

**UNIVERSIDAD DE CÁDIZ**  
**FACULTAD DE MEDICINA**



**LA MORTALIDAD EN CÁDIZ (1900-1920)**  
Memoria para optar al grado de doctor presentada por

**ORESTES OCTAVIO RODRÍGUEZ AGUADO**

Bajo la dirección de los Profs. Drs. FRANCISCO  
HERRERA RODRÍGUEZ Y JOSÉ ALMENARA BARRIOS

**Cádiz, noviembre 2015**



A mi padre, por inculcarme el valor de la educación y su confianza  
en mí.  
A mi madre, porque en todo me apoya.  
A Lydia y a Javier, por el tiempo que les he quitado.



## **AGRADECIMIENTOS**

A los Profesores Drs. D. Francisco Herrera Rodríguez y D. José Almenara Barrios por su ayuda, magisterio, dirección y, sobre todo, infinita paciencia en la elaboración de este trabajo de investigación.

Al personal del Registro Civil de Cádiz, por la colaboración prestada para facilitar la recogida de los datos.

A Doña Antonia Arias del Servicio Central de Bibliotecas de la Universidad de Cádiz por su accesibilidad y colaboración en la localización de material de difícil acceso.

A Don José Manuel de la Fuente Rodríguez, por su inestimable ayuda en la resolución de los diversos problemas informáticos que se han presentado en estos años.

A Don José de la Fuente Campodarbe, por permitirme acceder a su archivo personal fotográfico de Cádiz.

A los médicos residentes en formación, alumnos de grado en prácticas y de Máster que han rotado por mi unidad y que me han supuesto un estímulo para superar nuevas metas.

A mi familia y amigos por los ánimos dados en este tiempo.





Francisco Herrera Rodríguez, Catedrático de Escuela Universitaria del área de Historia de la Ciencia de la Universidad de Cádiz.

**CERTIFICA:**

Que bajo mi dirección D. Orestes O. Rodríguez Aguado, licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral titulada: *“La mortalidad en Cádiz (1900-1920)”*.

Revisado el mismo, estimo que puede ser presentado al tribunal que ha de juzgarlo y para que conste a efecto de lo establecido, autorizo la presentación de esta tesis en la Universidad de Cádiz.

Fdo.: Francisco Herrera Rodríguez







José Almenara Barrios, Catedrático de Escuela Universitaria del área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Cádiz.

CERTIFICA:

Que bajo mi dirección D. Orestes O. Rodríguez Aguado, licenciado en Medicina y Cirugía, ha realizado el trabajo de investigación correspondiente a su tesis doctoral titulada: *“La mortalidad en Cádiz (1900-1920)”*.

Revisado el mismo, estimo que puede ser presentado al tribunal que ha de juzgarlo y para que conste a efecto de lo establecido, autorizo la presentación de esta tesis en la Universidad de Cádiz.

Fdo.: José Almenara Barrios



Cuando se comparan tiempos hay que usar una partida doble. Hay que comparar los hechos de una época con los de otra y, por separado, los ideales o normas vigentes en ambas. De un lado, el “haber”; de otro, el “deber”.

Ortega y Gasset. El espectador. 1967; Barcelona: Salvat; 1967 p.126.

“Ayer, ¿no sabe usted?, tuve tres esputos rojos grandes y cinco pequeños. ¿No cree usted que, seguramente, será de la garganta?”.

Cela C. Pabellón de reposo. Barcelona: Destino; 1952. p. 33.



# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE ABREVIATURAS</b>	<b>19</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>21</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN	23
1.2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	29
1.3. SITUACIÓN POLÍTICA Y SOCIOECONÓMICA EN EL PERIODO ESTUDIADO	31
1.3.1. <i>Situación en España (1900 – 1920)</i>	31
1.3.2. <i>Situación en Cádiz</i>	39
1.4. CONTEXTO SANITARIO (1900-1920)	49
1.4.1. <i>Sanidad Española</i>	49
1.4.2. <i>Sanidad Gaditana</i>	61
<b>2. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	<b>71</b>
2.1. TIPO DE ESTUDIO	73
2.2. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES UTILIZADAS	76
2.2.1. <i>Fuentes manuscritas</i>	76
2.2.2. <i>Fuentes impresas</i>	84
2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	87
2.4. PROGRAMAS INFORMÁTICOS	93
2.5. CLASIFICACIÓN DE LAS EXPRESIONES DIAGNÓSTICAS DE CAUSAS DE MUERTE	93
2.6. CARACTERÍSTICAS DE LAS INSCRIPCIONES RECOGIDAS	94
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>97</b>
3.1. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1900	101
3.1.1. <i>Mortalidad general</i>	101
3.1.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	103
3.1.3. <i>Mortalidad y edad</i>	103
3.1.4. <i>Mortalidad y causas</i>	106
3.2. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1901	109
3.2.1. <i>Mortalidad general</i>	109
3.2.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	111
3.2.3. <i>Mortalidad y edad</i>	112
3.2.4. <i>Mortalidad y causas</i>	114

3.3. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1902	118
3.3.1. <i>Mortalidad general</i>	118
3.3.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	119
3.3.3. <i>Mortalidad y edad</i>	120
3.3.4. <i>Mortalidad y causas</i>	123
3.4. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1903	127
3.4.1. <i>Mortalidad general</i>	127
3.4.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	128
3.4.3. <i>Mortalidad y edad</i>	129
3.4.4. <i>Mortalidad y causas</i>	132
3.5. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1904	135
3.5.1. <i>Mortalidad general</i>	135
3.5.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	137
3.5.3. <i>Mortalidad y edad</i>	138
3.5.4. <i>Mortalidad y causas</i>	141
3.6. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1905	144
3.6.1. <i>Mortalidad general</i>	144
3.6.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	146
3.6.3. <i>Mortalidad y edad</i>	146
3.6.4. <i>Mortalidad y causas.</i>	149
3.7. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1906	152
3.7.1. <i>Mortalidad general</i>	152
3.7.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	153
3.7.3. <i>Mortalidad y edad</i>	154
3.7.4. <i>Mortalidad y causas</i>	157
3.8. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1907	160
3.8.1. <i>Mortalidad general</i>	160
3.8.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	162
3.8.3. <i>Mortalidad y edad</i>	162
3.8.4. <i>Mortalidad y causas</i>	165
3.9. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1908	168
3.9.1. <i>Mortalidad general</i>	168
3.9.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	169

3.9.3. <i>Mortalidad y edad</i>	170
3.9.4. <i>Mortalidad y causas</i>	173
3.10. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1909	176
3.10.1. <i>Mortalidad general</i>	176
3.10.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	177
3.10.3. <i>Mortalidad y edad</i>	178
3.10.4. <i>Mortalidad y causas</i>	181
3.11. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1910	184
3.11.1. <i>Mortalidad general</i>	184
3.11.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	185
3.11.3. <i>Mortalidad y edad</i>	186
3.11.4. <i>Mortalidad y causas</i>	189
3.12. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1911	193
3.12.1. <i>Mortalidad general</i>	193
3.12.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	194
3.12.3. <i>Mortalidad y edad</i>	195
3.12.4. <i>Mortalidad y causas</i>	198
3.13. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1912	201
3.13.1. <i>Mortalidad general</i>	201
3.13.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	202
3.13.3. <i>Mortalidad y edad</i>	203
3.13.4. <i>Mortalidad y causas</i>	206
3.14. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1913	209
3.14.1. <i>Mortalidad general</i>	209
3.14.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	210
3.14.3. <i>Mortalidad y edad</i>	211
3.14.4. <i>Mortalidad y causas</i>	214
3.15. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1914	217
3.15.1. <i>Mortalidad general</i>	217
3.15.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	218
3.15.3. <i>Mortalidad y edad</i>	219
3.15.4. <i>Mortalidad y causas</i>	222
3.16. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1915	225

3.16.1. <i>Mortalidad general</i>	225
3.16.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	226
3.16.3. <i>Mortalidad y edad</i>	227
3.16.4. <i>Mortalidad y causas</i>	230
3.17. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1916	233
3.17.1. <i>Mortalidad general</i>	233
3.17.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	234
3.17.3. <i>Mortalidad y edad</i>	235
3.17.4. <i>Mortalidad y causas</i>	238
3.18. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1917	241
3.18.1. <i>Mortalidad general</i>	241
3.18.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	242
3.18.3. <i>Mortalidad y edad</i>	243
3.18.4. <i>Mortalidad y causas</i>	246
3.19. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1918	249
3.19.1. <i>Mortalidad general</i>	249
3.19.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	251
3.19.3. <i>Mortalidad y edad</i>	252
3.19.4. <i>Mortalidad y causas</i>	254
3.20. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1919	258
3.20.1. <i>Mortalidad general</i>	258
3.20.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	259
3.20.3. <i>Mortalidad y edad</i>	260
3.20.4. <i>Mortalidad y causas</i>	263
3.21. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1920	267
3.21.1. <i>Mortalidad general</i>	267
3.21.2. <i>Mortalidad y sexo.</i>	268
3.21.3. <i>Mortalidad y edad</i>	269
3.21.4. <i>Mortalidad y causas</i>	272
3.22. LA MORTALIDAD EN EL PERIODO COMPLETO (1900-1920)	275
3.22.1. <i>Mortalidad general</i>	275
3.22.2. <i>Mortalidad y sexo</i>	275
3.22.3. <i>Mortalidad y edad</i>	276



3.22.4. <i>Mortalidad y causas</i>	278
3.23. ESTUDIOS ESPECÍFICOS DE MORTALIDAD	281
3.23.1. <i>Crisis de mortalidad</i>	281
<b>4. DISCUSIÓN</b>	<b>285</b>
4.1. MORTALIDAD GENERAL	294
4.2. MORTALIDAD Y SEXO	301
4.3. MORTALIDAD Y EDAD	303
4.4. MORTALIDAD Y CAUSAS	310
4.5. LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN CÁDIZ	320
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>337</b>
5.1. CONCLUSIONES SOBRE CLASIFICACIONES DE CAUSAS DE ENFERMEDADES Y GLOSARIO TERMINOLÓGICO GENERADO	339
5.2. CONCLUSIONES SOBRE MORTALIDAD GENERAL	340
5.3. CONCLUSIONES SOBRE MORTALIDAD INFANTIL	342
5.4. CONCLUSIONES SOBRE CRISIS DE MORTALIDAD	344
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>345</b>
<b>7. ANEXOS</b>	<b>375</b>
7.1. ANEXO 1. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 9ª REVISIÓN. GRANDES GRUPOS	377
7.2. ANEXO 2. CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES HERRERA - ALMENARA	378
7.3. ANEXO 3. CLASIFICACIÓN PROPIA HERRERA – ALMENARA – RODRÍGUEZ (MODIFICADA Y AMPLIADA)	382
7.4. ANEXO 4. RELACIÓN DE ENFERMEDADES SEGÚN “MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN” (1901). NOMENCLATURA DETALLADA DEL DR. BERTILLON	466
7.5. ANEXO 5. RELACIÓN DE ENFERMEDADES SEGÚN “MOVIMIENTO NATURAL DE LA POBLACIÓN” (1910 Y 1920). NOMENCLATURA DETALLADA DEL DR. BERTILLON	473
7.6. ANEXO 6. DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD POR MESES EN CÁDIZ Y EN ESPAÑA (1900 – 1920)	480
7.7. ANEXO 7. CUADRO CON FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ENFERMEDADES EPIDÉMICAS SEGÚN CLASIFICACIÓN PROPIA HERRERA – ALMENARA-RODRÍGUEZ. CÁDIZ, 1900 – 1920	481

7.8. ANEXO 8. CUADRO CON FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE ENFERMEDADES EPIDÉMICAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE BERTILLON. CÁDIZ, 1900 – 1920	482
7.9. ANEXO 9. INSCRIPCIÓN NÚM. 259. “RESTOS HUMANOS”. LIBRO 92. DISTRITO SANTA CRUZ. 28 / 03 / 1900. REGISTRO CIVIL DE CÁDIZ	484

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**BOPC:** Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz

**EDO:** Enfermedad de Declaración Obligatoria

**ID:** Índice de Dûpaquier

**IE:** Índice Epidémico.

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**ISU:** Índice de Swaroop – Uemura

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**RD:** Real Decreto

**ROC:** Real Orden Circular

**TBM:** Tasa Bruta de Mortalidad

**TMEC:** Tasa de Mortalidad Específica por Causas

**TMES:** Tasa de Mortalidad Especifica por Sexos.

**TMI:** Tasa de Mortalidad Infantil.

**TMN:** Tasa de Mortalidad Neonatal.

**TMNP:** Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz.

**TMNT:** Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía.

**TMPN:** Tasa de Mortalidad Postneonatal.



# 1. INTRODUCCIÓN



## 1.1. Justificación

La multidisciplinariedad con que pueden ser abordados los estudios históricos sobre recogida de causas de fallecimiento queda patente en la Conferencia Internacional sobre la Historia del Registro de las Causas de Muerte celebrada en Bloomington (Indiana) entre el 11 y el 14 de Noviembre de 1993<sup>1</sup> o el interés de determinadas sociedades científicas por el tema, siendo ejemplo de esto que la *Asociación de Demografía Histórica* publique en el mismo año un número monográfico sobre Expresiones Diagnósticas y Causas de Muerte.

Como es comprensible, son varias las razones que explican la necesidad de valorar el conjunto de datos de mortalidad: desde el conocimiento de la evolución demográfica de una población hasta la modificación de las estrategias de salud, pasando por la caracterización de los determinantes de muerte teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

Ya en 1918, se afirma ante la Real Academia Nacional de Medicina que los tres conceptos que mejor describen la situación sanitaria de un país son: la mortalidad general, la infantil y la producida por enfermedades infecciosas, que dan una idea de la salud pública, el grado de la acción sanitaria y el nivel de cultura popular y de bienestar económico que alcanzan las diferentes naciones<sup>2</sup>.

Bernabeu Mestre señala la aportación de la Epidemiología Histórica para conocer el papel y la influencia de la enfermedad y sus manifestaciones en la evolución de la población<sup>3</sup>. Se trata de realizar una búsqueda y elaboración de modelos explicativos para profundizar en la red causal que ha ocasionado la

---

<sup>1</sup> Rodríguez E. Un diálogo entre la Demografía Histórica y la Historia de la Medicina: la Conferencia Internacional sobre la historia del registro de las causas de muerte (Bloomington, 11-14 de Noviembre de 1993). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 190.

<sup>2</sup> Murillo F. La defensa social de la salud pública. Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Dr. D. Francisco Murillo el día 14 de Julio de 1918. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya; 1918; p. 15.

<sup>3</sup> Véase: López S, Garrido F, Hernández M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México 2000; 42: 133 – 43. López S, Corcho A, Moreno A. Notas históricas sobre el desarrollo de la epidemiología y sus definiciones. Rev Mex Pediatr 1999; 6 (3): 110 - 4. Martínez JF. Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX. Rev San Hig Pub 1994; 68: 29 –43. Bernabeu J. Estados de salud y descensos de la mortalidad: un espacio para la interdisciplinariedad. Berceo 1999; 137: 25 – 33.

enfermedad o muerte<sup>4</sup>. El desarrollo de la demografía y la epidemiología históricas ha desplegado otro punto de vista en relación con la influencia que la enfermedad y la muerte presentan en la evolución de las poblaciones y los sistemas de salud<sup>5</sup>. Para conseguir estos objetivos tienen mucha importancia en los métodos epidemiológicos los indicadores, algunos ya citados como las tasas de mortalidad y otros como tasas de morbilidad, tanto globales como específicos<sup>6</sup>. Se acepta que las dinámicas de población han estado condicionadas por fenómenos de diversa naturaleza<sup>7</sup>. De hecho, las influencias sociales, culturales y económicas están catalogadas como causas originarias de enfermedad, de muerte, etc.

Todos estos fenómenos plantean la necesidad de un abordaje integral de los estudios de mortalidad y, a partir de ellos, observar las modificaciones producidas en las poblaciones. Para entender bien esta evolución, parece interesante clarificar tres conceptos vinculados y que se amplían sucesivamente:

- Transición Demográfica: relacionado con el cambio de régimen demográfico presentado en los países de Europa Occidental durante los siglos XVIII y XIX, de alta fecundidad y alta mortalidad a un régimen de baja fecundidad y baja mortalidad.
- Transición Epidemiológica: que designa el paso desde una etapa donde los niveles de mortalidad eran elevados ( la principal causa de muerte son las enfermedades infecciosas en niños, la mayoría en menores de 5 años) a otra, donde la mortalidad se reduce notablemente (y cuya principal causa son las enfermedades, propias de edades avanzadas, especialmente en mayores de 65 años).
- Transición Sanitaria: ampliación de la Transición Epidemiológica, donde se da más valor a la importancia de los factores sociales y de comportamiento

---

<sup>4</sup> Bernabeu J. Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1995. p. 15.

<sup>5</sup> Barona C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854 – 1936). [Tesis Doctoral]. Valencia: Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universidad de Valencia; 2002. p. 34. Disponible el 02/02/2013 en:

<http://roderic.uv.es/jspui/bitstream/10550/15961/1/Barona.pdf>

<sup>6</sup> López JM. Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16; 1990. p. 138.

<sup>7</sup> Bernabeu J. 1995. p. 14.



como determinantes a la hora de estudiar la evolución de la mortalidad y el estado de salud de las poblaciones<sup>8</sup>.

Para estudiar estos procesos, existe unanimidad en cuanto a las fuentes documentales utilizadas: los libros de defunción- a partir del periodo en el que empezaron a utilizarse: 1841 para las capitales de provincia y 1871 de forma generalizada<sup>9,10</sup> y los libros de Registros Parroquiales<sup>11</sup>, con los conocidos problemas que presentan éstos últimos en cuanto a mención de la causa de defunción<sup>12,13,14,15</sup>. Inicialmente la estimación de la prevalencia de las enfermedades se realizó a partir de una aproximación a los datos de defunciones y no al número de individuos que padecían una determinada enfermedad, dado que las estadísticas demográfico-sanitarias al uso no incluían enfermos sino únicamente defunciones<sup>16</sup>.

También se emplean otros elementos de información: archivos hospitalarios, municipales, de juntas de sanidad<sup>17</sup> y otros documentos de carácter estadístico: *Boletín Mensual de Estadística Demográfico Sanitaria* de la Península e Islas Adyacentes -en 1879-, el *Movimiento Natural de la Población* (desde 1863, aunque con lagunas importantes)<sup>18</sup>. Hay otras fuentes que reconocen el papel desempeñado por los factores culturales a la hora de

---

<sup>8</sup> Estos términos son introducidos por diferentes autores: Transición Demográfica, Landry (1934), Notestein (1945), Davis (1945); Transición Epidemiológica, Omran (1971) y Transición Sanitaria, Lerner (1973), Caldwell (1990) y Frenk et al (1991), Pueden ser consultados en: Gonzalvo M. La transición de la mortalidad en el siglo XX: el caso de Tarragona. p. 4 – 31. Disponible el 27/01/2013 en <http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/68140/Margarita%20Gonzalvo.pdf?sequence=1>

<sup>9</sup> Bernabeu J. 1995. p. 43 - 4.

<sup>10</sup> Livi M. Introducción a la demografía. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1993. p. 28.

<sup>11</sup> Brel MP. Comparación de los libros parroquiales y de los registros civiles. Una aportación a la validez de las fuentes demográficas a finales del siglo XIX. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1999; 17 (2): 91 – 114.

<sup>12</sup> Bernabeu J. 1995. p.35.

<sup>13</sup> Lloret J, Hernández V. Estudi de la mortalitat a Alcàsser (1875-1936). En: Barona JL, Micó J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 263.

<sup>14</sup> Ferrater MA, Terol V. Malalties i població al País Valencià: la Ribera del Xúquer, 1819-1910. En: Barona JL, Micó J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 263.

<sup>15</sup> Martínez M, Barona C. Repercusiones de la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia. En: Barona JL, Micó J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 250.

<sup>16</sup> Pujadas JM. La cuantificación demográfica y epidemiológica en el higienismo balear, 1850 – 1930. Dynamis 2012; 32 (1): 172.

<sup>17</sup> Bernabeu J. 1995. p.38.

<sup>18</sup> Bernabeu J. 1995. p.45.

informar: seguros de asistencia colectiva, estamentos militares, gota de leche, etc<sup>19</sup>.

Es interesante el estudio de la terminología empleada en la definición de la causa de muerte, y ello, por varias razones: en primer lugar, porque se trata en algunos casos de términos que no se corresponden con los utilizados actualmente<sup>20,21</sup>. En segundo lugar porque pueden ser empleados de forma sinónima (ej. fiebre, caquexia y tuberculosis)<sup>22</sup>. Esto obliga al investigador a aquilatar la terminología para agrupar las enfermedades con la mayor coherencia posible; hecho que, sin duda, repercutirá en el análisis que se va a realizar.

Es común encontrar también la vulgarización de términos médicos, localismos o patologías populares que pueden aparecer también en las fuentes históricas utilizadas<sup>23</sup>. Ya hemos hecho referencia a Bernabeu Mestre y su consideración sobre el origen de las expresiones diagnósticas que aparecen en las actas de defunción<sup>24</sup>. En parecidos términos se pronuncia Perdiguero Gil; ampliando el origen de los términos utilizados tanto desde la medicina científica académica como desde la cultura médica popular<sup>25</sup>. Hay que pensar que las expresiones diagnósticas traducen a veces un signo o síntoma más que una enfermedad y que no es posible diagnosticar ciertos procesos sin el apoyo de unos medios técnicos que corroboren o, simplemente, afirmen un diagnóstico. Entre otras consecuencias, se tiende a ampliar el grupo de “Otras Enfermedades” de manera general o se sitúan como subcriterio dentro de un grupo, al carecer de la información o conocimientos para situarlos de forma más específica<sup>26</sup>.

Otro escenario a considerar es la falta de concordancia entre los médicos certificadores, lo que ha generado que diferentes profesionales médicos emitan

---

<sup>19</sup> Bernabeu J. 1995. p.48.

<sup>20</sup> Ferrater MA. 1996. p.269.

<sup>21</sup> Librero J. Las estadísticas de causa médica de muerte: coordenadas históricas, herramientas actuales. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 166.

<sup>22</sup> Bernabeu J. 1995. p.62.

<sup>23</sup> Barona JL. Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 61.

<sup>24</sup> Bernabeu J. 1995. p.11.

<sup>25</sup> Perdiguero E. Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 69.

<sup>26</sup> Sanz A. Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906 – 1932). Reis 2001; (95): 136.

expresiones distintas ante una misma causa de fallecimiento<sup>27</sup>. Todo ello hace que estas expresiones sean difíciles de situar en una clasificación actual<sup>28</sup>. Esto último ha llevado a que distintos investigadores hayan realizado clasificaciones de enfermedades adaptadas a los trabajos que estaban realizando<sup>29</sup>. Resulta evidente que las posibilidades de un sesgo derivado de la propia clasificación siempre existen<sup>30</sup>.

Pero no sólo influyen estas circunstancias en la calidad del registro tomado. Pensemos que la recogida de la causa de la muerte es un acto administrativo y, por tanto, en manos de personal funcionario<sup>31,32</sup> que, en la mayoría de las ocasiones son personas no cualificadas técnicamente para este propósito.

En otros casos, los mismos profesionales estaban sometidos a presiones del entorno del finado (por tratarse de enfermedades vergonzantes) o a la propia situación política que podía determinar la utilización partidista de la información extraída del Registro<sup>33</sup>.

Otro aspecto merece ser mencionado: en cada momento, el término empleado en describir una enfermedad está situado históricamente<sup>34</sup> por lo que la manera de estudiar, abordar, certificar y clasificar la muerte depende de los conocimientos que existen en cada época<sup>35</sup>.

Si repasamos lo expuesto resulta reseñable la problemática existente alrededor de los estudios de la mortalidad y en la utilización de las clasificaciones de causas de muerte<sup>36</sup> que podemos encontrar, entre otros, en el Movimiento Natural de la Población<sup>37</sup>.

---

<sup>27</sup> Bernabeu J. 1995. p.62.

<sup>28</sup> Bernabeu J. 1995. p.63.

<sup>29</sup> Ferrater MA. 1996. p.269.

<sup>30</sup> García F, Segura A, Godoy C. Estadísticas de mortalidad en España. Pequeños problemas, grandes perspectivas. Revisión en Salud Pública 1991; 2: 47.

<sup>31</sup> Rodríguez E. 1993. p.192.

<sup>32</sup> Rodríguez E. 1993. p.68.

<sup>33</sup> Rodríguez E. 1993, p.192.

<sup>34</sup> Barona JL. 1993, p.53.

<sup>35</sup> Barona JL. 1993, p.53.

