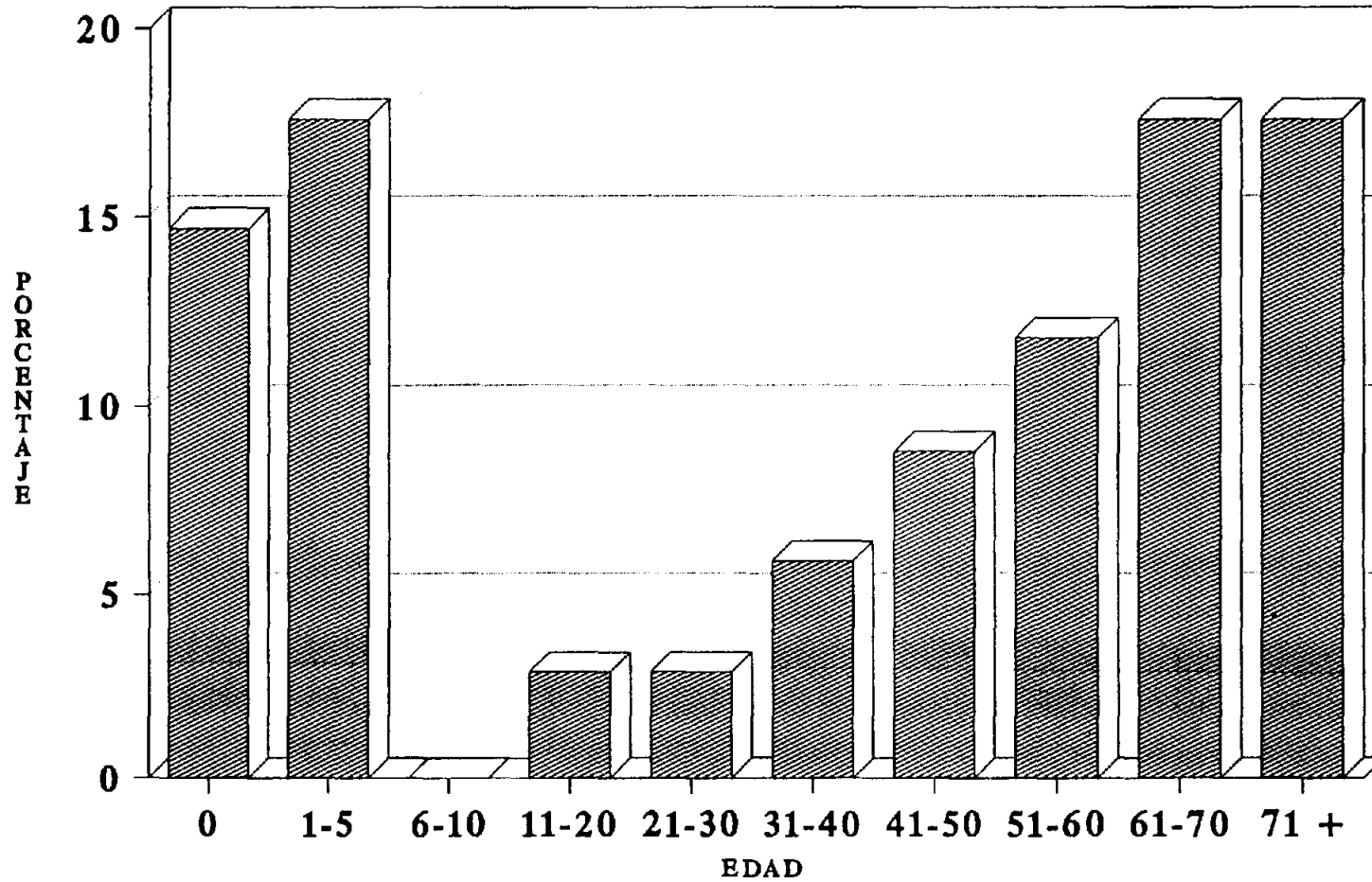
Gráfica nº 6

**Distribución de las Enfermedades
del Aparato Digestivo
por grupos de edad**



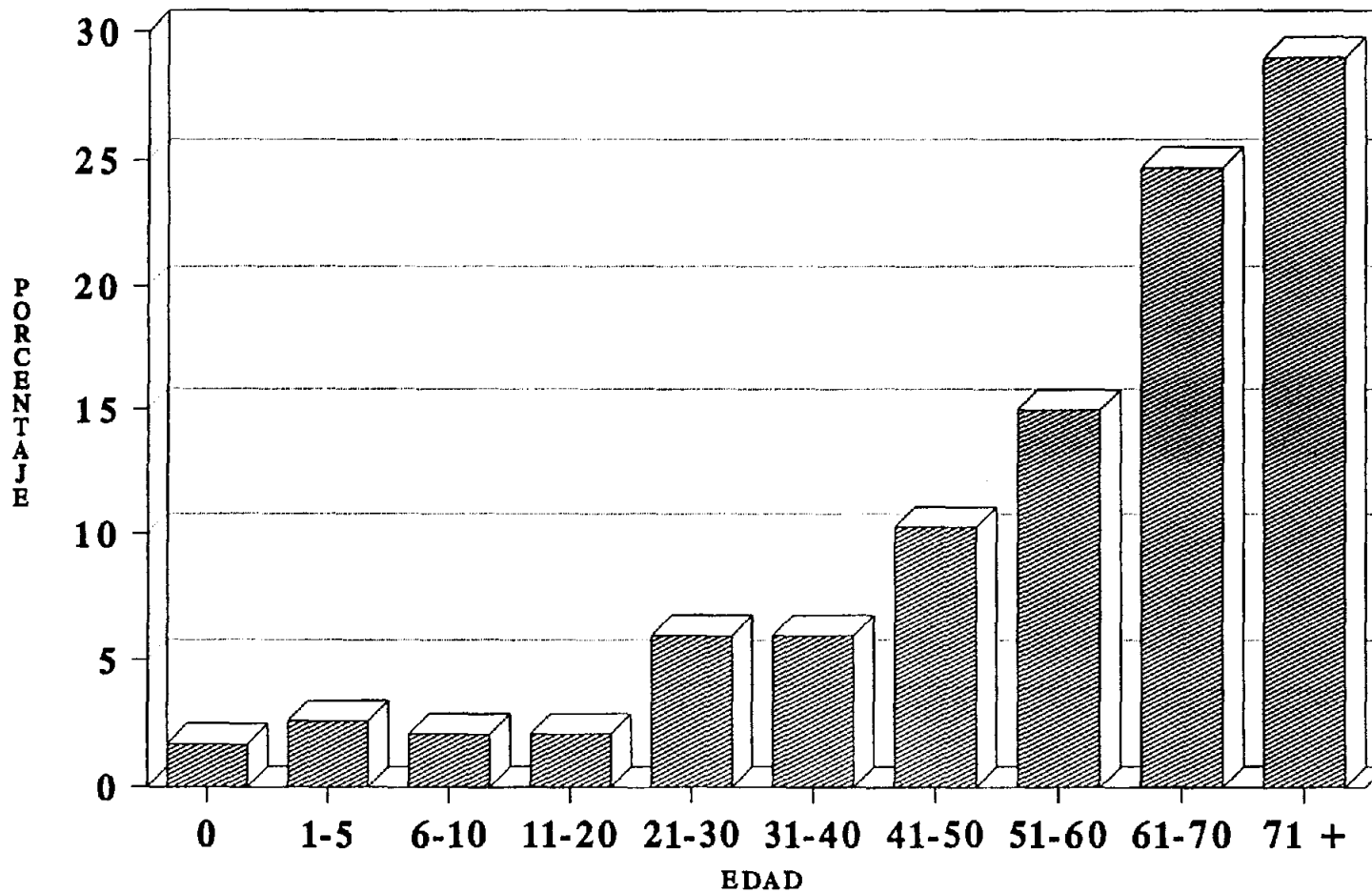
Gráfica nº 7

**Distribución de las Enfermedades
de la piel y tejido celular