<sup>36</sup> William Farr introdujo muchas tasas o indicadores hoy habituales y creó la nomenclatura que sirvió de base a la Clasificación Internacional de Causas de Muerte (1853). Cf. López Piñero JM. 1990. p. 163.

<sup>37</sup> Martínez JF. Mortalidad infantil y temprana durante el siglo XX en España. En: Gómez R. Sesión plenaria: La transición de la mortalidad infantil y juvenil. En: Sanz A, Ramiro D, editores. IV congreso de la ADEH. Los retos de la Demografía Histórica: los fenómenos demográficos del pasado, presente y futuro. Una apuesta por la creatividad y el análisis. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1995; 13 (3): 96.

La aportación que hacen el método epidemiológico<sup>38</sup> y los estudios de Epidemiología Histórica debe contribuir a conocer cual ha sido el papel de la enfermedad y sus consecuencias, mortalidad, morbilidad y discapacidades, en la evolución de la población<sup>39</sup>, como es el caso que pretendemos estudiar en la ciudad de Cádiz en las dos primeras décadas del siglo XX. De esta forma, la Epidemiología Histórica cumple con su cometido de búsqueda y enumeración de elementos que han originado modificaciones en el crecimiento o decrecimiento de una sociedad en el transcurso de su historia.

El estudio de los vocablos empleados como causa de muerte, también proporciona información sobre el sedimento cultural que queda en los médicos y que traducen en el fondo el conocimiento resultante de la difusión social de conocimientos científico-médicos, procedentes de distintas épocas, sistemas o escuelas<sup>40</sup>.

---

<sup>38</sup> López JM. 1990. p. 138.

<sup>39</sup> Bernabeu J. 1995. p.56.

<sup>40</sup> Bernabeu J. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 11.

## 1.2. Hipótesis y Objetivos

En función de lo expuesto anteriormente, pretendemos contrastar las siguientes **hipótesis de trabajo**:

1. El patrón demográfico de mortalidad de Cádiz en el periodo estudiado es equivalente al que existe en el resto de España.
2. Las causas de muerte encontradas ponen de manifiesto tanto causas endógenas o de carácter biológico como causas exógenas y, por tanto, relacionadas con cuestiones de índole diversa: social, económica, educativa, sanitaria.
3. El predominio de la mortalidad de origen infeccioso es patente a lo largo del tiempo considerado, destacando especialmente la tuberculosis.
4. Existe, al menos, una crisis de mortalidad relacionada con un proceso infeccioso epidémico determinado, la gripe. Pero no descartamos que enfermedades como el sarampión y la viruela produjeran un aumento de la mortalidad en algunos años de nuestro estudio.
5. La mortalidad infantil mantiene niveles elevados en el intervalo considerado.

Nuestro **objetivo general** será estudiar la mortalidad en la ciudad de Cádiz en el periodo comprendido entre 1900 y 1920, considerando las enfermedades que causan los fallecimientos encontrados y, de esta forma, conocer la evolución epidemiológica y demográfica de la ciudad de Cádiz.

Para ello, establecemos los siguientes **objetivos específicos** en nuestro trabajo:

1. Comprobar las dificultades de confección y empleo de clasificaciones de enfermedades en las distintas épocas, a partir de la elaborada por nosotros mismos y también con las clasificaciones de Bertillon y de la CIE (9ª revisión).
2. Calcular los diferentes indicadores de mortalidad: tasa bruta, tasas específicas por edad (infantil, neonatal, postneonatal, etc...), sexo y causa para cada uno de los años estudiados y para el total del intervalo considerado. Valorar, igualmente, si existe un ritmo mensual en la mortalidad estudiada.

3. Determinar la existencia de muertes y de causas de muerte directa o indirectamente imputables a estados sociales y económicos que rayen en la pobreza y marginalidad, a saber: alimentación escasa, hábitos higiénicos no extendidos en la sociedad, estratos de población sin asistencia médica o sanitaria.

4. Describir las crisis de mortalidad que hayan podido aparecer en determinados momentos del periodo estudiado, estudiando de forma especial la influencia de la pandemia de gripe del bienio 1918-19 así como los patrones de presentación, dimensión e impacto epidemiológico de la misma.

### **1.3. Situación política y socioeconómica en el periodo estudiado**

Un estudio de mortalidad como el que sigue necesita encuadrarse en un marco histórico adecuado que permita, por un lado, contextualizarse con el referente social, económico, político e, incluso, educativo – cultural de la época que nos ocupa y, además, posibilitar una comparación lo más exhaustiva posible con la realidad sociosanitaria del país en su conjunto y de otras poblaciones que reúnan características parecidas para poder comprender los valores que hemos obtenido en el trabajo de campo.

Para ello, consideraremos una introducción histórica preliminar que irá, tanto en lo territorial como en lo sanitario, desde lo más general a lo particular hablando de la situación en España por un lado, y en Cádiz por otro.

#### **1.3.1. Situación en España (1900 – 1920)**

¿Cuál era en nuestro periodo de estudio la situación real de España? Nos encontramos que a finales del siglo XIX, España estaba gobernada por Práxedes Mateo Sagasta (1825 – 1903) y entraba en el nuevo siglo XX abrumada por una total confusión social y política como consecuencia inmediata del desastre de 1898<sup>41,42</sup>.

Se trata de un régimen pactista donde el rey y las Cortes son soberanos conjuntamente: el primero como principio de autoridad y las Cortes como principio de libertad<sup>43,44</sup>. De igual forma, tanto el partido conservador como el partido liberal gobiernan y, en su caso, se oponen en nombre de la estructura política de la que ellos mismos forman parte<sup>45</sup>. Antonio Cánovas del Castillo (1828 – 1897), de acuerdo con Sagasta, establece un régimen de nuevo tipo, en

---

<sup>41</sup> Aguado F. Historia de la Guardia Civil. Tomo 3. Madrid: Cupsa-Planeta; 1984. p. 269.

<sup>42</sup> Laín P. La generación del 98 y el problema de España. Arbor Diciembre 1948; 11 (36): 418 - 20.  
Disponible el 20/01/2013 en <http://arbor.revistas.csic.es>

<sup>43</sup> Tuñón M. Transformaciones políticas e ideológicas de España durante el primer tercio del siglo XX (1898 – 1936). Historia Contemporánea 1990; (4): 235 - 6. Disponible el 20/01/2013 en [http://www.historiacontemporanea.ehu.es/s0021-con/eu/contenidos/boletin\\_revista/00021/revista\\_hc04/es\\_revista/adjuntos/04\\_14.pdf](http://www.historiacontemporanea.ehu.es/s0021-con/eu/contenidos/boletin_revista/00021/revista_hc04/es_revista/adjuntos/04_14.pdf)

<sup>44</sup> Elorza A, López C. Arcaísmo y modernidad. Pensamiento político en España, siglos XIX – XX. Madrid: Historia 16; 1989. p. 89.

<sup>45</sup> Comellas JL. Historia de España moderna y contemporánea (1474-1975). 7ª ed. Madrid: Rialp; 1980. p. 500.

el que los distintos grupos podían entenderse perfectamente sin recurrir a la violencia.

La Restauración supone el regreso de la monarquía y la dinastía, pero con hombres y sistemas distintos<sup>46</sup> representando un cambio con el periodo anterior: hay orden, continuidad, calma relativa en el interior del país, en contraposición con las guerras contra el invasor napoleónico y las confrontaciones civiles de gran parte del siglo XIX. Se mantienen, no obstante, problemas exteriores muy acuciantes que conducirán a la pérdida de las últimas colonias de ultramar y comienza una política neocolonialista en Marruecos que también influirá en la política interior, como es el caso de las primeras huelgas sociales, y económicas, por las circunstancias laborales<sup>47,48</sup>.

A partir de 1875, con la restauración de la monarquía, se inicia un periodo de paz precaria en el que España se recupera un poco y da un paso más en su carrera por acercarse al resto de Europa<sup>49</sup>. Se trata de un periodo donde alternan espectáculos, verbenas, corridas de toros, zarzuelas con un progreso material. Esta estabilidad política sirve de base a la estabilidad económica. Es la época dorada de la burguesía pero, en general, las condiciones del obrero no mejoran<sup>50</sup>.

Se produce un cierto grado de prosperidad que en cierto modo fue ficticia, limitada a unos pocos grupos sociales a costa del empobrecimiento de otros. Tanto la Restauración como la Regencia suponen para grandes zonas de España, un estancamiento social. En conjunto, España continua siendo un país esencialmente rural y atrasado<sup>51,52</sup>. Según Vicens Vives, todo era una lejana consecuencia de las desamortizaciones tan desacertadamente llevadas adelante. El latifundio de los secanos en el sur y en la meseta, agravó la miseria económica y el auge del caciquismo, consecuencia del régimen alternativo de partidos, hizo otro tanto<sup>53</sup>.

---

<sup>46</sup> Comellas JL. 1980. p. 496.

<sup>47</sup> La Porte P. Marruecos y la crisis de la restauración 1917 – 1923. *Ayer* 2006; 63 (3): 54 – 55.

<sup>48</sup> La Porte P. 2006. p. 68.

<sup>49</sup> Marqués de Lozoya. *Historia de España*. Tomo 6. Barcelona: Salvat; 1967. p. 243.

<sup>50</sup> Comellas JL. 1980. p. 498.

<sup>51</sup> Pérez MT. *Historia de España del siglo XX*. Barcelona: Crítica; 1996. p. 10.

<sup>52</sup> Tuñón M. *Revolución liberal. Época Contemporánea*. En: Tuñón M, Valdeón J, Domínguez A. *Historia de España*. 1ª ed. Barcelona: Labor; 1991. p. 495.

<sup>53</sup> Aguado F. Tomo 3. 1984. p. 291.



De hecho, la solución que aportó la Restauración estaba lejos de ser democrática. Toda la parafernalia constitucional servía en realidad para disimular el monopolio de poder del que disfrutaba una élite<sup>54,55</sup>. La clase gobernante estaba formada por los representantes de las oligarquías terratenientes dominantes constituidas por los cultivadores de trigo de Castilla y los productores de vino y aceite de Andalucía. Con el transcurso de los años, este grupo englobó también a los grandes intereses financieros como los bancos, las empresas estatales y los ferrocarriles. Por tanto, la democracia liberal en España perpetuaba la coexistencia de las instituciones liberales modernas con un régimen socioeconómico injusto y explotador<sup>56</sup>.

A principios del nuevo siglo XX la aspiración de la Restauración era el mantenimiento de los grandes partidos conformes en los principios fundamentales del estado, pero de señaladas diferencias en su aplicación y en su manera de actuar. Este modelo fue posible en tanto permaneció indiscutido el prestigio de Cánovas y Sagasta, ambos de extraordinarias dotes políticas. La desaparición de los jefes motivó el fraccionamiento de los grandes partidos y la aparición de diversas figuras que sólo consiguieron la formación según su turno de grupos incapaces de gobernar. Enfrentados a liberales y conservadores aparecerán obreros socialistas, mesócratas de la Unión Nacional, burgueses catalanes, intelectuales ateneístas<sup>57,58,59</sup>.

Colabora, asimismo, a que funcionen las cosas durante las dos décadas posteriores a la Restauración las características de la sociedad española en el último cuarto del siglo XIX: altos niveles de analfabetismo, escasez de medios de transporte y de sistemas de comunicación, falta de integración nacional. El lento proceso de emigración a las ciudades favorecía el desarrollo de la red de patrocinio y clientelismo en la que estaba arraigado el caciquismo<sup>60</sup>.

Si analizamos la situación agraria española a principios del siglo XX, encontramos un desigual reparto de la propiedad de forma que un reducido

---

<sup>54</sup> Romero FJ. España 1914 - 1918. Entre la guerra y la revolución. Barcelona: Crítica; 2002. p. 1.

<sup>55</sup> Tuñón M. 1990. p. 237.

<sup>56</sup> Romero FJ. 2002. p. 1-2.

<sup>57</sup> Marqués de Lozoya. 1967. p. 324.

<sup>58</sup> Pérez MT. 1996. p. 41 - 2.

<sup>59</sup> Pérez MT. 1996. p. 58.

<sup>60</sup> Romero FJ. 2002. p.3.

número de propietarios poseía la mayor parte de la tierra, hecho más constatable en la estructura latifundista del sur de España<sup>61</sup>: entre el cuarenta y cinco y el ochenta y uno por ciento de las fincas en ricas comarcas andaluzas, como Sevilla, Écija, Carmona y Utrera, estaban en manos de un reducido número de grandes propietarios.

La expansión industrial de España a finales del siglo XIX y principios de XX, con la posible excepción de la industria minera y metalúrgica de las provincias vascas, permanecía todavía en una fase de pequeños talleres, sin haber alcanzado el nivel de concentración industrial que podía encontrarse en los Estados Unidos, Alemania o incluso Gran Bretaña<sup>62</sup>. El inicial desarrollo económico provocado por la exportación, gracias a la industria textil y financiera catalana e industria pesada vasca, chocaron con la gran limitación que suponía la escasa capacidad de consumo del campesinado interior<sup>63</sup>.

La entrada en el siglo XX, supone encontrarse con un país que durante siglos fue la potencia mundial más grande, para quedar luego tras el desastre del 98 consumado en el tratado de París<sup>64</sup>, convertido en una nación con una credencial de segunda clase, visiblemente subdesarrollada, abrumada por castas y oligarquías, aunque en contraposición con un resurgir intelectual y artístico digno de ser resaltado<sup>65,66,67</sup>. Hay una inquietud mal definida a veces, pero latente, que busca nuevos caminos y la superación de toda rutina y mediocridad<sup>68,69</sup>.

La pérdida del imperio americano continental fue un golpe devastador para la economía española. Al perder los ingresos procedentes del comercio con el continente hispanoamericano, la Hacienda se sumió al principio en un déficit crónico. Se alteran las relaciones con zonas de América que proporcionaban materias primas baratas y suponían un mercado para los

---

<sup>61</sup> Marqués de Lozoya. 1967. p. 281.

<sup>62</sup> Payne SG. La revolución española. Barcelona: Ariel; 1972. p. 40.

<sup>63</sup> Vicens J. Aproximación a la Historia de España. 3ª reed. Barcelona: Vicens – Vives; 1980. p. 145.

<sup>64</sup> Herrera F. Contra la Restauración. Periodismo político 1895 – 1904, de Vicente Blasco Ibañez [comentario de texto]. *Temperamentum* 2013; 18. Disponible el 10/10/2015 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t1013.php>

<sup>65</sup> Aguado F. Historia de la Guardia Civil. Tomo 4. Madrid: Cupsa, Planeta; 1984. p. 1.

<sup>66</sup> Elorza A. 1989. p. 108 – 11.

<sup>67</sup> Elorza A. 1989. p. 136.

<sup>68</sup> Comellas JL. 1980. p. 515.

<sup>69</sup> Herrera F. Medicina y sociedad en el reinado de Alfonso XIII. *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía* 2009b; 32 (1 – 2): 6.

productos manufacturados. Además, esto obliga a una reestructuración del Estado al producirse una repatriación de tropas y de burocracia colonial que hinchan las filas de empleados, añadiendo una carga más al erario público<sup>70</sup>.

Sin embargo, en ese periodo inmediato de la postguerra de 1898 el régimen se mantuvo estable por la ausencia de tensiones económicas fuertes; la economía española no se sumió en una inmediata crisis<sup>71</sup>.

A pesar de todo el comercio peninsular se adaptó y, en conjunto, el primer decenio del siglo XX señala más un ascenso que un descenso en la marcha de la economía española<sup>72</sup>. Esta aparente contradicción se fundamentó en medidas coyunturales tomadas por el gobierno de turno que suavizó la apariencia de la crisis durante algunos años<sup>73</sup>.

A partir de 1898, la actitud de los españoles es mucho más crítica. Existe conciencia de que hay que cambiar muchas cosas. Parece evidente que el periodo inicial del siglo XX (1898-1912) no es en sí más problemático que otras épocas precedentes, lo que ocurre es que entonces los españoles -a su cabeza los intelectuales, pero también otros grupos- se pusieron a analizar y a escarbar en los males de la patria<sup>74</sup> posición que enlaza con la tradición de intelectuales como Jovellanos, Cadalso, Blanco White o Larra que en el final del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX ya habían empezado a estudiar y tratar el tema.

Pero durante la primera mitad del siglo XX, España es sacudida por una crisis profunda reflejo, en parte, de la europea y, en parte, con caracteres propios<sup>75</sup>. Es un país occidental, aunque de especie única, superficialmente distinto<sup>76</sup>. La dirección general de la evolución social española a mediados del siglo XIX era paralela a la pauta de la Europa occidental y central. Lo que en España era diferente era el ritmo de desarrollo, más lento, que dejaba a gran parte de la población en la miseria<sup>77</sup>.

---

<sup>70</sup> Balfour S. El fin del imperio español. Barcelona: Crítica; 1997. p. 11.

<sup>71</sup> Balfour S. 1997. p. 63.

<sup>72</sup> Comellas JL. 1980. p. 546.

<sup>73</sup> González L. La economía de la crisis finisecular (1880-1913). En: González A, Matés JM. Historia Económica de España. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2006. p. 463 -5.

<sup>74</sup> Comellas JL. 1980. p. 535.

<sup>75</sup> Vicens J. 1980. p. 149.

<sup>76</sup> Payne SG. 1972. p. 12.

<sup>77</sup> Payne SG. 1972. p. 25.

A comienzos del nuevo siglo XX, dos terceras partes de la población activa seguían dedicados a la agricultura, con muchos de ellos trabajando puramente por la subsistencia. La vida en la meseta central española se caracterizaba por la alta mortalidad y la baja tasa de nacimientos. La crisis agraria del siglo XIX provocada por la penetración en Europa de cereal barato procedente de EE.UU. y Rusia había estimulado un flujo hasta entonces despreciable de emigración hacia las zonas urbanas; sin embargo, a principios de siglo solo el 9 % de la población podría calificarse de urbana y de las ciudades, solo dos tenían más de medio millón de habitantes, en comparación con las veinticinco que había en el resto de Europa<sup>78,79</sup>.

La concentración industrial provoca la concentración obrera. Los barrios donde viven son sucios, oscuros y desprovistos de servicios indispensables. Las condiciones de la vivienda son también infrahumanas<sup>80</sup>. En esta situación la preocupación de los higienistas españoles por las viviendas insalubres cristaliza en el último tercio del siglo XIX con sendos discursos, con motivo del ingreso en la Academia de Medicina de Madrid en 1874 de Rogelio Casas Batista (1836 – 1889), que venía a cubrir la vacante que, tras su muerte, había dejado Pedro Felipe Monlau (1808 – 1871)<sup>81</sup>.

Se produce socialmente una separación radical entre obreros y burgueses: políticamente, el obrero no espera nada de las clases dirigentes: la revolución salvadora tenía que ser un movimiento desde abajo<sup>82</sup>, socialmente, la situación sanitaria obrera, hablemos por ejemplo de Madrid, indica que la “*sobremortalidad*” se produce a expensas de un sector concreto de la población: la clase trabajadora. Las tasas de mortalidad de la burguesía y de la clase alta eran similares, e incluso inferiores, a las de la misma clase social de otros países europeos<sup>83</sup>.

---

<sup>78</sup> Balfour S. 1997. p. 63.

<sup>79</sup> Tuñón M. 1991. p. 486.

<sup>80</sup> Sobre la evolución de las políticas de vivienda en España, véase: Pérez del Hoyo R, Gutiérrez ME. Primeras políticas de vivienda en España y su influencia en la evolución de la tipología residencial: el caso de Benalúa (1883 – 1956). Revista Invi 2013; 28: 221 – 255.

<sup>81</sup> Huertas R. Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874 – 1923). Asclepio 2002; 44 (2): 258.

<sup>82</sup> Comellas JL. 1980. p. 510 – 1.

<sup>83</sup> Huertas R. 2002. p. 256.

Se produce, por ejemplo, la primera huelga general de corte social de la historia de España en Febrero de 1902<sup>84</sup>.

Entre 1913 y 1923, los sucesivos ministerios que acceden al gobierno son débiles existiendo uno cada nueve meses, y, a partir de 1917, la cadencia es de seis meses de duración. Si además consideramos que aunque de forma lenta, pero constante, aparecen y se consolidan fuerzas de subversión, especialmente sociales, llenas de ideales y seguidas en sus programas que daban la impresión de saber muy bien adonde iban, se explica de forma bastante aproximada la descomposición interna de España en aquella época<sup>85</sup>.

Merece una mención destacada el impacto económico y sociopolítico de la Primera Guerra Mundial. Mientras algunas zonas del norte y del este peninsular experimentaron un extraordinario auge económico y una fuerte expansión industrial, el centro y el sur sufrieron el impacto del desempleo y la recesión. Aunque se producen incrementos de salario, más en el Norte, no son suficientes para compensar la subida de los precios<sup>86</sup>.

El impacto de la guerra europea se iba a hacer sentir radicalmente en la economía y en la sociedad española. España se benefició de la posición neutral que ostentaba para abastecer a los dos bandos; la competencia extranjera quedó eliminada en el mercado interior y ocupó nuevos mercados que habían tenido que ser abandonados por las naciones beligerantes. Los años de guerra fueron de beneficio extraordinario pero también de asombrosas subidas de precios<sup>87,88,89</sup>.

Se produce un incremento del dinero circulante de forma que la peseta perdió la mitad de su poder adquisitivo y la inflación se disparó<sup>90,91</sup>. Se genera una crisis social al aumentar el abismo que separaba a los ricos y a los pobres y una corriente migratoria interna que afectó a las bases de la economía

---

<sup>84</sup> Balfour S. 1997. p. 156.

<sup>85</sup> Comellas JL. 1980. p. 556 – 7.

<sup>86</sup> Romero FJ. 2002. p. 35.

<sup>87</sup> Romero FJ. 2002. p. 26.

<sup>88</sup> Comín F, Hernández M. Las depresiones de una economía emergente (1864 – 1961). En: Comín F, Hernández M, editores. Crisis económicas en España 1300 – 2012. Lecciones de la Historia. Madrid: Alianza; 2013. p. 300 – 6.

<sup>89</sup> Ballesteros E. Una estimación del coste de la vida en España, 1861 – 1936. Revista de Historia Económica 1997; 15 (2): 363 – 95. Disponible el 25 / 10 / 2012 en <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/2040>

<sup>90</sup> Payne SG. 1972. p.45.

<sup>91</sup> Ballesteros E. 1997. p. 363 – 95.

española. La producción industrial se expandió más rápidamente que la agrícola y, por ello, los precios de los productos manufacturados crecieron más rápidamente que otros. Este auge benefició solo a ciertas regiones y clases sociales. Las áreas industriales entraron en una fase de actividad febril mientras que otras áreas peninsulares se vieron afectados por la inflación y la escasez<sup>92</sup>.

En este panorama dibujado, la forzosa reducción de las importaciones produjo en ocasiones una grave escasez de productos alimenticios y manufacturados, alza de precios y empeoramiento de los niveles de vida de los trabajadores urbanos y rurales<sup>93</sup>.

Algunos individuos obtuvieron beneficios sustanciales, sobre todo, los especuladores que exportaron prácticamente todo lo que requería maquinaria de guerra, sin tener en cuenta las necesidades de consumo o el bienestar de los españoles y hubo acaparadores que acumularon productos a la espera de una importante subida de precios. Además la red ferroviaria demostró ser incapaz de absorber el incremento en el volumen de transporte manteniéndose prácticamente colapsada las zonas centro y sur que fueron las que sufrieron más drásticamente los efectos de la confrontación. Comenzó a adquirir proporciones significativas la corriente de emigración del campo a las ciudades y del sur al norte. Los salarios no pudieron mantenerse al nivel de los precios, cada vez más altos, de productos básicos tales como azúcar, huevos, carne. En consecuencia, para la mayoría de las personas éste fue un periodo de crisis caracterizado por la escasez de alimentos, la caída de los salarios reales y una grave miseria material; en definitiva, una crisis de subsistencias<sup>94,95</sup>.

El final de la guerra mundial acarrió graves problemas para la economía española, agudizando el clima de crisis política y social. La reanudación del comercio internacional normal puso fin al período de expansión industrial de los años de la guerra<sup>96</sup>.

Es una época de conflictos sociales, con huelgas generales revolucionarias incluidas, como la de Valencia en 1917 y otras en el campo en varias regiones españolas con causas muy diversas y complejas en función de

---

<sup>92</sup> Romero FJ. 2002. p. 27 - 8.

<sup>93</sup> Romero FJ. 2002. p. 28.

<sup>94</sup> Romero FJ. 2002. p. 28 - 9.

<sup>95</sup> Tuñón M. 1991. p. 497.

<sup>96</sup> Balfour S. 1997. p. 226.

las circunstancias de la región en que se producen<sup>97</sup>. Además y ante el fracaso en la alternancia de los grandes partidos monárquicos, Alfonso XIII, intenta un gobierno de concentración de diversas fuerzas políticas<sup>98</sup>.

La Primera Guerra Mundial anuncia la llegada de la era de la política de masas. Hasta aquel momento, las élites gobernantes habían conseguido aferrarse al poder mediante toda una variedad de sistemas políticos liberales cuyo resultado era en realidad una manera de disfrazar el monopolio del poder del que disfrutaban las clases privilegiadas y acaudaladas. En estas circunstancias, el caso español ha de ser considerado una variante regional europea. España no entró en la guerra, pero la guerra sí entró en España y su impacto político y económico erosionaron los frágiles cimientos de un sistema político que hasta entonces se había basado en la pasividad y la sumisión de la población<sup>99</sup>.

Y no se puede olvidar, la guerra de África que, al contrario que había sucedido con la campaña de 1860, era impopular. La necesidad de llamar a filas a reservistas, incluso con hijos, y los primeros desastres militares, alentaron el espíritu revolucionario. A los pocos años de las pérdidas de las Antillas y de Filipinas, España se compromete con otra guerra larga y sangrienta expuesta en el paisaje del Rif a las mismas sorpresas, a los mismos ataques de guerrillas de las campañas en Cuba y Filipinas<sup>100</sup>.

### **1.3.2. Situación en Cádiz**

Cuando comenzó el siglo XX, España y la provincia de Cádiz de forma muy manifiesta, se debatían inmersas en los epígonos del sistema canovista impuesto desde la Restauración borbónica y caracterizado por el poder de la burguesía hegemónica, el caciquismo y un fraudulento sistema electoral frente al que surge la toma de conciencia social de los sectores populares y en la que los gaditanos cobraron importante – y, a veces, dramático – protagonismo. Esta etapa crítica, que desde fines del siglo XIX se proyecta a la centuria actual,

---

<sup>97</sup> Delgado A. ¿Problema agrario andaluz o cuestión nacional? El mito del Trienio Bolchevique en Andalucía (1918 – 1920). Cuadernos De Historia Contemporánea 1991; 13: 98.

<sup>98</sup> Marqués de Lozoya. Tomo 6. 1967. p. 342.

<sup>99</sup> Romero FJ. 2002. p. IX.

<sup>100</sup> Marqués de Lozoya. Tomo 6. 1967. p. 346-7.

eclosiona con la dictadura del jerezano Miguel Primo de Rivera, parche temporal que no pudo evitar el desmoronamiento del anticuado sistema monárquico<sup>101,102</sup>.

Cádiz y su provincia han sido muy sensibles a los grandes ciclos económicos de su entorno y ha aprovechado peor que otros territorios las oportunidades que ha brindado la gran protagonista de este periodo histórico: la empresa industrial.

Es ésta una época llena de dificultades, el fin del XIX y comienzos del XX. En unas ocasiones por los problemas creados por los políticos gracias a los procedimientos tortuosos que empleaban. Otras, por las duras realidades sociales que les tocó vivir a una buena parte de la población española y gaditana, en particular.

Cádiz y su provincia se habían ido acomodando al sistema político de la Restauración, con una estructuración por distritos y circunscripciones que permitían la manipulación y compensación de votos para favorecer a los candidatos oficiales. Si a ello le sumamos el peso de las dos grandes estructuras sociopolíticas como fueron la gaditana – con sus intereses comerciales – y la jerezana – con sus intereses vinateros – el resultado fue un modelo bipolar de votos, corrientes, grupos y partidos que iban alrededor de unos y otros valores. Por ello, los alcaldes de la provincia se convertían en clientes a la espera del beneplácito de los grandes caciques de Cádiz y Jerez, que contaban a su vez con el visto bueno del Gobernador civil y del propio Ministro de la Gobernación<sup>103</sup>.

Cádiz intenta remontar la crisis finisecular del siglo XIX con el astillero de Vea Murguía, apostando tímidamente por transformar los restos de su experiencia comercial marítima en emergentes actividades industriales<sup>104</sup>. El noventa y ocho gaditano representa una quiebra para Cádiz en su economía mercantil y portuaria, volcada y programada para el comercio antillano-filipino. A

---

<sup>101</sup> Ramos A. 2000. p.11.

<sup>102</sup> González C. La dictadura de Primo de Rivera: una propuesta de análisis. Anales de Historia Contemporánea 2000; 16: 337 – 408. Disponible el 26 / 10 / 2015 en <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/12065/1/La%20Dictadura%20de%20Primo%20de%20Rivera.pdf>

<sup>103</sup> Marchena J. 2000. p. 102.

<sup>104</sup> Ruiz J. Cádiz. Una visión impresionista de su economía en el siglo XX. En: Paisaje Urbano y Memoria. La Ciudad de Cádiz en el siglo XX. Cádiz: Fundación Municipal de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz; 2002. p. 55.



la vez, supone una acentuación de los problemas sociales por el fracaso industrial y la consolidación del latifundio<sup>105</sup>.

Los primeros años de este siglo XX acoge en el Ayuntamiento Gaditano la llamada iniciativa de los “*neutros*”: políticos teóricamente sin adscripción, que intentaron gobernar la ciudad en colaboración con los sectores económicos. Sin embargo, la realidad era que tras esta iniciativa se esconde el jefe gaditano conservador Rafael de la Viesca, con el respaldo de Francisco Silvela desde Madrid, que ya había respaldado iniciativas similares en otros ayuntamientos de España.

En el plano institucional los plenos durante estos seis primeros años se caracterizaron por una fuerte crítica de la oposición liberal y republicana, hasta la llegada del liberal Cayetano del Toro como alcalde en 1905, con la condición de obtener para la ciudad cuantas concesiones pidiese al gobierno central encabezado por Moret<sup>106,107</sup>. En cualquier caso los valedores del partido conservador como J. L. Gómez Aramburu siguieron teniendo peso en el ámbito municipal en años posteriores<sup>108</sup>.

Con el cese de las hostilidades hispano-norteamericanas, continúan muchos problemas en todo el país. Entre ellos, la llegada de repatriados, con pocos heridos pero muchos enfermos. Una cantidad importante de soldados convalecientes que arribaron al puerto de Cádiz, fueron atendidos en las instituciones hospitalarias o benéficas habilitadas para esta sangrante realidad<sup>109,110,111</sup>.

En todas las villas de la bahía y del interior, se siente el martillazo de la quiebra colonial, sobre todo en los sectores más necesitados por sus bajos o nulos ingresos en los que aparece la indigencia más cruel. Contribuye a la asfixia del tejido social, los desorbitados impuestos, como el de guerra, en una

---

<sup>105</sup> Millán JL. Historia de Cádiz. Cádiz Siglo XX. Del Cádiz hundido al Cádiz que resurge. 1898- 1979. Vol. IV. Silex; 1993. p.11.

<sup>106</sup> Orozco A. El Doctor don Cayetano del Toro y Quartiellers. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica 1962; 14: 272.

<sup>107</sup> Herrera F. Cayetano del Toro y Quartiellers (1842 – 1915). En: Bustos M director. Centenario de la Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras (1910 – 2010). I. Alrededor de los Cien Años de Historia y Vida Académicas. Cádiz: Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras; 2010. p. 222 - 33.

<sup>108</sup> Marchena J. 2000. p. 102.

<sup>109</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 22-4.

<sup>110</sup> Herrera F. 1998. p. 82 – 8.

<sup>111</sup> Orozco A. Las relaciones médicas entre Cádiz y Cuba. Medicina e Historia 1998; (74): 20.

situación de bancarrota pública<sup>112</sup>. Se trató de una de las medidas más impopulares del gobierno en el bienio 1899-1900: el impuesto de guerra. A iniciativa de Raimundo Fernández Villaverde, ministro de Hacienda con el gobierno Silvela, pretendía sanear la economía y nivelar el presupuesto del estado después de la guerra colonial.

En líneas generales la crisis del 98 impulsa un gran movimiento tendente a regenerar el país, dinamizando el estado, la sociedad, la patria grande o chica. En Cádiz y las ciudades y villas de su entorno geográfico, va a brotar un regeneracionismo reciamente crítico debido a la cruda realidad de sus deficiencias y necesidades. Y no podía ser menos ya que a la suma de los puntos negros que se habían ido acumulando (crisis agropecuarias, parón en la industrialización, consolidación de la gran propiedad en los llamados latifundios bajoandaluces, infraestructura portuaria obsoleta, red de comunicaciones deteriorada e insuficiente), hay que añadir la paralización del puerto, el hundimiento de las exportaciones, el declive de la industria naval y de los intereses navieros, la falta de recursos públicos porque se han canalizado hacia la guerra, el estancamiento de la construcción y, como consecuencia, el paro forzoso y el aumento de la mendicidad<sup>113</sup>.

De hecho, la situación socioeconómica de la capital gaditana se agrava por la sequía que asola el campo por estas fechas y por la filoxera que hace enfermar las vides de la campiña gaditana lo que provoca una disminución importante de la exportación de productos agrícolas y de la industria alimentaria por el puerto gaditano y la escasez y encarecimiento de alimentos, ocasionando una vez más las tan temidas crisis de subsistencias<sup>114</sup>. En los años de 1866 a 1868 se produjo una importante pérdida de cosechas a nivel de todo el país pero en Andalucía se inició una etapa de crisis agropecuaria y social que se prolongó hasta 1936 y que los contemporáneos llamaron “el problema agrario español”<sup>115</sup>. Entre los años 1892 y 1901, fuertes sequías redujeron la producción de cereales en la provincia de Cádiz, provocando una crisis de

---

<sup>112</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 33-4.

<sup>113</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 54.

<sup>114</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 77.

<sup>115</sup> Bernal AM. El rebaño hambriento en la tierra feraz. En: Bernal AM, director. Historia de Andalucía. Madrid: Cursa - Planeta; 1981. p. 65 – 99.

subsistencias. La situación mejoró entre los años 1901 y 1903, por buenas cosechas recogidas, pero fue una excepción<sup>116</sup>.

La historia de Cádiz está muy marcada por la relativa pérdida de capacidad de creación de valor por las escasas inversiones productivas de carácter avanzado y especializado que se han dado en su territorio de influencia<sup>117</sup>. Una gran parte de las debilidades de la economía local reside en la escasez de inversiones en infraestructura, especialmente en los accesos a la ciudad y en su integración en una moderna red de transportes comarcales y regionales, como se ha citado. La crisis de las grandes familias propietarias, que ya había comenzado antes, también influye en esta atonía económica, entre otras cuestiones por una desacertada política de inversiones en infraestructuras e industrias de los imperios centro - orientales de Europa y que con la derrota en la Primera Guerra Mundial supusieron grandes pérdidas para los inversores gaditanos. Pero no solo la ausencia de elementos y sistemas de comunicación, suponen un lastre para la ciudad. Se debe subrayar, pues, la ausencia de cultura emprendedora que transforme en proyectos creadores de riqueza las oportunidades que Cádiz ha tenido<sup>118</sup>.

Ejemplo de todo ello es que la tradicional experiencia comercial internacional de Cádiz adquirida por algunas familias burguesas durante el siglo XVIII y los recursos generados y acumulados no se tradujeron en inversiones en empresas industriales de cierta importancia, salvo algunas excepciones como el ya mencionado intento fallido de la familia Vea Murguía. Cádiz careció, en definitiva, durante una gran parte del siglo XX, de una clase emprendedora que se planteara el triple flujo inversor en las vertientes productivas, comerciales y directivas<sup>119</sup>.

Si la construcción, además de ser un importante motor de la economía local, regional o nacional, es un indicador de la situación y capacidad económica de una población, a principios de siglo este sector se estanca en Cádiz, de forma que el paro, que aparece en el año 1906 como institución ligada a la

---

<sup>116</sup> Ramos A. Apuntes para una crónica del primer tercio del siglo XX. En: Bustos M. Cádiz en su historia. I Jornadas de Historia de Cádiz Abril 1982; Cádiz: Publicaciones de la Caja de Ahorros de Cádiz; 1983. p.115 – 6.

<sup>117</sup> Ruíz J. 2002. p. 57.

<sup>118</sup> Ruíz J. 2002. p. 61.

<sup>119</sup> Ruíz J. 2002. p. 65.

ciudad<sup>120</sup>, se agudiza hasta tales límites que pasan algunos años sin que se construya nada ni se presenten en el Ayuntamiento proyectos o peticiones de licencias de obras para construir nuevas plantas en los edificios<sup>121</sup>.

Pero inmersos en el ambiente de regeneración, las autoridades municipales y provinciales quieren hacer realidad en su propio municipio esas aspiraciones cubriendo cuatro frentes: las obras públicas del estado son sacadas a pulso por los políticos provinciales y locales, las realizadas por el Ayuntamiento, la cooperación de la iniciativa privada con la corporación municipal y el impulso a las efemérides conmemorativas en las que participan todos los gaditanos. En el sentido de “caciques buenos” destacan las ágiles relaciones entre los dos partidos turnantes y las gestiones ante el gobierno de la nación con el fin de resolver las necesidades ciudadanas y provinciales. A diferencia de lo que ocurría en otras partes de la península, liberales y conservadores colaboraron estrechamente<sup>122</sup>.

Este espíritu de ayuda era poco menos que imprescindible si se quería proceder a la modernización de un recinto urbano con un cinturón amurallado que condiciona una densidad de población importante, con deficiencias higiénicas y de saneamiento, sin alcantarillado moderno, viviendas anticuadas<sup>123,124</sup> que conduce todo ello a falta de salubridad en las calles y en los espacios públicos. Situación común con otras plazas fuertes y con una determinante influencia de la autoridad militar, tal es el caso, por ejemplo, de Pamplona, con consideración de plaza estratégica después de las guerras carlistas<sup>125</sup>. También se plantea esa necesidad, junto con la demanda de un suministro de agua limpia y eliminación de la sucia en Palma de Mallorca, donde

---

<sup>120</sup> Ramos A. 1983. p. 117.

<sup>121</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 104.

<sup>122</sup> Millán JL. 1993. p. 82.

<sup>123</sup> Esta colaboración entre políticos diferentes permitió aplicar preceptos higiénico – sanitarios adoptados como propios por la ingeniería sanitaria, disciplina que entre los siglos XIX y XX pretendió mejorar las condiciones higiénicas de las viviendas e infraestructuras, tanto en el ámbito rural como en el urbano. En: Galiana ME, Bernabeu J. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* Julio – Diciembre 2006; 58 (2): 141.

<sup>124</sup> Buj A. La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 1 de Agosto de 2003; 7 (146): 4. Disponible el 14/04/2013 en [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(012\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(012).htm)

<sup>125</sup> Anaut S. Higiene urbana y mortalidad en Pamplona (1880 – 1935). *Revista de Demografía Histórica* 2002; 20 (2): 119.

el derribo de la muralla constreñía su desarrollo<sup>126</sup>. En el caso de Cádiz, será entre 1906 y 1910 cuando caigan las murallas que le daban el carácter de ciudad – fuerte<sup>127</sup>.

En 1904, se inicia el Plan General de Extramuros que intenta la expansión de la ciudad más allá de las Puertas de Tierra. El Plan de Urbanización se desarrolla en sucesivas etapas entre 1906 y 1912, con el derribo de las murallas y la inauguración del Paseo de Canalejas (Figura 1) en los espacios demolidos.



**Figura 1:** Paseo de Canalejas 1912. Fuente: Archivo particular de José De la Fuente Campodarbe .

La ciudad de Cádiz, como recinto urbanístico y también como realidad espacial quedó culminado en su totalidad en el siglo XVIII determinado por su bonanza económica auspiciada por los beneficios de comercio con América (Figuras 2 y 3, en las que se aprecian las modificaciones de terreno ganadas al mar y la expansión del puerto). El crecimiento de la ciudad se concebía, más que por las necesidades poblacionales, caso de Barcelona o Madrid, para la creación de un nuevo espacio urbano, aparte de la ciudad antigua, donde se ubicaran las capas sociales más modestas<sup>128,129</sup>. En 1906, comienza la modernización del Puerto, con la creación de la Junta del mismo y el impulso para la construcción de varios muelles finalizándose el primero, el Reina

---

<sup>126</sup> Bujosa F. Los sorprendentes índices sanitarios en la Mallorca de finales de siglo. *Dynamis* 1998; 18: 234 – 5.

<sup>127</sup> Ramos A. 1983. p. 118.

<sup>128</sup> Marchena J. Actitudes urbanísticas en Cádiz durante el siglo XX. En: *La Ciudad de Cádiz en el siglo XX. Paisaje Urbano y Memoria*. Cádiz: Fundación Municipal de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz; 2002. p. 19 – 20.

<sup>129</sup> Ramos A. La confusa demografía gaditana del siglo XIX (1800 – 1875). *Anales de la Universidad de Cádiz* 1986; (3 – 4): 258.

Victoria, en 1912 (Figura 4). En 1904, se construye el Hospital Mora<sup>130</sup>, a expensas de dicha acaudalada familia gaditana; en 1906, se establece el tranvía entre Cádiz y San Fernando; en 1907 se inaugura el Balneario Reina Victoria<sup>131</sup>.

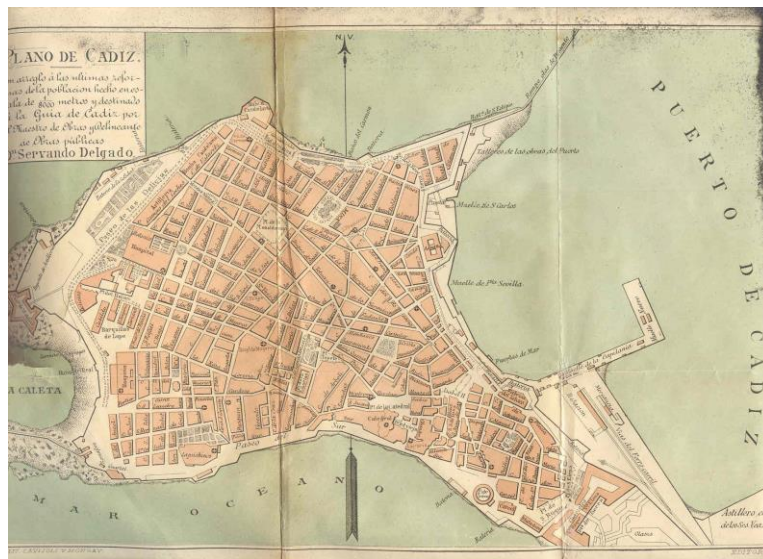
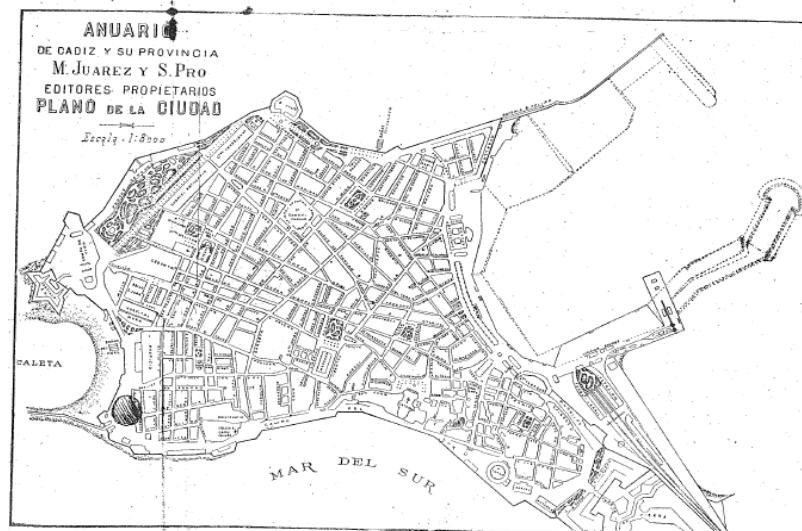


Figura 2: Plano de Cádiz. Fuente: Gautier, editor (1892).

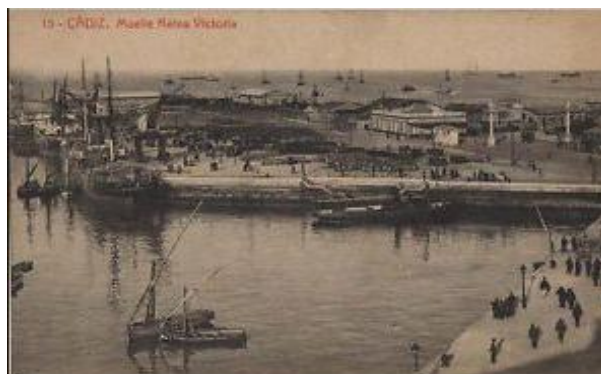
<sup>130</sup> Núñez NI, Fernández EJ. “El espíritu del Mora”. El hospital civil y provincial de San José. Cádiz: Vicerrectorado de Proyección Social, Cultural e Internacional. Universidad de Cádiz. Disponible el 26 / 10 / 2015 en [http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Servicio\\_Extension/Creacion/Catalogos\\_Exposiciones/1636051\\_458\\_1842013102728.pdf](http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Servicio_Extension/Creacion/Catalogos_Exposiciones/1636051_458_1842013102728.pdf)

<sup>131</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 58.



**Figura 3:** Plano de Cádiz. Fuente: Pro, García, editor (1920).

Demográficamente, Cádiz tiene un comportamiento característico derivado de su peninsularidad. A inicios de siglo cuenta con 69.383 habitantes, que descienden en la década del 1910 a 67.174 habitantes para subir en la década de los años veinte a 76.179 habitantes. La densidad de población en el año 1900 es de 77,09 habitantes / km<sup>2</sup>, y hacia 1930 es de alrededor de 80,00 habitantes / km<sup>2</sup>.<sup>132</sup> La capital gaditana no va a seguir la tónica de crecimiento que se generaliza para toda España. Podemos considerar que la revolución demográfica decimonónica española, encuentra una excepción en Cádiz<sup>133</sup>.



**Figura 4:** Muelle Reina Victoria. Archivo Particular de Fotos de José De la Fuente Campodarbe

<sup>132</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 93-4.

<sup>133</sup> Ramos A. 1986. p. 251.

En la primera década del siglo, la ciudad se comporta como una población estable en cuanto a su crecimiento vegetativo por nacimientos y defunciones ya que tan sólo aumenta un insignificante 0,5 %, pero aunque se registra una emigración no muy elevada, el cómputo demográfico retrocede con claridad. Pero, incluso este fenómeno migratorio tiene varias razones:

- a) Coyunturales: climáticos, alza de precios, hambre generalizada.
- b) Azote de pandemias, como el cólera morbo de 1885, que todavía influyen en la población por la deficiente red de alcantarillado, viviendas depauperadas y calles insalubres.
- c) El hecho histórico de 1898 con sus conocidas consecuencias y la crisis económica finisecular, también conexcionada con la climatología y el desastre, la plaga de la filoxera, la paralización en las industrias naval y de tabacos y el hundimiento portuario, que ya han sido parcialmente citados<sup>134</sup>.

De igual manera, en los siguientes diez años, son también varias las razones que facilitan el incremento demográfico: elevación de la natalidad, descenso de la mortalidad sobre todo infantil y una cierta inmigración a la costa. Hay una evolución positiva por:

- a) Empezar unas tímidas medidas de prevención sanitaria (RD 12/12/1904), que aporta la posibilidad de una vacunación gratuita.
- b) Buenas cosechas, que aportan alimentos a mejores precios y necesita de mano de obra.
- c) Desarrollo económico, impulsado por la industria alimentaria, por la naval, etc.
- d) Inmigración de personas que acuden a buscar trabajo a la bahía<sup>135</sup>.

Desde el punto de vista educativo, a comienzos del siglo XX, España contaba con un 64 % de analfabetos; estudiaban el bachillerato 45.000 muchachos distribuidos en 60 institutos estatales y 300 colegios privados. En Cádiz, la capital se encontraba por encima de la media nacional, con un Instituto Provincial de Segunda Enseñanza, algunas unidades escolares de Primera

---

<sup>134</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 94.

<sup>135</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 94.



Enseñanza y cuatro centros privados de entre los diversos niveles educativos<sup>136</sup>.

Haciendo estimación de los datos de analfabetismo registrado en la provincia de Cádiz desde el último cuarto del siglo XIX hasta nuestros días y comparándolos con sus respectivos nacionales, nos encontramos con que salvo los recuentos de 1877 y 1887, en todo momento Cádiz se sitúa por encima de la media española<sup>137</sup>. En el desglose por sexos, el analfabetismo masculino se mantiene siempre por debajo de los cómputos medios nacionales, reduciendo paulatinamente la cifra global de analfabetos a un ritmo constante y regular. Sin embargo, no cabe decir lo mismo en lo tocante a las cifras femeninas. No es aventurado afirmar, como primera evidencia, que la desatención a la educación femenina fue uno de los factores desencadenantes de la postración gaditana<sup>138,139</sup>.