por grupos de edad**



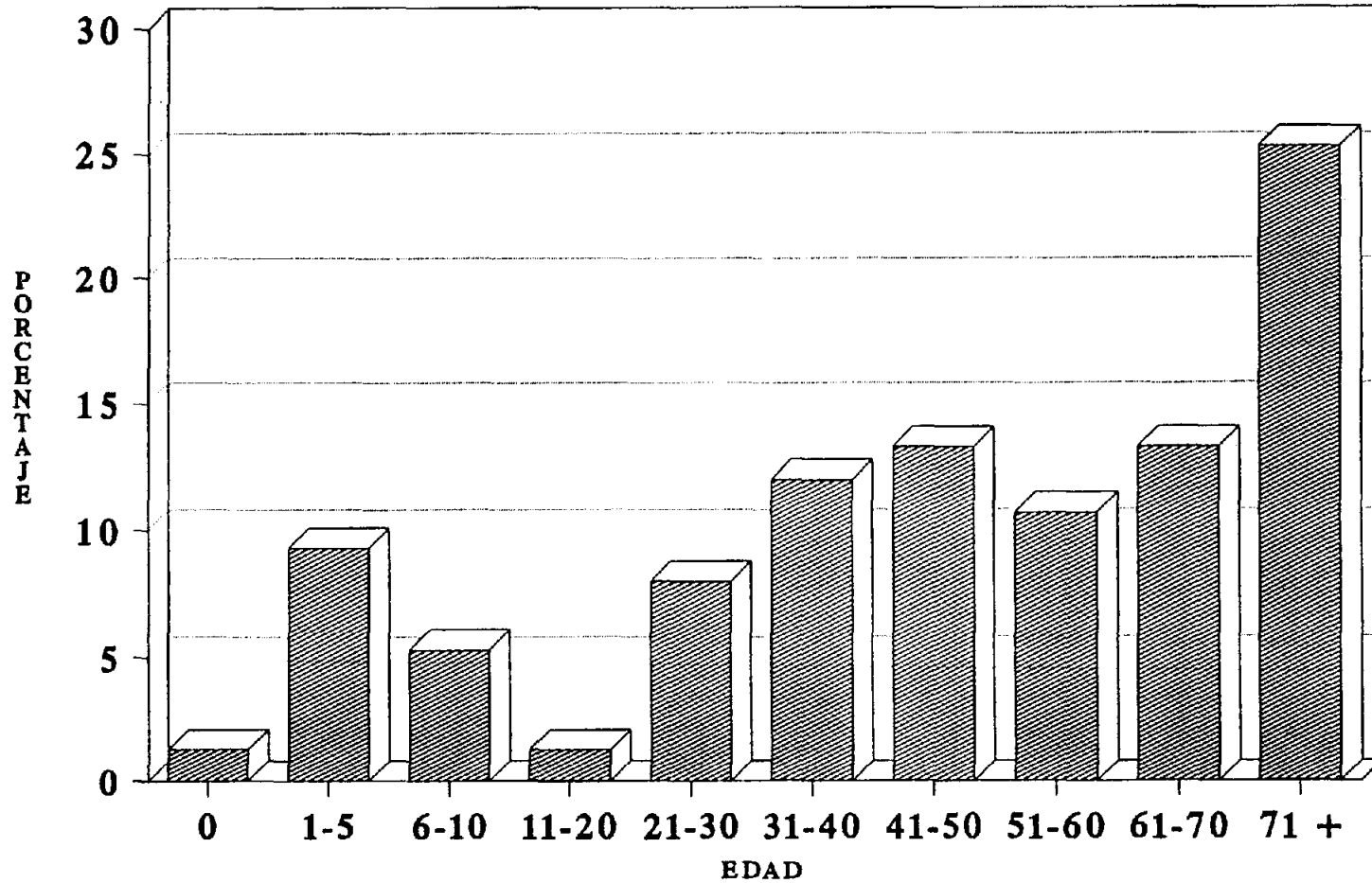
Gráfica nº 8

Distribución de las Enfermedades
del Aparato Circulatorio
por grupos de edad



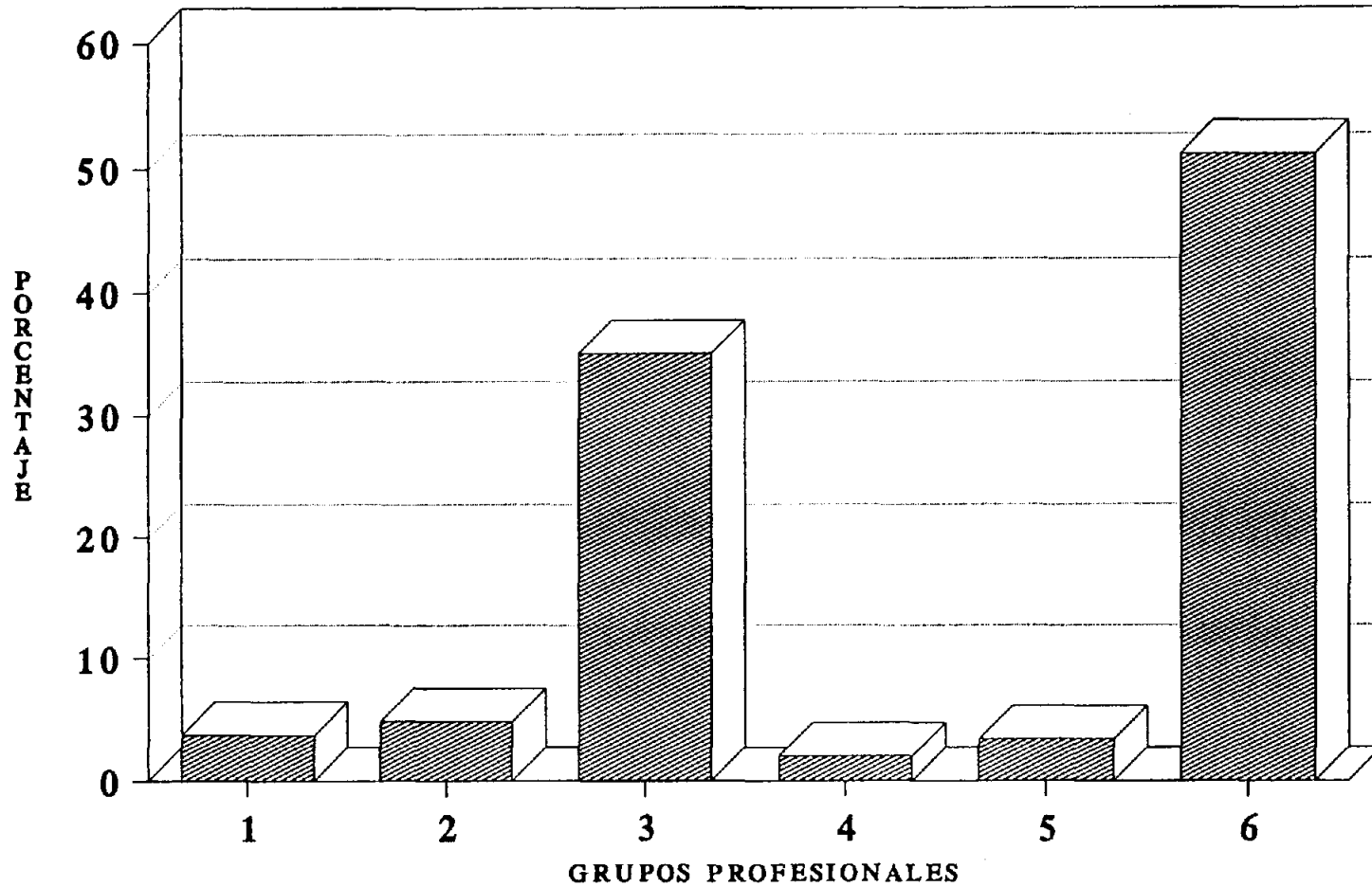
Gráfica nº 9

Distribución de las Enfermedades del Aparato Genito-Urinario por grupos de edad



Gráfica n° 10

**Representación gráfica de los
componentes de los
sectores sociales**



Gráfica nº 11

Encarnación Barrial Domínguez
"La muerte en la Sevilla de la Restauración
(1875-1924): Análisis epidemiológico y levantamiento
documental".

APROBADO CON LAUDO

~~Encarnación Barrial Domínguez~~ 7

Almudena Barrial Domínguez

92
Yanet Barrial Domínguez
2 TT

~~Almudena Barrial Domínguez~~

Almudena Barrial Domínguez