## **1.4. Contexto Sanitario (1900-1920)**

Pasamos a sintetizar la situación sanitaria de España, en primer lugar, y de Cádiz, a continuación en el periodo que hemos estudiado.

### **1.4.1. Sanidad Española**

Si consideramos los avances sanitarios en los distintos países desde la perspectiva de la Higiene Social, tenemos que aceptar que el desarrollo de la salud pública en el siglo XX va unido, en cuanto práctica sanitaria, a la evolución de la construcción del estado, a las consecuencias del avance industrializador, a

---

<sup>136</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 121.

<sup>137</sup> Espigado G. La Educación en Cádiz durante el siglo XX. En: Ramos A, coordinador. Cádiz, la provincia en el siglo XX. 1ª ed. Cádiz: Fundación Provincial de Cultura; 2000. p. 160.

<sup>138</sup> Espigado G. 2000. p. 162.

<sup>139</sup> En España, a principios del siglo XX, la mayoría de la población femenina era analfabeta. El 90 % tenían como única profesión “de su casa” y si en la instrucción primaria no había excesiva desigualdad con los varones, en las enseñanzas medias y superiores se disparaba. Aunque se habían producido cambios en las Escuelas Normales de Niñas, Escuelas de Artes e Industrias, muy poco se había avanzado para que la mujer pudiese seguir estudios superiores. La presencia femenina en Segunda Enseñanza y Universidad, aunque permitida desde 1868, era escasa y, además, discriminatorio, al no recibir títulos oficiales que les permitiesen ejercer dichas carreras, sino sólo certificados. Muñoz R, Oslé J. Retratos de mujer. Cádiz 1900 – 1936. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1997. p. 19 – 20.

los profundos cambios surgidos tras la Segunda Guerra Mundial y a la presión sindical y política de los trabajadores<sup>140</sup>.

A finales del siglo XIX las crisis de subsistencias de 1856, 1868, 1879, 1882 y 1887 y las epidemias de cólera, tifus, paludismo, sarampión, difteria, tos ferina o viruela no eran las que más contribuía a la corta esperanza de vida, sino lo que César Silió y Cortés (1865 – 1944)<sup>141</sup> denominó “mortalidad indisculpable”, esto es, un conjunto de enfermedades infectocontagiosas endémicas derivadas de una nutrición deficiente o insalubre y producto, por tanto, del atraso económico y de la escasa provisión de bienes preferentes por el estado<sup>142</sup>.

En el aspecto administrativo y organizativo, la situación española estaba retrasada con respecto a otros países de nuestro entorno. Si tomamos como ejemplo Alemania, con un sistema moderno de seguridad social desde 1884, hasta 1908 no se creará en España el Instituto Nacional de Previsión<sup>143,144</sup>.

A título de ejemplo, el porcentaje de los gastos de la Dirección General de Sanidad en los gastos totales del Estado, tuvo las siguientes cifras: en 1900, el 0,08%, en 1910, el 0,12% y en 1921, el 0,24%<sup>145</sup>, porcentajes muy exigüos, a todas luces, para la ingente tarea modernizadora que se avecinaba.

En nuestro país, como señala Rodríguez Ocaña, el desarrollo de la Medicina Social, que no tuvo carácter original ni fue diferente a lo ocurrido en otros países de nuestro entorno, se constituyó a partir de tres elementos:

a. La cuantificación de los fenómenos demográficos, influido negativamente por el tardío desarrollo del Registro Civil, y de las técnicas de cuantificación estadísticas.

---

<sup>140</sup> Maset P, Sáez JM. La evolución histórica de la Salud Pública. En: Martínez JF, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Maset P, Navarro V, directores. Salud Pública. Madrid: McGraw - Hill - Interamericana de España; 1998a. p. 14.

<sup>141</sup> Para un mejor conocimiento de la figura de César Silió, véase: Cano JA. El conservadurismo vallisoletano en la segunda Restauración: César Silió. Investigaciones históricas: Época moderna y contemporánea 1995; (15): 97 – 106. Disponible el 10 / 11 /2015 en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-ElConservadurismoVallisoletanoEnLaSegundaRestaurac-66396.pdf>

<sup>142</sup> Escudero A, Simón HJ. El bienestar en España: una perspectiva de largo plazo, 1850 – 1991. Revista de Historia Económica 2003; 21 (3): 539 – 40.

<sup>143</sup> López JM. 1990. p. 178 – 83.

<sup>144</sup> Sobre un recorrido histórico del Instituto Nacional de Previsión, véase: Manzano F. La gestión de la Seguridad Social cien años después de la creación del Instituto Nacional de Previsión. Capital Humano 2008; (218): 64 – 70.

<sup>145</sup> Escudero A. 2003. p. 541.

b. La consideración de la enfermedad como elemento económico por la morbilidad y mortalidad producidas.

c. La etiología social de la enfermedad, alcoholismo, condiciones de salubridad urbanas y en el hogar, etc<sup>146</sup>.

El atraso secular que la sociedad española presentaba a comienzos del siglo XX, junto con la crisis política ya explicada anteriormente, desembocan en un deseo modernizador que también tendrá su traducción en el aspecto sanitario del país. Deseo modernizador incluso en el ámbito de la mujer incorporándose a los niveles medios y superiores de la enseñanza. En 1904, se abrió la posibilidad, por ejemplo, a la mujer de realizar los estudios de practicante<sup>147</sup>. A principios del siglo XX comienza una nueva corriente sanitaria, en la cual médicos y practicantes empleando principios estadísticos<sup>148</sup> quieren transmitir a la población la conciencia de necesidad de medidas higiénicas, saneamiento urbano y domésticos con el fin de prevenir la alta incidencia de enfermedades transmisibles<sup>149</sup>. La aplicación práctica de estadísticas fiables a partir de mediados del siglo XIX tiene aplicaciones prácticas inmediatas. Por ejemplo, se comprueba que la tuberculosis no es una enfermedad de ricos, sino que afecta a la clase obrera<sup>150</sup>. En unos momentos en que las enfermedades transmisibles aparecían ante la opinión médica como “enfermedades evitables” no es extraño que su alta prevalencia se achacara al atraso de la administración sanitaria y se esgrimiera como acicate para la adopción de una política decidida que abocara en la deseada regeneración sanitaria<sup>151</sup>.

Aunque no en todo el país la situación es la misma. Así, en Menorca, por ejemplo, los indicadores disponibles permiten definir a la isla como un oasis de

---

<sup>146</sup> Rodríguez E. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882 – 1923). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988. Citado en: Martínez JF. 1994. p. 29.

<sup>147</sup> Herrera F. De la época isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la enfermería española. *Temperamentum* 2005; 1: 4. Disponible el 07/05/2013 en <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a104.php>

<sup>148</sup> Sobre la introducción de la metodología estadística, véase: Matthews R. La introducción de los métodos estadísticos en la medicina de los siglos XIX y XX. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2005; 4: 185 – 203. Bernabeu J. Estadística y salud pública: el argumento del método numérico. *Gac Sanit* 2007; 21 (5): 416 – 7.

<sup>149</sup> Rodríguez E, Bernabeu J. El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800 – 1936. En: Sánchez - Cantalejo E, editor. *La epidemiología y la estadística: ponencias*. V Encuentro Marcelino Pascua; 16 Jun 1995; Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996. p. 9 – 33.

<sup>150</sup> Báguena MJ. La tuberculosis en la historia. *An R Acad Comunitat Valenciana* 2011; 12: 3.

<sup>151</sup> Rodríguez E. La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890 – 1925. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 13.

bienestar demográfico en la etapa tradicional y con una precocidad digna de mención en el proceso de transición demográfica en correspondencia con su también precoz modernización sociológica<sup>152</sup>. Pero no siempre éste es el motivo. En la cornisa cantábrica, los jóvenes presentaban unas mayores proporciones de sobrevivientes porque los riesgos de contraer infecciones, en particular digestivas, durante la infancia eran allí menores. Además, la mejor disponibilidad de alimentos de origen animal procedentes de la ganadería y de la pesca, de mayor calidad en su componente proteico, permitía afrontar las infecciones que requieren un mayor aporte de estos nutrientes, de vitaminas, y de minerales. Si se añade el aislamiento de las poblaciones, con un menor riesgo de contraer infecciones junto con la menor posibilidad de intercambiar los productos producidos que aumenta su disponibilidad por la población local y su capacidad de consumo, tenemos razones que ayudan a explicar la mayor supervivencia en estas edades. Ello explica que regiones con un nivel de renta más elevadas, Madrid, Valencia, Cataluña, no consiguieran proporciones de sobrevivientes mayores hasta las primeras décadas del siglo XX<sup>153</sup>.

En España, el siglo XX se caracteriza por la influencia de los sucesivos marcos sociopolíticos en la evolución de la salud pública y se produce en el primer tercio de siglo una actualización progresiva de conceptos y prácticas sanitarias<sup>154</sup>.

El análisis de la estrategia preventiva, relativa a la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas, se diseñó y se intentó poner en marcha en nuestro país durante la segunda década de la presente centuria<sup>155</sup>.

De 1880 a 1904 es una etapa caracterizada por la implantación progresiva de la mentalidad etiopatológica en la administración sanitaria, por la intensa repercusión del proceso de industrialización y por la creación en 1883

---

<sup>152</sup> Vidal T, Gomila J. Aproximación a la Demografía Histórica Menorquina. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1986; 4 (2): 47. Disponible el 23/05/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/system/files/Revista/1986%2C%202/T%20Vidal%2C%20IV%2C%202%2C%20198>

<sup>153</sup> Cussó X, Nicolau R. La mortalidad antes de entrar en la vida activa en España. Comparaciones regionales e internacionales, 1860 – 1960. Revista de Historia Económica 2000; 18 (3): 545 – 6.

<sup>154</sup> Marset P, Rodríguez E, Sáez JM. La Salud Pública en España. En: Salud Pública. Martínez JF, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, directores. Salud Pública. Madrid: McGraw – Hill – Interamericana de España; 1998b. p. 25.

<sup>155</sup> Porras MI. La lucha contra las enfermedades “evitables” en España y la pandemia de gripe de 1918 – 19. Dynamis 1994; 14: 160.

de la Comisión de Reformas Sociales<sup>156</sup>. El impacto de las primeras fases de la industrialización sobre la salud de la población ciertamente fue negativo<sup>157</sup>.

Se empieza a observar en el cambio de siglo una transición del interés que merecían los aspectos sociales y medioambientales de la enfermedad hacia los componentes biológicos de la salud y de la herencia en la conservación de los rasgos higiénicos de la raza de las poblaciones. El impacto del cambio político e ideológico explica que se conceda importancia a la herencia, a la eugenesia, a la higiene social concebida como “tecnología de la población”<sup>158,159</sup>.

Pero el Estado también se involucró a través de la instauración de servicios públicos asistenciales y municipales en las grandes urbes. Además de la prestación por las Casas de Socorro locales, se crearon laboratorios de análisis químico y, más tarde, bacteriológicos que supusieron auténticas puertas de entrada de la medicina de laboratorio en nuestro país<sup>160</sup>.

La labor asistencial y de inspección de las condiciones de salubridad fue recogida en distintos boletines, de difusión más o menos importante, donde empezó a considerarse la importancia del análisis estadístico demográfico como elemento que permite desvelar la mala salud urbana además de la cuantificación de la salud y la propia enfermedad<sup>161</sup>.

En el siglo XX bajo el impacto regeneracionista y analizador de la crisis del 98, se toma conciencia del retraso cultural, social y científico<sup>162</sup>. En el terreno sanitario ayudó el hecho de disponer con regularidad de una referencia estadística, que hacía posible las comparaciones con los restantes países occidentales. Higienistas de distintas partes de España se sirvieron de los cálculos estadísticos para mostrar la necesidad de una reforma sanitaria con el

---

<sup>156</sup> Marset P et al. 1998b. p. 25.

<sup>157</sup> Arbaiza M. La transición sanitaria en Vizcaya. En: González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. Bilbao: Universidad del País Vasco; 1998. p. 104.

<sup>158</sup> Marset P et al. 1998b. p. 33.

<sup>159</sup> Almenara J, Silva LC, Benavides A, García C, González JL. Historia de la Bioestadística. La génesis, la normalidad y la crisis. Cádiz: Quorum; 2003. p. 85 – 9.

<sup>160</sup> Marset P et al. 1998b. p. 33.

<sup>161</sup> Marset P et al. 1998b. p. 33.

<sup>162</sup> Herrera F. Un cirujano y humanista singular: Alejandro San Martín y Satrústegui (1847 – 1908). Lluç 2009c; 32 (70): 396.

fin de modernizar la sociedad<sup>163</sup>. El origen de la estadística sanitaria en sentido estricto corresponde a los registros de defunciones que se crearon con motivo de grandes epidemias<sup>164</sup>. Es en este momento cuando se incorporan los postulados maduros de la nueva Salud Pública, añadiendo a los conocimientos bacteriológicos e inmunológicos las aportaciones teóricas y técnicas de la tradición ambientalista y social. Se intenta consolidar el cuerpo de funcionarios sanitarios a escala central y provincial gracias a la Instrucción General de Sanidad (1904). A efectos normativos, el hecho más relevante fue la promulgación de este documento ante la imposibilidad de aprobar una nueva ley de Sanidad. En el mismo, se reconocía la necesidad de una vigilancia sanitaria continuada, con independencia de la aparición de catástrofes epidémicas, se creaba la figura de funcionario médico especializado, el inspector de Sanidad, con competencias definidas en los ámbitos municipal y provincial<sup>165,166</sup>. Pero esta reorganización de servicios sanitarios iniciada formalmente en 1904, con dicha Instrucción General, se materializó verdaderamente en 1909, con el incremento presupuestario que permitió respaldar las medidas adoptadas<sup>167,168</sup>.

La situación sanitaria en la España de comienzos de siglo fue vista, gracias a los análisis de las estadísticas recogidas regularmente, de forma alarmante por las autoridades sanitarias<sup>169</sup>. El Director General de Sanidad, Ángel Pulido y Fernández (1852 – 1932) (figura 5), señaló en 1902 que la alta mortalidad por infecciones al ser enfermedades evitables revelaban el atraso de nuestra administración sanitaria<sup>170,171,172</sup>. Se calificaba de mortalidad “*verdaderamente vergonzosa, la registrada en España en la primera década del siglo XX*”. La alta mortalidad de causa infecciosa era interpretada como prueba

---

<sup>163</sup> Pujadas JM. 2012. p. 183.

<sup>164</sup> López JM. 1990. p. 162.

<sup>165</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 35.

<sup>166</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 38.

<sup>167</sup> Martínez JF. 1994. p. 30.

<sup>168</sup> Antes, la falta de presupuesto para reconocer la labor de inspección sanitaria municipal, impidió en muchos casos su catalogación como funcionarios del estado, con las siguientes garantías de independencia técnica y de percibir una remuneración por el cargo. En: Barona C. 2002. p. 507.

<sup>169</sup> Galiana ME, Bernabeu J. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio Julio – Diciembre 2006*; 58 (2): 145 – 6.

<sup>170</sup> Rodríguez E. 1994. p. 13.

<sup>171</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 35.

<sup>172</sup> García D, Álvarez V. Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901 – 1902). *Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 23 – 41. 26 - 31

de la importancia del atraso y del problema sanitario español<sup>173,174</sup>. La propagación de enfermedades infectocontagiosas, sobre todo las transmitidas por agua y alimentos y por aire, aparecía ligada a situaciones de insalubridad y de falta de higiene<sup>175,176,177</sup>.



**Figura 5:** Ángel Pulido y Fernández (1852-1932). Fuente: Galería de imágenes de la Real Academia Nacional de Medicina.

La tuberculosis es la infección que constituyó la principal causa de mortalidad general del país. En 1900, considerando una cifra total de 50.000 fallecidos por tuberculosis podemos estimar como mínimo una población de 500.000 enfermos de la enfermedad. El citado Ángel Pulido propuso los primeros decretos contra la tuberculosis. Una extensa circular (ROC de 4 de Octubre de 1901), dirigida a todos los gobernadores civiles, reconocía la importancia de la enfermedad tuberculosa y la imposibilidad del Estado de atenderla<sup>178</sup>. Para el tratamiento del enfermo tuberculoso, de acuerdo con los estándares de la época, basado en clima saludable, alimentación hipercalórica, se crea una estructura diseñada específicamente para este fin: el sanatorio

<sup>173</sup> Rodríguez E. 1994. p. 12 - 3.

<sup>174</sup> Las principales causas de muerte que superaban en proporción a los casos de otras naciones eran la fiebre tifoidea, fiebres intermitentes, viruela, sarampión, gripe, meningitis, bronquitis, tuberculosis, tos ferina y difteria, todas ellas enfermedades consideradas evitables. En: Galiana ME. 2006. p. 148.

<sup>175</sup> Bernabeu J. Epidemias y globalización; nuevos y antiguos retos en el control de las enfermedades transmisibles. Revista de Historia Actual 2004; 2 (2): 129.

<sup>176</sup> Galiana ME. 2006. p. 151 - 2.

<sup>177</sup> Ruiz JM. Historia epidemiológica. Soria 1900 – 1920. El mañana del ayer. Soria: Fundación Científica Caja Rural de Soria, Complejo Hospitalario de Soria (SACYL), Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Soria; 2011. p. 259 - 61.

<sup>178</sup> Molero J. Francisco Moliner y Nicolás (1851 – 1915) y el inicio de la lucha antituberculosa en España. Asclepio 1990; 42 (1): 268.

antituberculoso. Sin embargo, en España, aunque se construyeron algunos: Busot en Alicante, Porta – Coeli en Valencia, Chipiona en Cádiz, privado, por iniciativa del pediatra Manuel Tolosa Latour<sup>179,180,181</sup> (Figura 6), no podían satisfacer las demandas de la población afectada, por lo que la estructura básica de la atención recayó en el dispensario, con fines de diagnóstico precoz y de educación sanitaria de la población dirigido a evitar la propagación de la enfermedad<sup>182,183</sup>.



**Figura 6:** Busto de Manuel Tolosa Latour (1857-1919) en el Centro de Salud de Chipiona (Cádiz). (Fuente: fotografía de A. Rodríguez Baeza, 2013).

Otra enfermedad social fue el paludismo, no tanto por la mortalidad general causada sino por las enfermedades y secuelas producidas<sup>184</sup>. Antonio Espina y Capó (1850 – 1930)<sup>185</sup> calcula que las pérdidas causadas en 1910 por

<sup>179</sup> Orozco A. Tolosa Latour (1857 – 1919). Pionero de la talasoterapia española. Monografías V. Córdoba: Sociedad Española de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura; 1993. p. 5 – 20.

<sup>180</sup> Herrera F, Doña F. Manuel Tolosa Latour (1857 – 1919): impulsor de los sanatorios marítimos para la infancia. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 1989; 25 (1): 89 – 97.

<sup>181</sup> Rodríguez A. Vida y obra de Manuel Tolosa Latour. Trabajo Fin de Grado. Cádiz: Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz; 2014.

<sup>182</sup> Báguena MJ. La tuberculosis y su historia. Barcelona: Fundación Uriach 1838; 1992. p. 72 - 81.

<sup>183</sup> En Valencia, por ejemplo, la escasez de fondos hacía que estos dispensarios, el antituberculoso o el antivenéreo, no dispusieran ni de las instalaciones ni de los medios adecuados para la realización de las funciones de profilaxis, prevención y educación secundaria. En: Barona C. 2002. p. 500.

<sup>184</sup> Fernández B. La erradicación del paludismo en España: aspectos biológicos de la lucha antipalúdica. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2002. Disponible el 10 / 11 / 2015 en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bio/ucm-t26827.pdf>

<sup>185</sup> Para conocer más sobre la figura de Antonio Espina y Capó, véase: Renaudet I. La contribution du Dr. Antonio Espina y Capó à la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas: un combat au service du progrès médical. El Argonauta español 2005; 2. Disponible el 10/11/2015 en <http://argonauta.revues.org/1188>



el paludismo superaron los 135 millones de pesetas al año, con 300.000 casos anuales<sup>186</sup>.

Con una repercusión sanitaria importante, además de las connotaciones de carácter vergonzante, se presentaron las enfermedades de transmisión sexual. El impacto de las enfermedades venéreas en la España contemporánea mediante la descripción y el análisis de la morbi – mortalidad por estas enfermedades presenta dificultades graves, porque las expresiones diagnósticas varían a lo largo del tiempo y porque los primeros datos de morbilidad por enfermedades venéreas para todo el estado – refiriéndonos a la población civil – no aparecen hasta 1931 en el Anuario Estadístico de España<sup>187</sup>. Continuó, luego de cierta confusión reglamentaria normalizada a partir de las “Bases para la Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-Sifilíticas”, la lucha antivenérea.

Ante las altísimas cifras de morbimortalidad infantil<sup>188</sup>, fueron de especial preocupación las enfermedades de las edades tempranas de la vida<sup>189</sup>, por lo que se extendieron tanto los Consultorios de Lactantes como los Institutos de Puericultura<sup>190,191</sup>.

En la lucha oncológica se dieron los primeros pasos para definir una campaña anticancerosa preocupada sobre todo por atraer pacientes a los que se pudiera tratar adecuadamente. Sin embargo, no será hasta bien entrada la Segunda República cuando exista un proyecto estatal consolidado en cuanto al diseño y la financiación de una campaña que implique a la estructura sanitaria del país. Sólo se habían venido sucediendo iniciativas benéficas casi siempre

---

<sup>186</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 35 – 6.

<sup>187</sup> Castejón R. Una aproximación al impacto de las enfermedades venéreas en España: años 30 y 40 del siglo XX. En Martínez J et al, directores. La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla – La Mancha; 2004. p. 505 – 12. Citado en: Herrera F. José Gómez Plana y el estado sanitario del distrito médico de La Palma (Cádiz, 1929). En: Pérez JA et al, coordinadores. Actas del IX Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas; 27 – 30 Sep 2005; Cádiz. Cádiz: SEHCYT; 2006. 99. p. 267 – 80.

<sup>188</sup> Sanz A. 2001. p. 136.

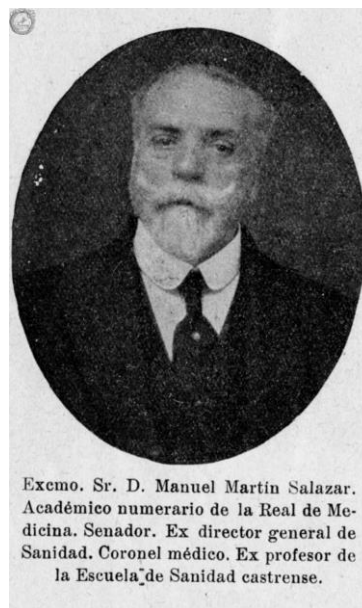
<sup>189</sup> Arbeló A. La mortalidad de la infancia en España 1901 – 1950. Madrid: CSIC – Instituto Balmes de Sociología, Dirección General de Sanidad; 1962. p. 35 – 40.

<sup>190</sup> Herrera F, Córdoba MA, Rodríguez AR. Nodrizas, enfermeras y la asistencia hospitalaria pediátrica. En: Ruiz MA, director. Enfermería pediátrica. Tomo 1. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1995. p. 37 - 9.

<sup>191</sup> En España existieron gotas de leche a partir de 1902 y consultorios para lactantes desde 1904. Rodríguez E, Perdiguero E. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saude* 13 (2): 310.

bajo el patronazgo de potentados y la elite médica<sup>192</sup>. Hasta 1917 no se puede hablar, en Cataluña de la existencia de una mínima organización de la lucha contra el cáncer<sup>193</sup>.

La epidemia de gripe de 1918, demostró la enorme insuficiencia de la estructura sanitaria y de la legislación españolas. Según reconocía el máximo responsable de la Sanidad civil en aquellos momentos, Manuel Martín Salazar (1854 – 1936) (Figura 7) se contaba con una organización burocrática, pero con falta de laboratorios, institutos, personal idóneo. Pero además, se puso de manifiesto la ineficacia de las medidas públicas de profilaxis<sup>194,195,196</sup>.



**Figura 7:** Manuel Martín Salazar (1854-1937). Fuente: Galería de imágenes de la Real Academia de Medicina.

<sup>192</sup> Medina RM. Fundamentos y objetivos de una campaña sanitaria. La lucha contra el cáncer en Cataluña, anterior a la guerra civil. En: Montiel L, coordinador. La salud en el estado del bienestar. Madrid: Complutense; 1993. p. 150.

<sup>193</sup> Medina RM. 1993. p. 160.

<sup>194</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 36.

<sup>195</sup> Manuel Martín Salazar impulsó de manera definitiva la modernización de la sanidad española y la estadística se constituirá en una de sus grandes preocupaciones, puesto que las decisiones para la reforma sanitaria que necesita España debe estar sustentada en datos. Bajo sus directrices se creará el Boletín de Estadística Demográfico – sanitario. Almenara J. Approach to the history of medical statistics in Spain. Boletín de Estadística e Investigación Operativa Junio 2012; 28 (2): 161.

<sup>196</sup> Herrera F. Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898 – 1945). Cuadernos de Historia de la Ciencia. Vol. 10. Zaragoza: Seminario de Historia de las Ciencias y de la Técnica de Aragón, Universidad de Zaragoza; 1997. p. 37 – 8.

Una de las lacras singulares de la situación sanitaria española se encontraba en las condiciones de insalubridad urbana<sup>197</sup> y rural<sup>198</sup>. Hacia 1913, una encuesta de Phillippe Hauser y Kobler (Nàdasban, 1832 – Madrid, 1925)<sup>199</sup> concluía que de las siete ciudades con más de 100.000 habitantes, solo dos contaban con una red amplia y moderna de alcantarillado. En Madrid, por ejemplo, en 1902, se calculaba que pese a la extensión del alcantarillado acometido desde 1856, todavía se encontraban más de 3.000 pozos negros<sup>200</sup>. En 1919, un informe técnico señalaba que no existía suministro de agua potable en una tercera parte de las ciudades, en un contexto de grandes deficiencias en la limpieza urbana y el saneamiento<sup>201</sup>. Pero no solo las condiciones de insalubridad en las ciudades condicionaban unos valores de morbimortalidad más elevados que en los países de nuestro entorno, sino la existencia de pauperismo, desnutrición, hacinamiento y la propia enfermedad-, el trabajo femenino, en unas condiciones y en una época en la que no podía compaginar adecuadamente las labores domésticas y donde el hombre ni siquiera consideraba su colaboración en ese fin, un trabajo infantil explotador, las enfermedades industriales, y la fatiga laboral por una jornada laboral excesiva combinada con una alimentación y descanso que no permitían una adecuada recuperación de los trabajadores, influyeron decisivamente en la aparición de las enfermedades y en las cifras de mortalidad<sup>202,203,204</sup>.

En relación con la estadística sanitaria, desde 1900 (Ley de Epidemias) era obligatorio para todos los médicos dar parte al subdelegado de Medicina sobre la presencia de enfermedades infecciosas o contagiosas. Desde 1902 el

---

<sup>197</sup> Barona C. 2002. p. 497.

<sup>198</sup> Galiana ME. 2006. p. 140.

<sup>199</sup> Felipe Hauser y Kobler, médico húngaro, alcanzó proyección social en Europa debido a su participación en el debate internacional sobre la etiología y profilaxis del cólera. La proyección de Hauser frente a las medidas de carácter profiláctico se basó en el saneamiento del suelo y en la mejora de las condiciones materiales de vida. En: Porras MI. Un acercamiento a la situación higiénico – sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX. *Asclepio* 2002; 44 (1): 219. Se estableció también en Sevilla, donde estudió su mortalidad y morbilidad. En: Carrillo JL. La salud de una ciudad: Sevilla ante la crisis finisecular. *Dynamis* 1998; 18: 183.

<sup>200</sup> Rodríguez E. 1994. p. 11 - 2.

<sup>201</sup> Marse P et al. 1998b. p. 36 - 7.

<sup>202</sup> Murillo F. La Defensa social de la Salud Pública. Discurso leído en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Dr. Francisco Murillo el día 14 de Julio de 1918. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya; 1918. p. 16.

<sup>203</sup> Murillo F. 1918. p. 23 - 43.

<sup>204</sup> Barona C. 2002. p. 18.

Instituto Geográfico y Estadístico publica sistemáticamente los Movimientos Anuales de la Población Española, con una información bastante detallada, de base provincial, utilizando la clasificación de Jacques Bertillon (1851 – 1922) (Figura 8), a la sazón jefe de los Servicios de Estadística de la Ciudad de París<sup>205</sup>.



**Figura 8:** Jacques Bertillon<sup>206</sup>

La orientación epidemiológica moderna de utilización de los datos de las declaraciones para el análisis continuo de la colectividad, se introdujo en España con la obra de Marcelino Pascua Martínez (1897 – 1977)<sup>207,208</sup>, máximo exponente de los epidemiólogos españoles que desde finales del siglo XIX estaban interesados en la utilización del método estadístico para el estudio de los problemas de la salud y de la enfermedad de las poblaciones<sup>209</sup> (Figura 9). En sus análisis epidemiológicos Pascua utiliza las técnicas modernas, las mortalidades con tasas específicas y normalizadas, y las comparaciones internacionales.

---

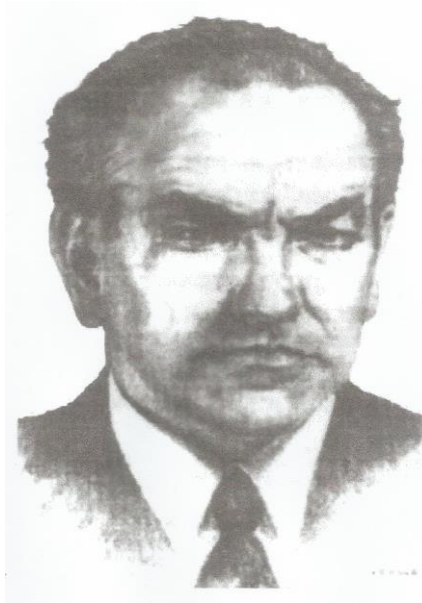
<sup>205</sup> Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p.146.

<sup>206</sup> Disponible el 24/04/2015 en <http://www2.biusante.parisdescartes.fr/img/?refphot=anmpx42x0052>

<sup>207</sup> Almenara J. Una aproximación histórica a la estadística médica española (1651 – 1965). Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Cádiz: Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, Ministerio de Educación, Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa; 2009. p. 91 – 6.

<sup>208</sup> Almenara J. 2012. p. 170-1.

<sup>209</sup> Almenara J. 2012. p. 170.



**Figura 9:** Marcelino Pascua Martínez (1897-1977). Fuente: Portada del “V Encuentro Marcelino Pascua”, Sánchez - Cantalejo, ed. (1995)

La reforma de Pascua<sup>210,211</sup> demuestra que, anteriormente, la insuficiencia en la recogida de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) no era consecuencia de la complejidad del estadillo ni del desinterés de los médicos, ocupados en su ejercicio privado, ni de la falta de compensación económica, sino de la ausencia de un circuito informativo que se correspondiera con los niveles político-administrativos. Esta acción continuada por parte de la administración sanitaria, con un flujo permanente de información y no limitada a la inmediatez del peligro epidémico, es la que confirió Pascua a la práctica epidemiológica<sup>212</sup>.

### **1.4.2. Sanidad Gaditana**

Desde una perspectiva regional, si atendemos a las tasas brutas de mortalidad, existe una clara diferencia entre los valores de Andalucía Occidental que son inferiores a los de Andalucía Oriental<sup>213</sup>.

---

<sup>210</sup> Rodríguez E. 1996. p. 19.

<sup>211</sup> Bernabeu J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931 – 1933. Rev Esp Salud Pública 2000; 74: 1 – 13.

<sup>212</sup> Marsset P et al. 1998b. p. 35-7.

<sup>213</sup> Sánchez D. Las diferencias territoriales de la mortalidad en Andalucía a finales del siglo XIX. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 159.

Pero incluso dentro de las mismas provincias, existen diferencias entre las áreas urbanas y el resto, diferencias que son habituales, y que concuerdan con las detectadas en otras regiones. La insalubridad urbana, el hacinamiento y las condiciones de la ciudad en las primeras etapas de la industrialización son factores que contribuyen a distanciar las pautas de mortalidad en las urbes y en el medio rural. Sin embargo, para la región analizada, estas divergencias se deben atribuir más a las malas condiciones ambientales de unas ciudades en plena expansión demográfica ya que la industrialización apenas dejó sentir sus efectos en las capitales andaluzas, salvo en la ciudad de Málaga<sup>214</sup>.

En diferentes momentos del siglo XIX, se producen numerosos episodios epidémicos relacionados con diversos condicionantes socioeconómicos como carestía, crisis de subsistencias, los ya referidos hacinamiento y otras condiciones negativas ambientales que facilitan su aparición. Podemos hablar de fiebre amarilla, cólera, viruela que influirán negativamente sobre la estructura demográfica de la propia población gaditana en el XIX. Sin embargo, veremos que las referencias que encontramos en la bibliografía y relativas a diferentes partes del país nos hace pensar que la *sobremortalidad* infecciosa esté más relacionada con enfermedades infecciosas que se transforman en endemismos con gran influencia social, sanitaria y demográfica<sup>215</sup>.

Merece ser resaltada como una de las primeras crisis sanitarias coincidentes con los últimos años del XIX: es la referida a la asistencia a los soldados repatriados desde Ultramar tras la pérdida de las últimas colonias. Supuso, entre 1898 y 1899, un esfuerzo importante para la ciudad y que se resolvió, entre otras medidas, con la colaboración de distintas instituciones ciudadanas y con la habilitación de hospitales de asistencia, además de una atención domiciliaria debidamente estructurada<sup>216,217,218</sup>.

Algunos de estos problemas empiezan a resolverse durante el periodo de gobierno en la alcaldía de Cádiz de D. Cayetano del Toro y Quartiellers (1842 –

---

<sup>214</sup> Sánchez D. 1996. p. 166.

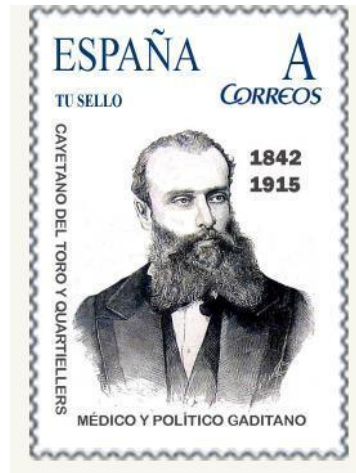
<sup>215</sup> Rodríguez JM. Las crisis demográficas gaditanas de mediados del siglo XIX (las epidemias de 1854 y 1856). Gades 1978; 1: 133 – 62.

<sup>216</sup> Herrera F. 1997. p. 20 – 34.

<sup>217</sup> Herrera F. Enfermedad y guerra colonial en Cuba y Puerto Rico. El Médico. Profesión y Humanidades 1998b; (683): 85.

<sup>218</sup> Orozco A. Las relaciones médicas entre Cádiz y Cuba. Medicina e Historia 1998; (74): 16 – 28.

1915) que comienza en 1905 y en el que se llevan importantes obras civiles que redundan en la liberación de espacios para permitir el crecimiento de la ciudad.



**Figura 10:** Cayetano del Toro y Quartiellers (1842-1915). “Tu sello” (Correos y Telégrafos). Sello promovido por F. Herrera, J.E. Lasarte y A. Valiente (2014)

Entre éstos cabe citar el derribo de las murallas del norte (Figura 11), liberación de espacios, algunos de ellos militares, para la construcción de una barriada obrera en Extramuros<sup>219,220</sup>. No solo en Cádiz. También en otros recintos amurallados habrá que salvar los inconvenientes planteados por la autoridad militar<sup>221,222</sup>. Todo ello repercutirá en la situación sanitaria de la población, al mejorar en el hacinamiento y en la salubridad de la propia ciudad<sup>223</sup>.

<sup>219</sup> Orozco A. “El doctor don Cayetano del Toro y Quartiellers”. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica 1962; 14: 261 – 4.

<sup>220</sup> Herrera F. 2010a. p.233.

<sup>221</sup> Anault S. Higiene urbana y mortalidad en Pamplona (1880 – 1935). Revista de Demografía Histórica 2002; 20 (2): 118 – 9.

<sup>222</sup> Pujadas JM. 2012. p. 179.

<sup>223</sup> Anault S. 2002. p. 120 – 4.



**Figura 11:** Derribo de murallas. Fuente: Archivo particular de José De la Fuente Campodarbe .

Pero no sólo se tratará de obras de saneamiento. Además, se plantea la construcción de un hospital nuevo<sup>224</sup> que mejorase la asistencia sanitaria que era prestada por otras instituciones. Después de numerosas vicisitudes será un particular, D. José Moreno de Mora (1825 – 1908), el que subvencione la construcción de esta institución sanitaria (Figura 12) sobre terrenos propiedad de la Diputación<sup>225,226,227</sup>. Podríamos decir que este tipo de iniciativas enlazan con las ideas higienistas ya postuladas en el siglo precedente por Bartolomé Gómez Plana (1860 – 1928). En esta obra se hace hincapié en la necesidad de contar con un nuevo hospital, con reformar el alcantarillado, con el ensanche de la población y, por supuesto, con la necesidad ineludible de contar con un

---

<sup>224</sup> Este matiz, el de nuevo, es importante porque no solo implicaba la construcción de un nuevo edificio, sino enlazar con los postulados occidentales y americanos donde se apostaba por hospitales pequeños, con menor número de camas por sala y con unificación de la dirección médica y administrativa. Hay que pensar que la mortalidad de los ingresados y que permanecía en el antiguo “hospital de cuidar”, representaban entre un 20 y un 30 % de los ingresos anuales. En: Barona C. 2002: 388 -390 y 505.

<sup>225</sup> Orozco A. 1962. p. 281.

<sup>226</sup> Herrera F. Archivos y hemerotecas: espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería* 1994; (10): 85 – 92.

<sup>227</sup> Al respecto de la necesidad asistencial hospitalaria, se nos ocurre recordar la posición avanzada, y actualmente muy impulsada por los sistemas nacionales de salud, de Benito Alcina Rancé (1853 – 1902), que postulaba la necesidad de la hospitalización domiciliaria, además de la existencia de los propios hospitales. Planteaba ventajas y desventajas en esta opción asistencial. Entre las primeras, evitar la aglomeración de enfermos, visita de cada paciente por un médico, robustecimiento de la relación familiar; entre las segundas, enfermedades que no pueden ser tratadas a domicilio, abusos cometidos desde la institución benéfica que presta la asistencia, ayuda poco profesional por la familia. En: Herrera F. *Gavilla de médicos gaditanos*. Cádiz: Quorum; 2000a. p. 106.



caudal suficiente de aguas potables<sup>228,229</sup>. Gómez Plana, pediatra, también insiste en la necesidad de contar con estadísticas de morbilidad adecuadas como método que sumado a las medidas anteriormente citadas mejoren las condiciones higiénicas ciudadanas<sup>230</sup>.



**Figura 12:** Hospital de Mora. Fuente: Archivo particular de José de la Fuente Campodarbe

La preocupación por la influencia que variables socioeconómicas producen en la aparición de enfermedades no solo aparece en estos autores referenciados. Merece la pena detenerse en este aspecto porque aunque hemos encontrado en nuestra revisión influencias recíprocas entre hambre, epidemias y guerras, de forma que aunque estos tres frenos malthusianos se citen como origen de la crisis, en la práctica la mayor parte de la mortalidad es debida a las epidemias. Y, por otra parte, no solo el hambre y la guerra precedían a las epidemias. A veces, eran las epidemias las que ocasionaban un impacto económico y las consiguientes crisis sobrevenidas<sup>231</sup>. Luis Urtubey Rebollo (1892 – 1962), médico gaditano (Figura 13) con ejercicio en el Cuerpo

<sup>228</sup> Herrera F. El estado sanitario de Cádiz según Bartolomé Gómez Plana (1889 – 1893). Lluç: Revista de la Sociedad de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 1998a; 21 (42): 803.

<sup>229</sup> Herrera F. 2000a.p. 122 – 4.

<sup>230</sup> Herrera F. 2000a. p. 124.

<sup>231</sup> Pérez V, Collantes F. Crisis y problemas demográficos en España desde el antiguo régimen hasta el presente. Documento de trabajo de la Asociación Española de Historia Económica 1206. p. 9 – 21. Disponible el 03/03/2013 en [www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf](http://www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf)

de Sanidad de la Armada lo plantea tanto en su tesis doctoral<sup>232</sup>, como en la memoria defendida en sesión clínica en el Hospital de Marina de San Carlos y titulada “*Después de la pandemia (notas sobre un problema de higiene social)*”<sup>233</sup>. En dicha memoria, este profesional médico militar plantea la predisposición que engendran las enfermedades del árbol respiratorio, especialmente gripe y enfermedades pseudo – gripales, hacia un problema endémico e importante como es la tuberculosis. Y aprovechando la coyuntura que se deriva de esta relación causal posible, cuestiona su preocupación de carácter económico, y afirma que si se que quieren resolver los problemas que causan las enfermedades hay que hacer grandes inversiones de dinero para evitarlas. Para Urtubey, hay que destinar dinero a Sanidad “porque supondría ganancias para la Nación”<sup>234</sup>. Defiende, igualmente, que igual que opinan autores como Rasserri (1908), hay que adoptar criterios económicos en todas las cuestiones que se refieren a la Sanidad, ya que la mejoría de la misma debe redundar en un ahorro importante que se traduce en un incremento de la productiva de otros sectores de la economía. Y esto independientemente del valor moral que supone la preservación de una vida humana<sup>235,236</sup>.



<sup>232</sup> Urtubey L. Datos para el estudio del problema económico de la vida en España y sus relaciones con la Higiene pública. Tesis doctoral. 1915. Referenciado en: Herrera F. Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918. Medicina Marítima 2009a; 9 (2): 1.

<sup>233</sup> Herrera F. 2009a. p. 3.

<sup>234</sup> Herrera F. 2009a. p. 4.

<sup>235</sup> Herrera F. 2009a. p. 4.

<sup>236</sup> Herrera F. Nuevos datos para la biografía de Luis Urtubey (1892 – 1962). En: Cobos A, coordinador. X Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. Encuentro Internacional Europeo – Americano 2008. Badajoz, España. Badajoz: Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas; 2011. p. 444.

**Figura 13:** Luis Urtubey Rebollo (1891-1962). "Tu sello" (Correos y Telégrafos). Sello promovido por F. Herrera, J.E. Lasarte y A. Valiente (2014).

En igual dirección, circulan las propuestas previamente citadas del pediatra gaditano Bartolomé Gómez Plana (Figura 14) que insiste mucho en la mejora de las condiciones higiénicas de la ciudad<sup>237</sup>: abastecimiento de agua corriente, creación de estadísticas de morbilidad como veremos ampliamente a continuación, reforma del alcantarillado, limpieza urbana, funcionamiento de la comisión de viviendas insalubres<sup>238</sup>.



**Figura 14:** Bartolomé Gómez Plana (1860-1928). "Tu sello" (Correos y Telégrafos). Sello promovido por F. Herrera, J.E. Lasarte y A. Valiente (2014).

En Cádiz, en definitiva, la situación sanitaria no era muy diferente de la que existía en el resto de la región y aun del país. Como publica Gómez Plana en la monografía ya citada y publicada en 1894, ofrece datos estadísticos y reflexiones sobre el estado sanitario de Cádiz entre 1889 y 1893: faltan estadísticas médicas para conocer el número y clase de todos los

<sup>237</sup> En 1890, una memoria sobre saneamiento señalaba que las causas de la gran mortalidad de Cádiz eran: el mal alcantarillado, la estrechez y malas condiciones higiénicas de las viviendas de la clase necesitada y de la clase artesana; la falta de trabajo en el artesanado, y su mala alimentación; la falta de espacios libres en los barrios; las malas condiciones higiénicas de las viviendas de la clase media y algunas, incluso, de la clase pudiente; la falta absoluta de condiciones higiénicas en el barrio de Santa María, con calles estrechas y viviendas mal distribuidas; por último, la falta de aislamiento del cementerio de la ciudad. En: Saneamiento y mejoras de Cádiz. Cádiz. 1890. Citado en: Ramos A. 1983. p. 124.

<sup>238</sup> Herrera F. 2000a. p. 123 – 4.

padecimientos asistidos. De su experiencia y consulta con otros médicos y apoyándose en los estudios de mortalidad: aparecen la anemia y las fiebres infecciosas; la pulmonía y la tuberculosis (con un 14 y un 20 % de mortalidad en 1893), la difteria también se cobraba un importante número de casos; por otra parte, en 1890 y 1891, las defunciones de menores de 6 años representaron el 40 y el 42 % respectivamente<sup>239</sup>.

Los higienistas e investigadores suelen señalar los siguientes problemas de salud pública en la provincia de Cádiz en las primeras décadas del siglo XX:

- La tuberculosis, con una mortalidad muy elevada. En el primer quinquenio del siglo, la mortalidad en Cádiz capital por esta causa fue de las más importantes de España, mientras que en el siguiente quinquenio, acapara la mayor mortalidad por esta patología.
- La mortalidad infantil, que presenta cifras muy altas, en consonancia con las del resto del país<sup>240</sup>.
- Mejores cifras de morbimortalidad por fiebre tifoidea con respecto a las cifras globales estatales. Nos referimos a una zona que tiene un abastecimiento de aguas comunales, Cádiz, San Fernando, Puerto Real y El Puerto de Santa María, aunque no se haya abandonado el suministro desde pozos y aljibes. De hecho, en una labor encomiable del entonces Inspector Provincial de Sanidad, Dr. Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950), determina que las exacerbaciones de los episodios de fiebres tifoideas coincide con la reducción en el suministro de agua desde el deposito comunal y, el empleo de agua de pozo para el consumo humano<sup>241,242,243,244</sup>. Enfermedad ésta, la fiebre tifoidea, con unos caracteres clínicos en Andalucía que no necesariamente corresponden a los cuadros clínicos descritos<sup>245</sup>. La disminución de la morbimortalidad por tifoidea, comenzada en 1911, se debe a las medidas de protección de sanidad dirigidas

---

<sup>239</sup> Herrera F. 1998a. p. 802-3.

<sup>240</sup> Herrera F. 2000a. p. 47.

<sup>241</sup> Herrera F. La situación sanitaria en la provincia de Cádiz en el siglo XX. En: Ramos A, coordinador. Cádiz. La provincia en el siglo XX. Cádiz: Fundación Provincial de Cultura, Diputación de Cádiz; 1999a. p. 179.

<sup>242</sup> Herrera F. 2000a. p. 150.

<sup>243</sup> Herrera F. La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz; 2007a. p. 101 - 17.

<sup>244</sup> Herrera F. 1997. p. 71.

<sup>245</sup> Fernández F. Características regionales de la patología andaluza. Madrid: Establecimiento Tipográfico Enrique Teodoro; 1917. p.23.

por el propio Rodrigo Lavín<sup>246,247</sup> que destacó igualmente en otras vertientes higienísticas y epidemiológicas<sup>248</sup>. Igualmente, merece destacarse la participación de D. Antonio Urtubey Pastorino (1865 - 1928) en el análisis de las aguas de Cádiz y en diversas labores de Higiene pública como desinfección, elaboración reglamentaria, etc<sup>249</sup>.

- Aparición de la pandemia mundial de gripe, con unas tasas de mortalidad general en la provincia del 25,66, del 30,72 y del 26,07, en los años 1917, 1918 y 1919<sup>250</sup>.

- Otras enfermedades que preocuparon al responsable de la sanidad provincial, Rodrigo Lavín (Figura 15), quedando testimonio de ello en el Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz y que pusieron a prueba las medidas reglamentarias publicadas en años precedentes: viruela, tifus exantemático, encefalitis letárgica, además de las ya citadas fiebre tifoidea y gripe<sup>251</sup>.



**Figura 15:** Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950). “Tu sello” (Correos y Telégrafos). Sello promovido por F. Herrera, J.E. Lasarte y A. Valiente (2015).

En estos comienzos del siglo XX para el abordaje de estos problemas de salud, un componente importante de la asistencia médica fue organizada en las distintas poblaciones por la Beneficencia Municipal<sup>252</sup>. Hemos citado

<sup>246</sup> Herrera F. 2000a. p.149.

<sup>247</sup> Herrera F. 1997. p. 61 – 78.

<sup>248</sup> Herrera F. 2007a. p. 67 – 82.

<sup>249</sup> Herrera F, Gutiérrez M. El colorante de Antonio Urtubey para la identificación de las células de la sangre (1906). Medicina Gaditana 2007; (60): 48 – 9.

<sup>250</sup> Herrera F. 2000a. p. 178 - 80.

<sup>251</sup> Herrera F. 1997. p. 55.

<sup>252</sup> Herrera F. 2000a. p. 181.

anteriormente la importancia de la Instrucción General de Sanidad en la reorganización sanitaria. Hay que considerar también las pautas marcadas desde otras instancias como los gobiernos civiles<sup>253</sup>. También hemos comentado la labor imprescindible en sus facetas higienista y salubrista del Inspector Provincial de Sanidad, Dr. Leonardo Rodrigo Lavín. Conviene remarcar también la función reorganizadora de esa normativa general sanitaria con la creación de las estructuras técnicas que eran las Inspecciones de Sanidad correspondientes a cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal. Permitió disponer de funcionarios con conocimientos en administración sanitaria e Higiene y profesionalizar estos campos de la medicina<sup>254</sup>. A nivel provincial, la labor de Rodrigo Lavín tuvo una marcada influencia puesto que por encargo de la Junta Provincial de Sanidad, en sesión de 13 de febrero de 1915, se le encomendó la elaboración de los Reglamentos de higiene general para la provincia de Cádiz y su capital. Son elaborados y aprobados, con algunas correcciones por Real Orden de 8 de marzo de 1917<sup>255</sup>.

Llegados a este punto, encontramos que en el periodo considerado, hay una carencia de estudios de mortalidad globales en Cádiz, lo que justifica el plantearnos realizar la presente tesis doctoral. Sí hemos encontrado otros trabajos sobre mortalidad, que abarcan un número de años inferior al aquí considerado en otras localidades de la provincia<sup>256</sup> y también trabajos epidemiológicos y de mortalidad referidos a otras etapas<sup>257,258</sup>.

---

<sup>253</sup> Anaut S. 2002. p. 128.

<sup>254</sup> Martínez JF. 1994. p. 30 – 1.

<sup>255</sup> Herrera F. 1997. p. 42.

<sup>256</sup> Molanes P, Sáinz AM. La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916 – 1921). *Cultura de los Cuidados*. Primer cuatrimestre 2012; 16 (32): 82 - 7. Marín AJ, Morales A, Sáinz AM, Molanes P. Mortalidad infantil en Vejer de la Frontera y Medina Sidonia (1916 – 1921). *Temperamentum* 2012; (16): Disponible el 08/04/2013 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t1612.php>

<sup>257</sup> Nogueroles P. Las epidemias de cólera morbo en Cádiz durante el siglo XIX. [Tesis doctoral]. Barcelona: Servicio de Publicaciones de la UCA; 1991. Orozco A. La primera epidemia de dengue en España. *Asclepio* 1977; 31: 209 – 15. Herrera F. Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898 – 1945). *Cuadernos de Historia de la Ciencia* 10. Zaragoza: Seminario de Historia de las Ciencias y de la Técnica de Aragón. Universidad de Zaragoza; 1997. Herrera F, Almenara J. La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz* 1994; 30 (1): 133 – 87.

<sup>258</sup> Rodríguez MP. La mortalidad infantil en Cádiz (1921 – 1922). Trabajo Fin de Grado. Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz); 2014.

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**





Para la realización de nuestra tesis doctoral hemos utilizado fuentes manuscritas e impresas, además de medios informáticos que exponemos a continuación.

## 2.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de la mortalidad en Cádiz en el periodo comprendido entre el uno de enero de 1900 y el treinta y uno de diciembre de 1920 basado en el análisis estadístico de los registros de defunción y desde la perspectiva combinada de los principios de la Demografía, de la Epidemiología Histórica y de la Demografía Histórica.

Hemos comentado que los estudios de mortalidad son difíciles de realizar por deficiencias obvias en la documentación disponible de algunos periodos determinados. Además, existen otros aspectos a estudiar relacionados con la estructura de una población y con la propia mortalidad, como son los componentes de la mortalidad infantil, las prácticas de lactancia y su influencia<sup>259</sup>. Por todos estos motivos, los intereses combinados de las tres disciplinas nos pueden ser útiles.

Entre los intereses de la Demografía están conocer variables como sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento y de residencia y otras características que nos permitan construir un perfil individual útil para interpretar y entender los fenómenos relacionados, en nuestro estudio, con la mortalidad<sup>260</sup>. Entre los objetivos de la Epidemiología Histórica aparecen las enfermedades infecciosas de carácter epidémico, la mortalidad de crisis, las manifestaciones ordinarias y no solo extraordinarias de la enfermedad, y la transición epidemiológica y demográfica de una sociedad<sup>261</sup>. La Demografía Histórica resulta por su propia naturaleza una ciencia que conecta con diversas disciplinas como son la Historia de la Medicina y de la Economía, la Antropología y la Sociología

---

<sup>259</sup> Pérez V, Reher DS. La demografía histórica en España: una evaluación crítica. En: Pérez V, Reher DS, editores. Demografía histórica en España. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset, Oran - El Arquero; 1988. p. 22.

<sup>260</sup> Livi M. Introducción a la Demografía. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1993. p. 9 - 14.

<sup>261</sup> Bernabeu J. Enfermedad y población. Una aproximación crítica a la epidemiología histórica española. Revisión en Salud Pública 1991; 2: 69.

histórica, y hasta la Historia cultural, con lo que nos permite enfoque multidisciplinario muy apropiado al trabajo en el que estamos inmersos<sup>262</sup>.

Recordemos lo que escribía Ortega (1934) en su texto *“Historia como sistema”* y que pretendemos conseguir a lo largo de estas páginas: *“Para comprender algo humano, personal o colectivo, es preciso contar una historia... Hay que averiguar cual es esa serie, cuales son sus estadios y en que consiste el nexo entre los usuarios. Esta averiguación es lo que se llamaría historia, si la historia se propusiese averiguar eso, esto es, convertirse en razón histórica”*<sup>263</sup>. Sin embargo, la necesidad del concurso de diferentes ramas del conocimiento para poder afrontar con las máximas garantías de éxito un trabajo de estas características, no presupone que la historia no sea autónoma de la filosofía de la historia o de la ciencia natural<sup>264</sup>. Se plantea una interesante disyuntiva entre posiciones antagónicas, *“entre la idea kantiana que considera que todas las acciones humanas habrían de estar supeditadas a leyes universales en contraposición a la escuela alemana que cree que la historia debería ocuparse de estas individuales nacionales y no del universal llamado Humanidad”*... *“Como representante de esta posición, dicha escuela tiene el convencimiento de la necesidad de reconstruir la historia en sus variados y ricos detalles, representando muy bien el inicio de la profesionalización del oficio de historiador. El Estado, las costumbres de los pueblos, las leyes vigentes eran temas de observación y estudio para aproximarse al ser del tiempo histórico estudiado”*<sup>265</sup>.

De igual forma, Herrera (1997) indica que *“si la labor historiográfica tiene algún sentido es precisamente para devolver a la sociedad un material (oculto, olvidado) que sirva para la reflexión y el enriquecimiento colectivo”*<sup>266</sup>.

Aróstegui (1995), para completar nuestro esquema teórico, sostiene que *“el método historiográfico tiene una especificidad inequívoca y es el hecho de*

---

<sup>262</sup> Pérez V. 1988. p. 25.

<sup>263</sup> Ortega J. *Historia como sistema y otros ensayos de filosofía*. Madrid: Alianza; 1987. p. 47 – 8.

<sup>264</sup> Dager J. *La Historia de J.G. Droysen: un puente entre la investigación empírica y la fundamentación teórica del conocimiento histórico*. MyC 2004; 7: 203.

<sup>265</sup> Dager J. 2004. p. 206 - 10.

<sup>266</sup> Herrera F. 1997. p. 7.

*que el historiador estudia los hechos sociales en relación siempre con su comportamiento temporal*<sup>267</sup>.

Con este trabajo, siguiendo a los tres autores citados, pretendemos conseguir que los resultados y métodos aplicados puedan ser reproducidos de forma idéntica para facilitar a otros investigadores la comprobación y la verificación de los datos en él recogidos. Pero debemos manejar ciertos conceptos previos. Sabemos que el trabajo histórico lleva al descubrimiento de la verdad histórica, una verdad frágil y relativa. Y un testimonio no se considera históricamente verdadero hasta que no pasa por el crisol de la crítica histórica<sup>268</sup>. Pero necesitamos delimitar el hecho histórico, que es el acontecimiento que realmente ha ocurrido, que el historiador considera que debe ser recordado y, que previo aislamiento de la evolución, ha de ser reconstruido<sup>269</sup>. Manejamos en este estudio el documento histórico, soporte escrito y manuscrito (entre otros, el acta de inscripción de defunción), como intermediario entre el pasado y el historiador, espejo de un verdad histórica que, a veces, deforma esa realidad<sup>270</sup>. Citando, de nuevo a Aróstegui, *“el historiador escribe la historia, en efecto, pero debe también teorizar sobre ella”*<sup>271</sup>.

Por ello, hemos aplicado las distintas fases del método heurístico que está fundamentado en la búsqueda, análisis y exposición del hecho histórico. Esta realidad tangible de la creencia colectiva no consiste en que se acepte sino, al contrario, es ella quien con nuestro beneplácito o sin él, nos impone su realidad y nos obliga a contar con ella<sup>272</sup>. La determinación de lo que la sociedad en cada momento va a ser depende de lo que ha sido, lo mismo que la vida personal<sup>273</sup>. La “razón histórica” no es una razón extrahistórica que parece cumplirse en la historia, sino literalmente lo que al hombre le ha pasado constituyendo la sustantiva razón, la revelación de una realidad trascendente a las teorías del hombre y que es el mismo por debajo de sus teorías<sup>274</sup>.

---

<sup>267</sup> Aróstegui J. La investigación histórica: teoría y método. Barcelona: Crítica, Grijalbo Mondadori; 1995. p. 53.

<sup>268</sup> Salmon P. Historia y crítica. Introducción a la metodología histórica. Barcelona: Teide; 1972. p. 35.

<sup>269</sup> Salmon P. 1972. p. 37.

<sup>270</sup> Salmon P. 1972. p. 39.

<sup>271</sup> Aróstegui J. 1995. p. 18 y siguientes.

<sup>272</sup> Ortega J. 1987. p. 20.

<sup>273</sup> Ortega J. 1987. p. 44.

<sup>274</sup> Ortega J. 1987. p.59.

Nosotros hemos construido una base de datos donde se han volcado los *registros* de mortalidad de las fuentes judiciales utilizadas en el Registro Civil. Además, nuestra labor de historiador nos exige la crítica de los datos que hemos obtenido comprobando su concordancia con otras fuentes, cuando ello ha sido posible, y hemos completado los que faltaban mediante estimaciones estadísticas en aquellos casos que no se disponía de ellos<sup>275</sup>.

## 2.2. Descripción de las fuentes utilizadas

### 2.2.1. Fuentes manuscritas

Hemos utilizado los Libros de Actas de defunciones y nacimientos<sup>276</sup> de los distritos de Santa Cruz y San Antonio<sup>277</sup>, que existen en el único Registro Civil de la ciudad de Cádiz<sup>278</sup>, para los años 1900 al 1920:

- Libro 91. Distrito Santa Cruz ( 01 de enero de 1900 a 08 de febrero de 1900).
- Libro 92. Distrito Santa Cruz (08 de febrero de 1900 a 23 de mayo de 1900).
- Libro 93. Distrito Santa Cruz (23 de mayo de 1900 a 20 de septiembre de 1900).
- Libro 94. Distrito Santa Cruz (20 de septiembre de 1900 a 30 de diciembre de 1900).
- Libro 95. Distrito Santa Cruz (02 de enero de 1901 a 26 de abril de 1901).
- Libro 96. Distrito Santa Cruz (27 de abril de 1901 a 07 de septiembre de 1901).
- Libro 97. Distrito Santa Cruz (09 de septiembre de 1901 a 21 de enero de 1902).
- Libro 98. Distrito Santa Cruz (21 de enero de 1902 a 23 de abril de 1902).

---

<sup>275</sup> Salmon P. 1972. p. 75.

<sup>276</sup> Teniendo en cuenta que a efectos civiles “solo se considerará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno” (art. 30 Código Civil), las estadísticas de nacimientos y defunciones realizadas hasta 1975 no se ajustaban a los conceptos demográficos reconocidos internacionalmente. Código Civil de 24 de Julio de 1889, con sucesivas reformas en 1975, 1978, 1981, 1990 y 2005.

<sup>277</sup> A efectos del Registro Civil, Cádiz se dividía en el distrito de San Antonio que ocupaba el centro del casco antiguo de la ciudad (o intramuros) y, el distrito de Santa Cruz la zona de intramuros por donde la ciudad podía crecer (al este) y el extramuros.

<sup>278</sup> La sede actual del Registro Civil de Cádiz se encuentra en la Avda. Juan Carlos I, s/n. Edificio Carranza.

- Libro 99. Distrito Santa Cruz (24 de abril de 1902 a 14 de agosto de 1902).
- Libro 100. Distrito Santa Cruz (14 de agosto de 1902 a 31 de diciembre de 1902).
- Libro 101. Distrito Santa Cruz (31 de diciembre de 1902 a 02 de mayo de 1903).
- Libro 102. Distrito Santa Cruz (03 de mayo de 1903 a 03 de octubre de 1903).
- Libro 103. Distrito Santa Cruz (03 de octubre de 1903 a 19 de febrero de 1904).
- Libro 104. Distrito Santa Cruz (19 de febrero de 1904 a 01 de junio de 1904).
- Libro 105. Distrito Santa Cruz (01 de junio de 1904 a 20 de octubre de 1904).
- Libro 106. Distrito Santa Cruz (20 de octubre de 1904 a 02 de marzo de 1905).
- Libro 107. Distrito Santa Cruz (02 de marzo de 1905 a 03 de junio 1905).
- Libro 108. Distrito Santa Cruz (30 de junio de 1905 a 03 de diciembre de 1905).
- Libro 109. Distrito Santa Cruz (04 de diciembre de 1905 a 06 de abril de 1906).
- Libro 110. Distrito Santa Cruz (07 de abril de 1906 a 10 de agosto de 1906).
- Libro 111. Distrito Santa Cruz (10 de agosto de 1906 a 06 de enero de 1907).
- Libro 112. Distrito Santa Cruz (06 de enero de 1907 a 02 de mayo de 1907).
- Libro 113. Distrito Santa Cruz (02 de mayo de 1907 a 17 de septiembre de 1907).
- Libro 114. Distrito Santa Cruz (17 de septiembre de 1907 a 12 de febrero de 1908).
- Libro 115. Distrito Santa Cruz (13 de febrero de 1908 a 15 de junio de 1908).
- Libro 116. Distrito Santa Cruz (17 de junio de 1908 a 11 de diciembre de 1908).
- Libro 117. Distrito Santa Cruz (12 de diciembre de 1908 a 23 de abril de 1909).
- Libro 118. Distrito Santa Cruz (23 de abril de 1909 a 16 de septiembre de 1909).

- Libro 119. Distrito Santa Cruz (16 de septiembre de 1909 a 05 de febrero de 1910).
- Libro 120. Distrito Santa Cruz (05 de febrero de 1910 a 26 de junio de 1910).
- Libro 121. Distrito Santa Cruz (26 de junio de 1910 a 24 de diciembre de 1910).
- Libro 122. Distrito Santa Cruz (24 de diciembre de 1910 a 16 de mayo de 1911).
- Libro 123. Distrito Santa Cruz (17 de mayo de 1911 a 20 de octubre de 1911).
- Libro 124. Distrito Santa Cruz (21 de octubre de 1911 a 27 de febrero de 1912).
- Libro 125. Distrito Santa Cruz (27 de febrero de 1912 a 04 de julio de 1912).
- Libro 126. Distrito Santa Cruz (04 de julio de 1912 a 23 de noviembre de 1912).
- Libro 127. Distrito Santa Cruz (23 de noviembre de 1912 a 18 de abril de 1913).
- Libro 128. Distrito Santa Cruz (18 de abril de 1913 a 24 de septiembre de 1913).
- Libro 129. Distrito Santa Cruz (25 de septiembre de 1913 a 17 de febrero de 1914).
- Libro 130. Distrito Santa Cruz (18 de febrero de 1914 a 10 de junio de 1914).
- Libro 131. Distrito Santa Cruz (11 de junio de 1914 a 20 de noviembre de 1914).
- Libro 132. Distrito Santa Cruz (21 de noviembre de 1914 a 31 de marzo de 1915).
- Libro 133. Distrito Santa Cruz (31 de marzo de 1915 a 26 de agosto de 1915).
- Libro 134. Distrito Santa Cruz (26 de agosto de 1915 a 22 de enero de 1916).
- Libro 135. Distrito Santa Cruz (22 de enero de 1916 a 05 de junio de 1916).
- Libro 136. Distrito Santa Cruz (06 de junio de 1916 a 21 de octubre de 1916).
- Libro 137. Distrito Santa Cruz (21 de octubre de 1916 a 26 de febrero de 1917).
- Libro 138. Distrito Santa Cruz (27 de febrero de 1917 a 16 de julio de 1917).

- Libro 139. Distrito Santa Cruz (17 de julio de 1917 a 16 de diciembre de 1917).
- Libro 140. Distrito Santa Cruz (17 de diciembre de 1917 a 14 de abril de 1918).
- Libro 141. Distrito Santa Cruz (15 de abril de 1918 a 29 de julio de 1918).
- Libro 142. Distrito Santa Cruz (29 de julio de 1918 a 02 de diciembre de 1918).
- Libro 143. Distrito Santa Cruz (02 de diciembre de 1918 a 16 de febrero de 1919).
- Libro 144. Distrito Santa Cruz (16 de febrero de 1919 a 28 de mayo de 1919).
- Libro 145. Distrito Santa Cruz (29 de mayo de 1919 a 15 de octubre de 1919).
- Libro 146. Distrito Santa Cruz (16 de octubre de 1919 a 06 de febrero de 1920).
- Libro 147. Distrito Santa Cruz (06 de febrero de 1920 a 21 de mayo de 1920).
- Libro 148. Distrito Santa Cruz (21 de mayo de 1920 a 18 de octubre de 1920).
- Libro 149. Distrito Santa Cruz (18 de octubre de 1920 a 31 de diciembre de 1920).
- Libro 160. Distrito San Antonio (01 de enero de 1900 a 31 de diciembre de 1900).
- Libro 161. Distrito San Antonio. (31 de diciembre de 1900 a 31 de marzo de 1900).
- Libro 162. Distrito San Antonio (31 de marzo de 1900 a 13 de junio de 1900).
- Libro 163. Distrito San Antonio (13 de junio de 1900 a 13 de septiembre de 1900).
- Libro 164. Distrito San Antonio (13 de septiembre de 1900 a 13 de diciembre de 1900).
- Libro 165. Distrito San Antonio (13 de diciembre de 1900 a 14 de febrero de 1901).
- Libro 166. Distrito San Antonio (15 de febrero de 1901 a 22 de abril de 1901).
- Libro 167. Distrito San Antonio (22 de abril de 1901 a 26 de junio de 1901).
- Libro 168. Distrito San Antonio (27 de junio de 1901 a 28 de septiembre de 1901).

- Libro 169. Distrito San Antonio (28 de septiembre de 1901 a 18 de diciembre de 1901).
- Libro 170. Distrito San Antonio (18 de diciembre de 1901 a 09 de febrero de 1902).
- Libro 171. Distrito San Antonio (09 de febrero de 1902 a 07 de abril de 1902).
- Libro 172. Distrito San Antonio (07 de abril de 1902 a 06 de junio de 1902).
- Libro 173. Distrito San Antonio (06 de junio de 1902 a 25 de agosto de 1902).
- Libro 174. Distrito San Antonio (26 de agosto de 1902 a 25 de noviembre de 1902).
- Libro 175. Distrito San Antonio (26 de noviembre de 1902 a 17 de febrero de 1903).
- Libro 176. Distrito San Antonio (17 de febrero de 1903 a 15 de mayo de 1903).
- Libro 177. Distrito San Antonio (15 de mayo de 1903 a 14 de agosto de 1903).
- Libro 178. Distrito San Antonio (14 de agosto de 1903 a 24 de noviembre de 1903).
- Libro 179. Distrito San Antonio (24 de noviembre de 1903 a 02 de febrero de 1904).
- Libro 180. Distrito San Antonio (02 de febrero de 1904 a 05 de abril de 1904).
- Libro 181. Distrito San Antonio (05 de abril de 1904 a 24 de junio de 1904).
- Libro 182. Distrito San Antonio (24 de junio de 1904 a 04 de octubre de 1904).
- Libro 183. Distrito San Antonio (04 de octubre de 1904 a 02 de enero de 1905).
- Libro 184. Distrito San Antonio (02 de enero de 1905 a 14 de marzo de 1905).
- Libro 185. Distrito San Antonio (14 de marzo de 1905 a 30 de mayo de 1905).
- Libro 186. Distrito San Antonio (31 de mayo de 1905 a 04 de septiembre de 1905).
- Libro 187. Distrito San Antonio (05 de septiembre de 1905 a 07 de diciembre de 1905).



- Libro 188. Distrito San Antonio (07 de diciembre de 1905 a 13 de febrero de 1906).
- Libro 189. Distrito San Antonio (14 de febrero de 1906 a 29 de abril de 1906).
- Libro 190. Distrito San Antonio (29 de abril de 1906 a 16 de julio de 1906).
- Libro 191. Distrito San Antonio (16 de julio de 1906 a 17 de octubre de 1906).
- Libro 192. Distrito San Antonio (18 de octubre de 1906 a 04 de enero de 1907).
- Libro 193. Distrito San Antonio (04 de enero de 1907 a 19 de marzo de 1907).
- Libro 194. Distrito San Antonio (19 de marzo de 1907 a 12 junio de 1907).
- Libro 195. Distrito San Antonio (12 de junio de 1907 a 22 de septiembre de 1907).
- Libro 196. Distrito San Antonio (23 de septiembre de 1907 a 01 de enero de 1908).
- Libro 197. Distrito San Antonio (01 de enero de 1908 a 23 de marzo de 1908).
- Libro 198. Distrito San Antonio (23 de marzo de 1908 a 13 de junio de 1908).
- Libro 199. Distrito San Antonio (13 de junio de 1908 a 30 de septiembre de 1908).
- Libro 200. Distrito San Antonio (30 de septiembre de 1908 a 31 de diciembre de 1908).
- Libro 201. Distrito San Antonio (31 de diciembre de 1908 a 13 de marzo de 1909).
- Libro 202. Distrito San Antonio (13 de marzo de 1909 a 11 de junio de 1909).
- Libro 203. Distrito San Antonio (12 de junio de 1909 a 09 de septiembre de 1909).
- Libro 204. Distrito San Antonio (10 de septiembre de 1909 a 04 de diciembre de 1909).
- Libro 205. Distrito San Antonio (04 de diciembre de 1909 a 17 de febrero de 1910).
- Libro 206. Distrito San Antonio (17 de febrero de 1910 a 24 de abril de 1910).
- Libro 207. Distrito San Antonio (24 de abril de 1910 a 29 de julio de 1910).
- Libro 208. Distrito San Antonio (29 de julio de 1910 a 17 de noviembre de 1910).

- Libro 209. Distrito San Antonio (18 de noviembre de 1910 a 16 de febrero de 1911).
- Libro 210. Distrito San Antonio (16 de febrero de 1911 a 02 de mayo de 1911).
- Libro 211. Distrito San Antonio (02 de mayo de 1911 a 24 de julio de 1911).
- Libro 212. Distrito San Antonio (24 de julio de 1911 a 08 de noviembre de 1911).
- Libro 213. Distrito San Antonio (08 de noviembre de 1911 a 27 de enero de 1912).
- Libro 214. Distrito San Antonio (27 de noviembre de 1912 a 11 de abril de 1912).
- Libro 215. Distrito San Antonio (11 de noviembre de 1912 a 29 de junio de 1912).
- Libro 216. Distrito San Antonio (29 de junio de 1912 a 24 de octubre de 1912).
- Libro 217. Distrito San Antonio (24 de octubre de 1912 a 26 de enero de 1913).
- Libro 218. Distrito San Antonio (27 de enero de 1913 a 23 de abril de 1913).
- Libro 219. Distrito San Antonio (23 de abril de 1913 a 03 de agosto de 1913).
- Libro 220. Distrito San Antonio (04 de agosto de 1913 a 15 de noviembre de 1913).
- Libro 221. Distrito San Antonio (15 de noviembre de 1913 a 29 de enero de 1914).
- Libro 222. Distrito San Antonio (29 de enero de 1914 a 22 de abril de 1914).
- Libro 223. Distrito San Antonio (22 de abril de 1914 a 12 de julio de 1914).
- Libro 224. Distrito San Antonio (13 de julio de 1914 a 21 de octubre de 1914).
- Libro 225. Distrito San Antonio (22 de octubre de 1914 a 17 de enero de 1915).
- Libro 226. Distrito San Antonio (17 de enero de 1915 a 09 de abril de 1915).
- Libro 227. Distrito San Antonio (10 de abril de 1915 a 15 de julio de 1915).
- Libro 228. Distrito San Antonio (15 de julio de 1915 a 24 de octubre de 1915).
- Libro 229. Distrito San Antonio (24 de julio de 1915 a 21 de enero de 1916).

- Libro 230. Distrito San Antonio (21 de enero de 1916 a 14 de abril de 1916).
- Libro 231. Distrito San Antonio (14 de abril de 1916 a 08 de julio de 1916).
- Libro 232. Distrito San Antonio (09 de julio de 1916 a 27 de septiembre de 1916).
- Libro 233. Distrito San Antonio (27 de septiembre de 1916 a 13 de diciembre de 1916).
- Libro 234. Distrito San Antonio (13 de diciembre de 1916 a 01 de marzo de 1917).
- Libro 235. Distrito San Antonio (01 de marzo de 1917 a 18 de mayo de 1917).
- Libro 236. Distrito San Antonio (18 de mayo de 1917 a 04 de agosto de 1917).
- Libro 237. Distrito San Antonio (05 de agosto de 1917 a 29 de octubre de 1917).
- Libro 238. Distrito San Antonio (29 de octubre de 1917 a 11 de enero de 1918).
- Libro 239. Distrito San Antonio (11 de enero de 1918 a 28 de marzo de 1918).
- Libro 240. Distrito San Antonio (28 de marzo de 1918 a 10 de junio de 1918).
- Libro 241. Distrito San Antonio (10 de junio de 1918 a 09 de agosto de 1918).
- Libro 242. Distrito San Antonio (10 de agosto de 1918 a 31 de octubre de 1918).
- Libro 243. Distrito San Antonio (31 de octubre de 1918 a 21 de diciembre de 1918).
- Libro 244. Distrito San Antonio (21 de diciembre de 1918 a 11 de febrero de 1919).
- Libro 245. Distrito San Antonio (11 de febrero de 1919 a 06 de abril de 1919).
- Libro 246. Distrito San Antonio (06 de abril de 1919 a 09 de junio de 1919).
- Libro 247. Distrito San Antonio (09 de junio de 1919 a 04 de septiembre de 1919).
- Libro 248. Distrito San Antonio (04 de septiembre de 1919 a 23 de noviembre de 1919).
- Libro 249. Distrito San Antonio (23 de noviembre de 1919 a 22 de enero de 1920).

- Libro 250. Distrito San Antonio (22 de enero de 1920 a 14 de marzo de 1920).
- Libro 251. Distrito San Antonio (14 de marzo de 1920 a 31 de mayo de 1920).
- Libro 252. Distrito San Antonio (31 de mayo de 1920 a 25 de agosto de 1920).
- Libro 253. Distrito San Antonio (26 de agosto de 1920 a 07 de diciembre de 1920).
- Libro 254. Distrito San Antonio (08 de diciembre de 1920 a 31 de diciembre de 1920).
- Urtubey A. Medidas contra la tuberculosis que propone el Sr. Concejal D. Antonio Urtubey. Ayuntamiento de Cádiz. Negociado de Policía Urbana. Año 1901. Ubicado en la caja 2283 presente en el Archivo Municipal de Cádiz
- Planillas para la formación del Padrón de Habitantes. Años 1900, 1910 y 1920 existentes en el Archivo Municipal de Cádiz<sup>279,280,281</sup>.
- Libros de Actas de Nacimientos. Distritos judiciales de Santa Cruz y San Antonio. Registro Civil único de Cádiz. Años 1900 a 1920<sup>282</sup>.

## 2.2.2. Fuentes impresas

- Gautier, editor. Guía oficial de Cádiz, pueblos de la provincia y departamento marítimo con planos. Cádiz: Tipografía de Cabello y Lozón; 1896. p. 45-51.
- Gautier, editor. Cádiz. Plano de la ciudad. Guía Oficial de Cádiz, pueblos de su provincia y departamento marítimo. 1892. Cádiz: Imprenta de La Revista Médica de D. Federico Joly; 1892.
- Juárez M, Pró S, editor. Anuario de Cádiz y su provincia. Cádiz: Imprenta de Manuel Álvarez Rodríguez; 1912. p. 193-99.

---

<sup>279</sup> Ayuntamiento de Cádiz. Libros de planillas para la confección del padrón de habitantes del año 1900. (Ubicado en Archivo Municipal de Cádiz).

<sup>280</sup> Ayuntamiento de Cádiz. Libros de planillas para la confección del padrón de habitantes del año 1910. (Ubicado en Archivo Municipal de Cádiz).

<sup>281</sup> Ayuntamiento de Cádiz. Libros de planillas para la formación del padrón de habitantes del año 1920. (Ubicado en Archivo Municipal de Cádiz).

<sup>282</sup> Ministerio de Justicia. Libros de Actas de Nacimientos de los años 1900 a 1920 de los distritos de Santa Cruz y San Antonio existentes en el actual Registro Civil unificado, sito inicialmente en la Antigua Cárcel Real y trasladado posteriormente a las dependencias judiciales existente en el Estadio Municipal de Fútbol Ramón de Carranza.

- Pró S, García E. Anuario de Cádiz y su provincia. Guía oficial. Cádiz: Tipografía y Litografía La Gaditana; 1920. p. 62-76

- Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones de hecho de los municipios españoles según los censos oficiales de 1900 a 1981. Madrid; 1987. p.113.

- Clasificación de Enfermedades utilizadas en los Movimientos Naturales de Población que edita el Instituto Nacional de Estadística correspondiente a los años 1901, 1910, 1920, y que existen en la Delegación Provincial del INE.<sup>283,284,285</sup>

- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica. 3ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 1996.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año de 1901. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico; 1903.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento de la Población de España. Año 1904. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico; 1909.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la Población de España. Año de 1908. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1914.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la Población de España. Año de 1909. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1914.

---

<sup>283</sup> Instituto Nacional de Estadística. Movimiento de la población de España en 1901. Madrid; p. 512-21.

<sup>284</sup> Instituto Nacional de Estadística. Defunciones, en la nación, clasificadas por causas de muerte según la nomenclatura detallada del Dr. Bertillon en 1910. Madrid; p. 211 - 6.

<sup>285</sup> Instituto Nacional de Estadística. Defunciones en la nación, clasificadas por causas de muerte, según la nomenclatura detallada del Dr. Bertillon en 1920. Madrid; p. 184 - 9.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año de 1910. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1916.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la Población. Año 1911. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1916.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año 1912. Madrid: Establecimiento Tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”; 1917.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la Población. Año 1913. Madrid: Establecimiento Tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”; 1917.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la Población de España. Año 1914. Madrid: Establecimiento Tipográfico “Sucesores de Rivadeneyra”; 1917.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento de la Población de España. Año 1915. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1917.

- Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento de la Población de España. Año 1917. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1919.

- Dirección General de Estadística. Movimiento de la Población de España. Año 1918. Madrid: Sobrinos de los Sucesores de M. Minuesa de los Ríos; 1923.

- Jefatura Superior de Estadística. Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Movimiento de la Población de España. Años 1919 - 1920. Madrid: Sobrinos de los Sucesores de M. Minuesa de los Ríos; 1924.

- Presidencia del Gobierno. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España; 1949. p. 826 – 7. Disponible el 26/05/2014 en <http://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=164782&tns=165065>

- Boletín Oficial de la Provincia de Cádiz (BOPC) nº 83 de 24 de abril de 1901.

- BOPC nº 17 de 22 de enero de 1903.
- BOPC nº 188 de 24 de agosto de 1903.
- BOPC nº 103 de 10 de mayo de 1911.

## 2.3. Análisis estadístico

En primer lugar presentamos la codificación y definición de las variables estudiadas:

### VARIABLES

#### Variable 1. SEXO

Definición: sexo del finado

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal. Dicotómica

Categorías: 1= Hombre, 2= Mujer

#### Variable 2. MES

Definición: mes de defunción

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal

Categorías: 01, 02,..., 12

#### Variable 3. AÑO

Definición: año de defunción

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal

Categorías: 00, 01,..., 20

#### Variable 4. DISJ

Definición: se corresponde con el distrito de la ciudad, imputado en el Registro Civil al finado

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal.

Categorías: 1= S. Antonio, 2= S. Cruz

#### Variable 5. EDAD1

Definición: se corresponde con la edad en años en el momento de la muerte y registrada. No incluye a los menores de un año

Codificación: Numérica. Continua. Escala de razón

Categorías: 1, 2,...,  $k$

#### Variable 6. EDAD2

Definición: se corresponde con la edad en días en el momento de la muerte y registrada. Incluye sólo a los menores de un año

Codificación: Numérica. Continua. Escala de razón

Categorías: 1, 2,..., 364

#### Variable 7. CAUSA1

Definición: se corresponde con la causa de muerte registrada según clasificación propia

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal

Categorías: 001, 002,...,  $k$

#### Variable 8. CAUSA2

Definición: correspondencia de la causa de muerte con la clasificación de Bertillon del periodo analizado

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal

Categorías: 01001....,  $k$

#### Variable 9. CAUSA3

Definición: correspondencia con los grandes grupos de la CIE9

Codificación: Alfanumérica. Escala nominal

Categorías: 01, 02,..., 17

El análisis estadístico de estas variables lo resumimos a continuación:

- Distribución de frecuencias de las variables: edad, sexo y causa de muerte para cada mes, año y periodo completo. Las variables categóricas se resumieron mediante frecuencias y porcentajes. La variable edad se categorizó en menores de un año e iguales o mayores de un año. En ambos casos el resumen estadístico consistió en: media, mediana, moda, mínimo, máximo, varianza, desviación típica, rango y percentiles 25 y 75.
- Representación gráfica de variables e indicadores.
- Pruebas de significación estadística: La comparación de dos medias la hemos llevado a cabo mediante la prueba t de "Student". El nivel de confianza se estableció en el 95%. También se estimó el error estándar de la media.
- Cálculo de los diferentes indicadores de mortalidad según las definiciones oportunas<sup>286,287</sup>.

---

<sup>286</sup> Rubio E, Martínez T, Sánchez E. Demografía Sanitaria. Cuadernos de Bioestadística y sus Aplicaciones Informáticas. Colección Monografías Didácticas nº8. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1995.

<sup>287</sup> García C, Almenara J. La mortalidad y sus indicadores. Med Integr 1996; 28: 85-8.



Pasamos a recordar brevemente la definición y el cálculo de cada uno de ellos.

- **Mortalidad General:**

Tasa Bruta o general de Mortalidad (TBM): es un indicador válido en el estudio de la dinámica de poblaciones y en la evaluación del estado de salud. Indica el número de sujetos de una población determinada que fallecieron en el año considerado.

Se calcula según la expresión siguiente:

$$TMB_i = D_i / P_x.$$

Donde:

*D<sub>i</sub>* son las *defunciones del periodo, generalmente un año*, y *P<sub>x</sub>* es la *estimación de la población para ese periodo*

Índice de Swaroop-Uemura (ISU): es un indicador que estima las posibilidades de vida de la población. Expresa la proporción de fallecimientos que se producen anualmente de las personas de 50 años y más en relación al total de fallecidos en ese año de acuerdo con la expresión siguiente:

$$ISU = d_i / D_i.$$

Donde

*d<sub>i</sub>* son las *defunciones de 50 y más años en el año i* y *D<sub>i</sub>* son las *defunciones de ese año*.

Su valor aumenta al elevarse el nivel de salud de una zona. En el presente trabajo lo hemos calculado para el total de la población y desagregado por sexos.

- **Mortalidad Específica:**

Tasa de Mortalidad Específica por Edades: las tasas de mortalidad en el primer año de vida marcan de una forma fiel el desarrollo sanitario de un país. La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), por ejemplo, es el indicador clásico del estado de salud recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Viene dada por la siguiente expresión:

$$TMI_i = F_i / N_i.$$

Dónde

$F_i$  son los *fallecidos menores de un año* y  $N_i$  son los *nacidos vivos* en ese año.

En función del periodo en que ocurra el fallecimiento, la mortalidad infantil se subdivide en:

- Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN): primer mes de vida.
- Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (TMNP): primera semana de vida.
- Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía (TMNT): primera semana hasta primer mes.
- Tasa de Mortalidad Post – Neonatal (TMPN): primer mes hasta primer año.

En el presente trabajo nosotros hemos determinado la TMI y los componente TMN y TMPN.

Tasa de Mortalidad Especifica por Causas: para imputar un determinado código como causa de muerte, hemos usado tres tipos de clasificaciones: una clasificación propia de Herrera – Almenara – Rodríguez<sup>288</sup> (véase Anexo 3) modificada, la basada en la Clasificación de Bertillon de la decena estudiada y los grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión.

Una vez codificada la rúbrica de causa de muerte, hemos calculado la tasa específica de mortalidad por 10.000 habitantes en el caso del periodo completo, para cada una de las tres clasificaciones. Mediante la expresión:

$$TMEC_i = C_i / P_x.$$

Donde

$C_i$  son las *defunciones codificadas según la clasificación empleada y para una entidad o grupo de enfermedades* y  $P_x$  es la *estimación de la población para cada año*.

---

<sup>288</sup> Esta clasificación propia, se crea a partir de una previa realizada por los Prof. Herrera y Almenara y publicada en: Herrera F. Almenara J. 1994. p. 174 – 9.

• **Cálculo de denominadores: estimación de las poblaciones intercensales:**

Para poder calcular los indicadores, hemos tenido que estimar los correspondientes denominadores, ya que solo 1900, 1910 y 1920 eran años censales. En los periodos intercensales, hemos realizado una estimación siguiendo el Método de la Tasa de Variación que es útil para predicción a corto plazo (máximo 10 años) y cuando se supone que la tasa de variación no ha sufrido alteraciones importantes.

La población para un año  $P_t$  determinado se estima mediante la expresión:

$$P_t = P_0 (1 + r)^t.$$

Donde

$P_0$  es la población del censo inicial,  $r$  la tasa de variación y  $t$  el tiempo entre censos.

En el caso que nos ocupa, para estimar poblaciones intercensales, primero se calcula la tasa de variación con los valores de los dos años censales, según vemos a continuación:

$$(1+r) = \sqrt[t]{P_1 / P_0} =$$

a.

$$1+r_1 = \sqrt[10]{P_{1910} / P_{1900}} =$$

$$1+r_1 = \sqrt[10]{67.174 / 69.382} = 0.997$$

$$r_1 = - 0,003$$

b.

$$1+r_2 = \sqrt[10]{P_{1920} / P_{1910}} =$$

$$1+r_2 = \sqrt[10]{76.718 / 67.174} = 1,0134$$

$$r_2 = 0,013$$

De las tasas de variación obtenidas, se deduce que en la primera decena considerada, se produjo un decrecimiento de la población. En la segunda, en cambio, el crecimiento es positivo. Las poblaciones estimadas las exponemos en la siguiente tabla resumen que abarca la época estudiada (tabla 3).

**Tabla 1. Población en miles de habitantes censales y estimados en Cádiz en el periodo 1900 – 1920.**

P <sub>1900</sub>	69.382
P <sub>1901</sub>	69.174
P <sub>1902</sub>	68.966
P <sub>1903</sub>	68.759
P <sub>1904</sub>	68.553
P <sub>1905</sub>	68.347
P <sub>1906</sub>	68.142
P <sub>1907</sub>	67.938
P <sub>1908</sub>	67.734
P <sub>1909</sub>	67.531
P <sub>1910</sub>	67.174
P <sub>1911</sub>	68.072
P <sub>1912</sub>	68.986
P <sub>1913</sub>	69.910
P <sub>1914</sub>	70.847
P <sub>1915</sub>	71.796
P <sub>1916</sub>	72.759
P <sub>1917</sub>	73.733
P <sub>1918</sub>	74.721
P <sub>1919</sub>	75.723
P <sub>1920</sub>	76.718

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**• Indicadores de crisis de mortalidad:**

Índice de Dûpaquier<sup>289</sup>: es un indicador estadístico que permite evaluar la existencia o no de una crisis de mortalidad en un periodo determinado. Se obtiene mediante la expresión:

$$I = (D - M) \sigma^{-1}.$$

Donde

*I* = intensidad de la crisis.

*D* = número de fallecidos en el año o periodo estudiado

*M* y  $\sigma$  = media y desviación típica del número de defunciones de todos los años, sin incluir el año estudiado, el anterior y el posterior.

Índice epidémico<sup>290</sup>: se trata de un indicador que permite confirmar o no la existencia de un brote epidémico.

$$IE = N^a \text{ DE CASOS OBSERVADOS} / N^o \text{ DE CASOS ESPERADOS.}$$

<sup>289</sup> Álvarez E, Fernández A, González F, Höfer J, Gómez P. Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918. Magister. Revista Miscelánea de Investigación 2008; (22): 96.

<sup>290</sup> Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Ordenación Sanitaria. Investigación de brotes epidémicos. Manuales. Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1988. p. 18.

## 2.4. Programas informáticos

Para la realización de esta tesis hemos utilizado los siguientes programas informáticos:

- Programas Generales:

Microsoft Office 2003, Word y Power Point.

- Programas de análisis estadístico:

Epinfo v. 6: con este programa se elaboró la primera base de datos según la codificación de las variables que hemos explicado más arriba. Una vez recogida la información se exportó al siguiente programa.

SPSS v.11: este programa ha sido utilizado para el análisis estadístico.

## 2.5. Clasificación de las expresiones diagnósticas de causas de muerte

Para nuestro estudio, hemos utilizado tres clasificaciones diferentes: una primera, elaborada por nosotros donde hemos seguido un orden de prelación basado en lo etiológico (infeccioso), topográfico (anatómico) y clínico, que eran los criterios que nos permitían incluir una causa de muerte encontrada en uno u otro grupo. Se basa en una primera realizada por Herrera y Almenara y utilizada en un estudio sobre la gripe en San Fernando<sup>291</sup>. Estas propuestas de clasificación ya han sido estudiadas por otros investigadores con el fin de establecer una sugerencia de homologación para hacer comparables los resultados obtenidos entre 1901 y 1920<sup>292,293,294,295,296</sup>.

---

<sup>291</sup> Herrera F, Almenara Barrios J. La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 1994; 30 (1): 133 – 87

<sup>292</sup> Sanz A. 2001. p. 133.

<sup>293</sup> Molanes P. 2012. p. 84.

<sup>294</sup> Marín AJ. 2012.

Un segundo grupo, generada según el movimiento natural de la población y basada en la clasificación de Bertillon de 1893 y modificada en 1900 y, una tercera, que está constituida por los grandes grupos de la clasificación internacional de enfermedades novena revisión, CIE-9 (Anexos 1, 2, 3, 4 y 5).

Esta estructura de trabajo, aunque plantea una mayor complejidad en el manejo de los datos obtenidos del registro civil, da una gran flexibilidad en su tratamiento y nos debe permitir obtener la máxima información sobre las causas de muerte. Además de detectar posibles problemas en la clasificación de algunas expresiones diagnósticas.

## 2.6. Características de las inscripciones recogidas

A la hora de la recogida de los datos, nos hemos encontrado con ciertos problemas que conviene citar:

- No existe una cumplimentación uniforme de la inscripción en los dos distritos judiciales que existían en este periodo en Cádiz; e, incluso, hay diferencias dentro del mismo distrito y en periodos cercanos en el tiempo.

- Utilizamos el concepto de *nacido vivo* en base a la inscripción en el Registro Civil (Libro de nacimientos), sin otras consideraciones.

- En la fase de informatización de los registros, no se han incluido las inscripciones referentes a defunciones anteriores a 1900 ni los restos humanos en los que, además, no aparecían descritas las causas de muerte. En la recogida de datos, los números de inscripción de cada fallecido presentan algunas deficiencias que en los cálculos realizados hemos corregido. Por ejemplo, en 1900 hay más fallecidos de los que aparecen inscritos porque ha habido saltos de números de hojas, del 50 al 52. En otros casos, el número de fallecidos que podía servirnos para nuestro trabajo era sensiblemente inferior al total de los que aparecían en ese año. Es el caso general y, especialmente de 1902, donde se recogieron inscripciones que se habían realizado en 1920. Sólo en dos años, 1915 y 1919, todas las inscripciones pudieron ser consideradas

---

<sup>295</sup> Sánchez JA. La evolución de las causas de mortalidad en Plasencia durante los siglos XIX y XX. Revista de Estudios Extremeños 1993; 49 (1): 165.

<sup>296</sup> Del Campo S. La población de España. Ciced; 1975. p. 28.

como válidas<sup>297</sup>. Por este motivo, en la tabla 2, distinguimos entre totales teóricos, los que resultan de la suma de las inscripciones según su orden en los libros de inscripción de fallecimiento de cada año, y totales efectivos, que es el número real de fallecidos que utilizamos en nuestro trabajo.

- Existen numerosas anotaciones de defunciones de expósitos que se producían en casa de su nodriza.
- Se inscriben como tales los restos mortales encontrados en el mar.
- En algunas inscripciones faltan datos relativos a las causas de muerte o cualquier otro estadístico descriptivo (edad, lugar de fallecimiento, etc.).
- No aparece citada siempre la participación del médico forense en aquellos casos que era preceptiva por lo que ésta no ha sido reflejada.
- A la hora de usar las diferentes clasificaciones de enfermedades, los términos similares se simplifican en uno solo unificado.
- Las muertes de embarcados se indican en el lugar de defunción.

---

<sup>297</sup> En la Tabla 1, hemos dispuesto dos totales, teórico y efectivo. El primero hace referencia al número de defunciones registradas en los libros de inscripciones de fallecimientos según su orden correlativo y el segundo indica los fallecidos que pueden ser considerados como válidos a la hora del cálculo de indicadores.





### **3. RESULTADOS**



La exposición de los datos obtenidos en el Registro Civil de Cádiz se realiza mediante tablas en cada una de las cuales se expondrá la información extraída año a año por un lado y, por otro, se mostrará otro cuadro resumen del conjunto de los años de estudio.

Además, se describen previamente los datos totales de mortalidad y nacimientos recogidos en el Registro Civil y se especifican los relativos a la población en el periodo de estudio tanto obtenidos de los censos como mediante procedimientos de cálculos intercensales.

A modo de introducción, en todo el periodo estudiado la edad de los fallecidos mayores de un año que aparece más frecuentemente es, precisamente, un año. Se mantiene una frecuencia de finados muy alta en los valores cercanos a esta moda. La mortalidad en edades avanzadas de la vida presenta una distribución más regular, salvo en valores más extremos cuya frecuencia es más baja.

La media de la mortalidad, en este mismo rango de edad, oscila entre 41-44 años, con un valor más bajo en 1902, que es de 38 años.

**Tabla 2. Número de fallecidos en Cádiz por distritos en el periodo 1900 – 1920.**

<b>AÑO</b>	<b>SANTA CRUZ</b>	<b>SAN ANTONIO</b>	<b>TOTAL TEÓRICO</b>	<b>TOTAL EFECTIVO</b>
1900	936	1.417	2.353	2.355
1901	832	1.482	2.314	2.310
1902	957	1.534	2.491	2.485
1903	760	1.229	1.989	1.991
1904	869	1.349	2.218	2.213
1905	828	1.293	2.121	2.114
1906	825	1.395	2.220	2.211
1907	821	1.212	2.033	2.031
1908	735	1.202	1.937	1.937
1909	773	1.299	2.072	2.056
1910	701	1.205	1.906	1.906
1911	724	1.266	1.990	1.984
1912	819	1.238	2.057	2.060
1913	715	1.147	1.862	1.857
1914	799	1.255	2.054	2.054
1915	756	1.192	1.948	1.948
1916	836	1.354	2.190	2.190
1917	765	1.398	2.163	2.160
1918	1.000	1.599	2.599	2.598
1919	946	1.616	2.562	2.563
1920	850	1.394	2.244	2.246
<b>TOTAL</b>	<b>17.247</b>	<b>28.056</b>	<b>45.323</b>	<b>45.269</b>

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 3. Natalidad en Cádiz, por distritos, en el periodo 1900 – 1920.**

<b>AÑO</b>	<b>SANTA CRUZ</b>	<b>SAN ANTONIO</b>	<b>TOTAL</b>
1900	885	1.053	1.938
1901	791	969	1.760
1902	905	1.015	1.920
1903	852	1.002	1.854
1904	745	900	1.645
1905	820	953	1.773
1906	787	882	1.669
1907	796	928	1.724
1908	922	985	1.907
1909	871	997	1.868
1910	839	934	1.773
1911	877	996	1.873
1912	863	909	1.772
1913	846	846	1.692
1914	836	899	1.735
1915	791	920	1.711
1916	831	962	1.793
1917	834	909	1.743
1918	837	906	1.743
1919	809	916	1.725
1920	873	983	1.856
<b>TOTAL</b>	<b>17.610</b>	<b>19.864</b>	<b>37.474</b>

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

## 3.1. La mortalidad en el año 1900

### 3.1.1. Mortalidad general

En este primer año hemos contabilizado un número total de fallecidos de 2.355, correspondiendo una tasa bruta de mortalidad de 33,94 por mil habitantes, resultado casi idéntico a las cifras oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>298</sup>. La población total de la ciudad fue de 69.382 habitantes para este año censal.

La distribución mensual de fallecidos, reflejada en la tabla 4 y gráfico número 1 demuestra el valor más alto en el mes de Marzo y el más bajo en Octubre.

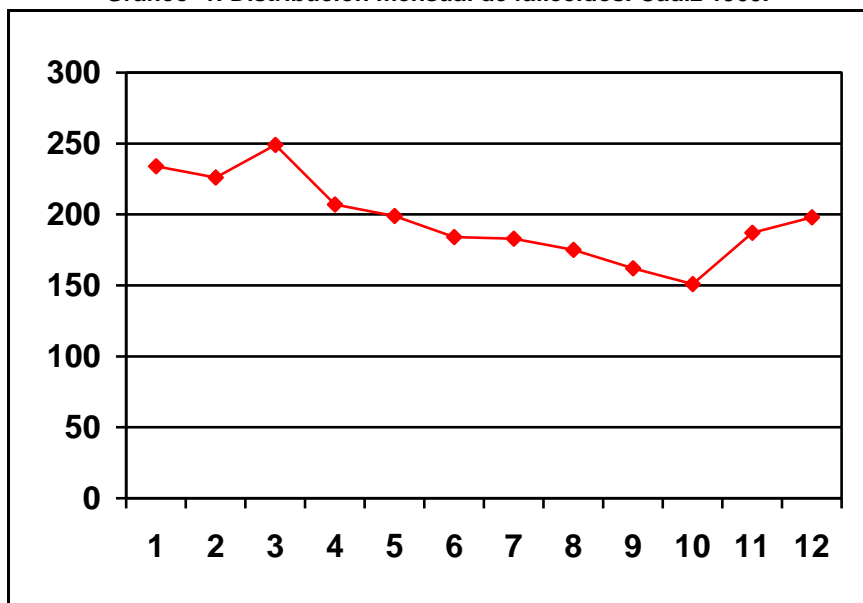
**Tabla 4. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1900.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	234	9,9	9,9
Febrero	226	9,6	19,5
Marzo	249	10,6	30,1
Abril	207	8,8	38,9
Mayo	199	8,5	47,3
Junio	184	7,8	55,2
Julio	183	7,8	62,9
Agosto	175	7,4	70,4
Septiembre	162	6,9	77,2
Octubre	151	6,4	83,7
Noviembre	187	7,9	91,6
Diciembre	198	8,4	100,0
Total	2.355	100,0	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>298</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid; 1957. Referenciado en Sáinz Otero A. La mortalidad en Cádiz (1923 – 1930). [Tesis doctoral]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2007. p.60. Disponible el 15/04/2009 en <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesisAMSainzOtero.pdf>

**Gráfico 1. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1900.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos de las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 35,62 %. En la tabla 5, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos, siendo apreciablemente mayor en el caso de las mujeres.

**Tabla 5. índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1900.**

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1900	Índice Swaroop – Uemura
Total	839	2.355	35,62%
Varón	373	2.355	15,84%
Mujer	466	2.355	19,78%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.1.2. Mortalidad y sexo

El 49,8 % (1.173) de las defunciones corresponden a varones y el 50,2 % (1.182) a mujeres. Tanto en el caso de los menores y los mayores de un año, observamos que la edad media de fallecimiento es inferior en los varones con respecto a las mujeres, siendo estadísticamente significativa en los mayores o iguales de un año ( $p = 0,001$ ), con una diferencia de edad de casi cuatro años a favor de la mujer.

**Tabla 6. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1900.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1.173	49,8	49,8
	Mujer	1.182	50,2	100
	Total	2.355	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 7. Edad media de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1900.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	254	125,72	96,54	6,05
	MUJER	191	134,04	100,89	7,30

( $p=0,381$ )

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 8. Edad media de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1900.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	909	39,92	25,95	,86
	MUJER	986	43,87	27,93	,89

( $p=0,001$ )

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.1.3. Mortalidad y edad

#### 3.1.3.1. Mortalidad en menores de un año

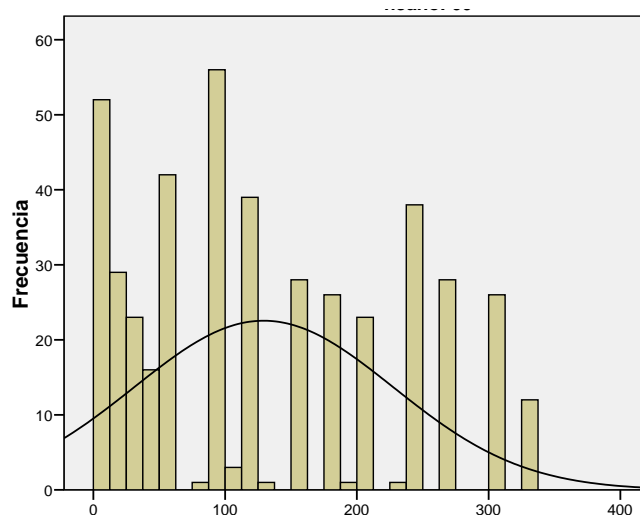
La media de edad de los finados es de 129 días, con un valor más frecuente en los 90 días, y una desviación típica de 98 días. El valor máximo es de 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 445 de los registrados (tabla 9). Si observamos el gráfico 2, vemos que la distribución de la mortalidad es irregular.

**Tabla 9. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1900.**

N	Válidos	445
Media		129,29
Mediana		120,00
Moda		90
Desv. Típ.		98,40
Varianza		9684,38
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	45,00
	75	210,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 2. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1900**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En la tabla 10 reflejamos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 229,62 por mil nacidos vivos. Predomina la mortalidad por causas exógenas como muestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal.

**Tabla 10. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1900.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	229,62
TMN	52,63
TMPN	176,99

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.



### 3.1.3.2. Mortalidad en mayores de un año

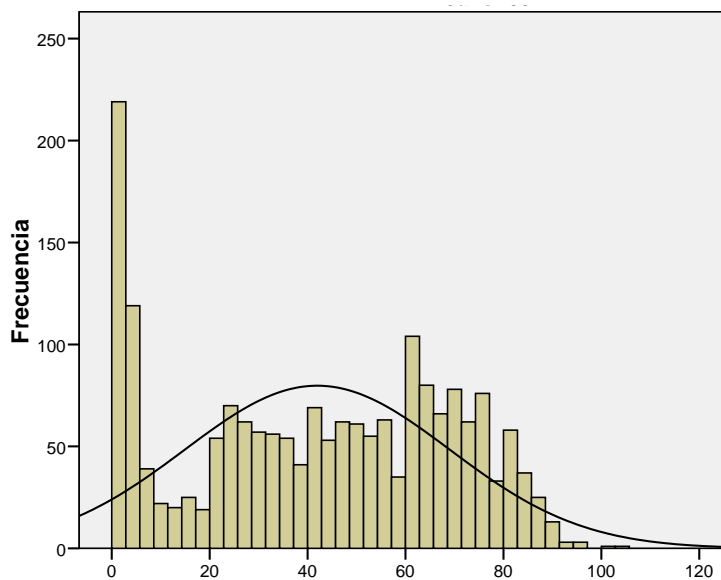
Los valores que se incluyen en este rango de edad son 1.895. La edad media de fallecimiento es casi 42 años con un mínimo de 1 y el máximo de 105 años. El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 27,07 años. En el gráfico 3 observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1900.**

N	Válidos	1.895
Media		41,97
Mediana		44,00
Moda		1
Desv. Típ.		27,07
Varianza		733,23
Rango		104
Mínimo		1
Máximo		105
Percentiles	25	20,00
	75	65,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 3. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1900.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz. Año 1900.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.1.4. Mortalidad y causas

En las dos primeras tablas que exponemos en cada uno de los años estudiados se registrarán las diez principales causas de muerte según la frecuencia de aparición de las mismas. (Citamos en el texto acompañante los códigos que hemos creado y su equivalencia. Aunque para un conocimiento más exhaustivo, remitimos a los anexos 3, 4 y 5 que se encuentran al final de este documento).

Es importante precisar que estas dos tablas no son necesariamente comparables al tratarse de dos sistemas diferentes de imputación de códigos, por lo que pueden ocupar lugares distintos en las mismas.

Se puede observar en la primera (tabla 12), que los motivos de muerte son fundamentalmente infecciosos, estando presentes en siete de los diez epígrafes; dos están referidos a enfermedades cardiovasculares y uno a problemas de la infancia. La tuberculosis (016) y la bronconeumonía (013) aparecen en primer y segundo lugar. El tercer puesto es ocupado por las enfermedades nutricionales infantiles (031) y el cuarto (022) por las enfermedades cerebrovasculares que junto a las lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027) (octavo lugar) completan los trastornos cardiovasculares presentes en esta tabla. El resto son enfermedades infecciosas: del aparato digestivo (112) que ocupan el quinto lugar; meningitis (110) el sexto; gripe (113) el séptimo; otras infecciones (116) el noveno, y bronquitis y catarros bronquiales (014) el décimo.

**Tabla 12. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1900.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	572	24,3	82,44
013	229	9,7	33
031	183	7,8	26,37
022	159	6,8	22,91
112	132	5,6	19,02
110	125	5,3	18,01
113	79	3,4	11,38
027	70	3	10,08
116	65	2,8	9,36
014	62	2,6	8,93

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En los datos de esta segunda tabla (tabla 13), basada en la clasificación de Bertillon de 1893 y modificada en 1900<sup>299,300</sup> observamos que el primer lugar lo ocupa la tuberculosis pulmonar (01127), el segundo las enfermedades cerebrovasculares (02265); las enfermedades de la primera infancia aparecen en el puesto séptimo (11153). Sigue existiendo una clara preponderancia de las enfermedades infecciosas que afectan fundamentalmente al aparato respiratorio y al sistema nervioso central: bronconeumonía (04493), neumonía (04494), meningitis (02262) y gripe (01110). La tuberculosis abdominal (01129) y la del sistema nervioso central (01128) cierran el listado de enfermedades infecciosas. Completa la tabla, otras afecciones del aparato circulatorio (03387) que aparece en noveno lugar.

**Tabla 13. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1900.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	321	13,6	46,26
02265	140	5,9	20,17
04493	128	5,4	18,44
02262	111	4,7	15,99
04494	100	4,2	14,41
01129	88	3,7	12,68
11153	87	3,7	12,53
01110	80	3,4	11,53
03387	79	3,4	11,38
01128	74	3,1	10,66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Si agrupamos los fallecimientos según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión (tabla 14), observamos que los resultados en la mayoría de las causas de fallecimiento son de origen infeccioso (31,3%). Siguen en orden los problemas circulatorios, las enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso y del tubo digestivo. Merece destacar la presencia de neoplasias en el séptimo puesto y de los trastornos endocrinos en el octavo.

<sup>299</sup> Segura A, Martínez F. Las clasificaciones de enfermedades y causas de muerte y su evolución. En: Círrera L, Vázquez E, editores. La implantación en España de la clasificación Internacional de Enfermedades - 10ª Revisión (CIE – 10). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Epidemiología; 1998. p. 26 – 8.

<sup>300</sup> Delgado JA, Gervás JM. Clasificaciones Internacionales en Medicina. M.M. 1992; 48 (1): 46.

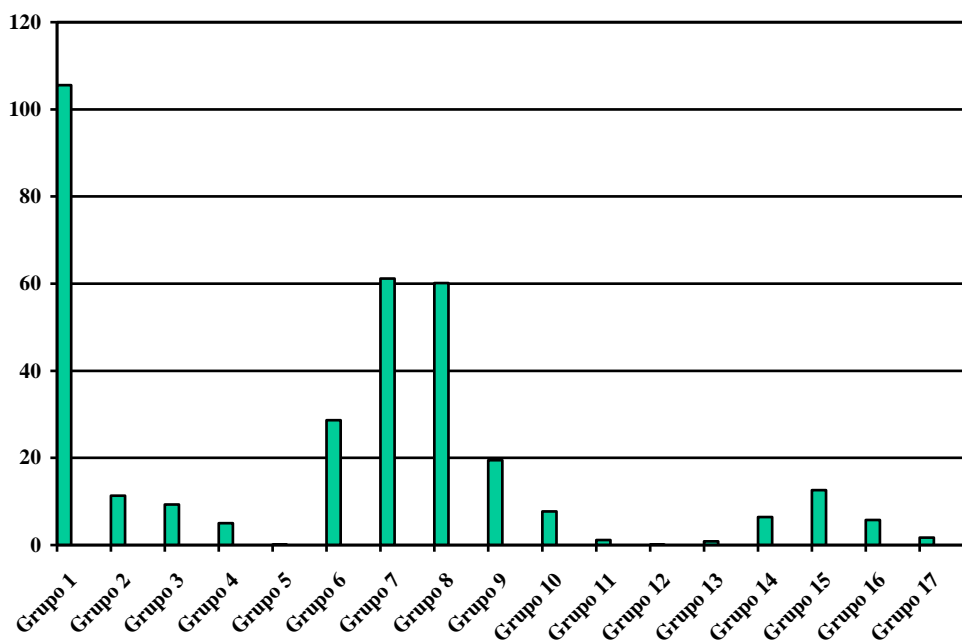
**Tabla 14. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1900.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	737	31,3	106,22
2	79	3,4	11,38
3	65	2,8	9,36
4	35	1,5	5,04
5	1	0	0,14
6	200	8,5	28,82
7	427	18,1	61,54
8	420	17,8	60,53
9	136	5,8	19,60
10	54	2,3	7,78
11	8	0,3	1,15
12	1	0	0,14
13	6	0,3	0,86
14	45	1,9	6,48
15	88	3,7	12,68
16	40	1,7	5,76
17	12	0,5	1,72

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 4. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1900**



## 3.2. La mortalidad en el año 1901

### 3.2.1. Mortalidad general

En este año el número total de fallecidos es de 2.310, con una tasa bruta de mortalidad de 33,39 por mil habitantes, muy parecida a la reflejada en la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>301</sup>. La población total de la ciudad es de 69.174 habitantes, reseñando que es un año intercensal y ha sido necesario el cálculo de la población estimada por el método de la tasa de variación, según hemos visto en la tabla 3.

La distribución mensual de fallecidos, reflejada en la tabla 15 y gráfico 5 muestra el mayor número de fallecidos en el mes de Diciembre, casi igual en Febrero, siendo Septiembre el que tiene menor número de registros.

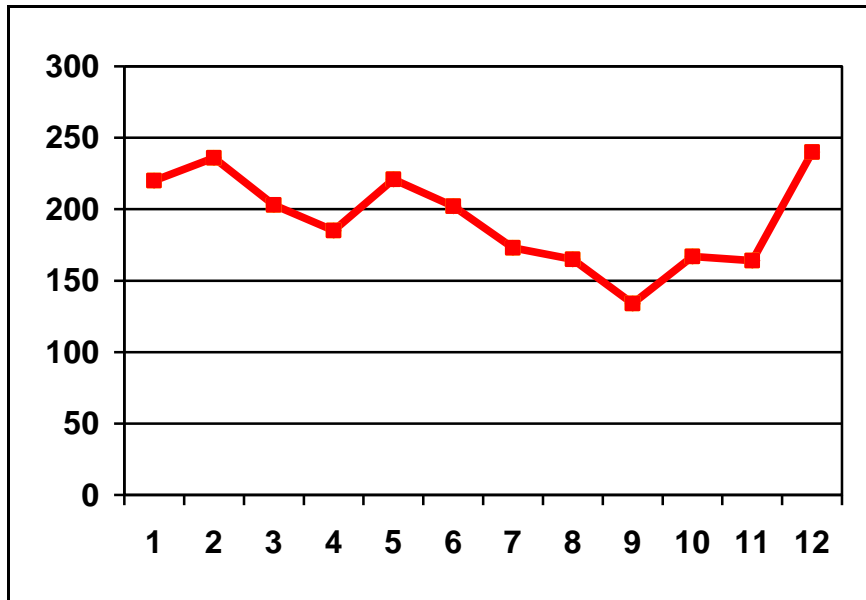
Tabla 15. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1901.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	220	9,5	9,5
Febrero	236	10,2	19,7
Marzo	203	8,8	28,5
Abril	185	8	36,5
Mayo	221	9,6	46,1
Junio	202	8,7	54,8
Julio	173	7,5	62,3
Agosto	165	7,1	69,5
Septiembre	134	5,8	75,3
Octubre	167	7,2	82,5
Noviembre	164	7,1	89,6
Diciembre	240	10,4	100
Total	2.310	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>301</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid; 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 5. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1901.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto al Índice de Swaroop – Uemura para este año, es del 41,29 %. En la tabla 16, podemos observar su distribución total y por sexos, siendo mayor en las mujeres.

Tabla 16. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1901.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1901	Índice Swaroop – Uemura
Total	954	2.310	41,29%
Varón	445	2.310	19,29%
Mujer	508	2.310	22%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.2.2. Mortalidad y sexo

El 51% (1.179) de las defunciones ocurridas en el año corresponden a varones y el 48,9% (1.130) a mujeres. En el caso de los menores de un año, observamos que la edad media de fallecimiento es superior en los varones que en las mujeres, mientras que en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres, con una diferencia de edad de casi cinco años a favor de la mujer siendo estadísticamente significativa.

**Tabla 17. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1901.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Sin datos	1	,0	,0
Varón	1.179	51	51,1
Mujer	1.129	48,9	100
Total	2.308	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 18. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1901.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	198	138,36	102,87	7,31
	MUJER	139	124,99	96,22	8,16

(p=0,223)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 19. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1901.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	976	41,59	25,65	,82
	MUJER	985	46,20	27,60	,88

(p=0,000)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.2.3. Mortalidad y edad

#### 3.2.3.1. Mortalidad en menores de un año

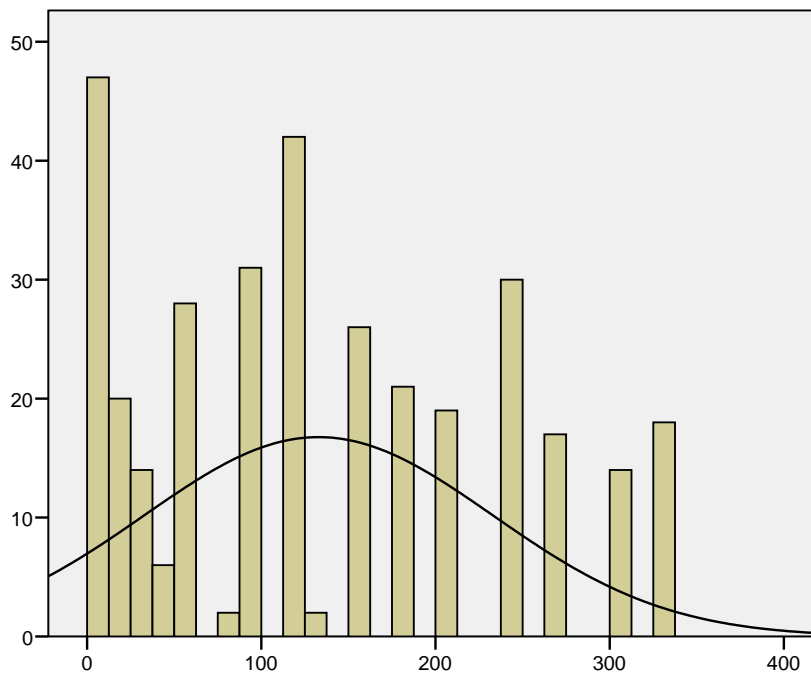
En los menores de 1 año, la edad media es 132,85 días, con un valor más frecuente en los 120 días, y una desviación típica de 100,25 días. El valor máximo es de 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 337 de los registrados (tabla 20 y gráfico 3).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1901.

N	Válidos	337
Media		132,85
Mediana		120,00
Moda		120
Desv. Típ.		100,25
Varianza		10051,66
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	41,00
	75	210,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 6. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1901.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.



En la tabla 21 reflejamos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 191,48 por mil nacidos vivos, destacando que predomina la mortalidad por causas exógenas como demuestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal.

**Tabla 21. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1901.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	191,48
TMN	46,02
TMPN	145,46

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.2.3.2. Mortalidad en mayores de un año

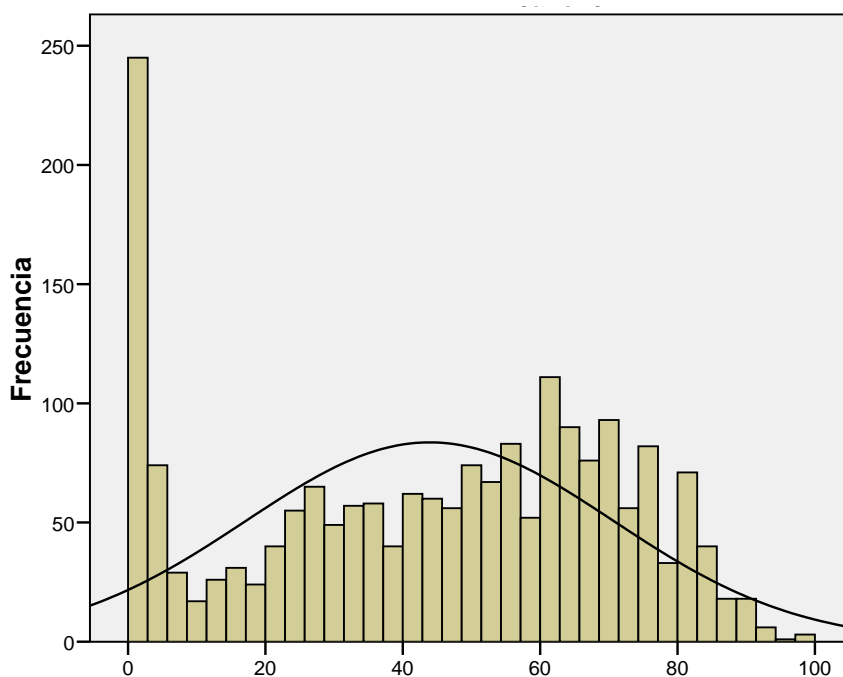
En 1901, fallecen 1.962 personas con edades igual o superiores al año. La edad media es de 43,91 años (siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 99 años). El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 26,74. En el gráfico 7 observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 22. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1901.**

N	Válidos	1.962
	Perdidos	348
Media		43,91
Mediana		48,00
Moda		1
Desv. típ.		26,74
Varianza		715,18
Rango		98
Mínimo		1
Máximo		99
Percentiles	25	23,00
	75	66,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 7. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1901**



Fuente: Registro Civil de Cádiz. Año 1901.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.2.4. Mortalidad y causas

En la tabla 23 encontramos que las primeras causas de muerte según la codificación de la clasificación propia son la tuberculosis (016) y la bronconeumonía (013). Le siguen las enfermedades cerebrovasculares (022) y las enfermedades nutricionales infantiles (031). Las enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), del sistema nervioso (110) junto a las lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027) siguen en la lista. El octavo puesto está representado por la infecciones del aparato circulatorio, completando la tabla la gripe (113) y la arterioesclerosis.

**Tabla 23. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1901.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	573	24,8	82,83
013	180	7,8	26,02
022	179	7,7	25,87
031	179	7,7	25,87
112	112	4,8	16,19
110	109	4,7	15,75
027	92	4	13,30
114	67	2,9	9,68
113	61	2,6	8,81
021	56	2,4	8,09

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Codificando mediante la clasificación de Bertillon, ocurre lo mismo que en el año 1900, el primer lugar (tabla 24), lo ocupa la tuberculosis pulmonar (01127) y el segundo las enfermedades cerebrovasculares (02265), mientras que el tercero lo ocupa las afecciones del aparato circulatorio (03387) subiendo desde el año 1900 seis puestos. El cuarto es para las bronconeumonías (04493). Le siguen meningitis (02262) y tuberculosis abdominal (01129). El séptimo puesto corresponde a las enfermedades orgánicas del corazón (03380), el octavo a las neumonías (04494) y el noveno a las enfermedades de la primera infancia (11153). Cierra la nómina las afecciones de los huesos (09147).

**Tabla 24. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según Bertillon (1901). Cádiz 1901.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	338	14,6	48,86
02265	164	7,1	23,70
03387	118	5,1	17,05
04493	99	4,3	14,31
02262	94	4,1	13,58
01129	92	4	13,30
03380	89	3,9	12,86
04494	81	3,5	11,71
11153	74	3,2	10,69
09147	65	2,8	9,39

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En la tabla 25, que estudia los fallecimientos según la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión, observamos que la mayoría de las enfermedades causantes de fallecimiento son de origen infeccioso (31,3%). Le siguen los problemas circulatorios. El tercer, cuarto y quinto puesto están ocupados por enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso y del tubo digestivo. El puesto sexto le corresponde a las neoplasias y el séptimo a las enfermedades endocrinas. Encontramos las primeras causas de muerte por enfermedades de la infancia en el puesto octavo, concretamente aquellas con origen en el periodo perinatal. En el noveno están las causas mal definidas y en el décimo las anomalías congénitas.

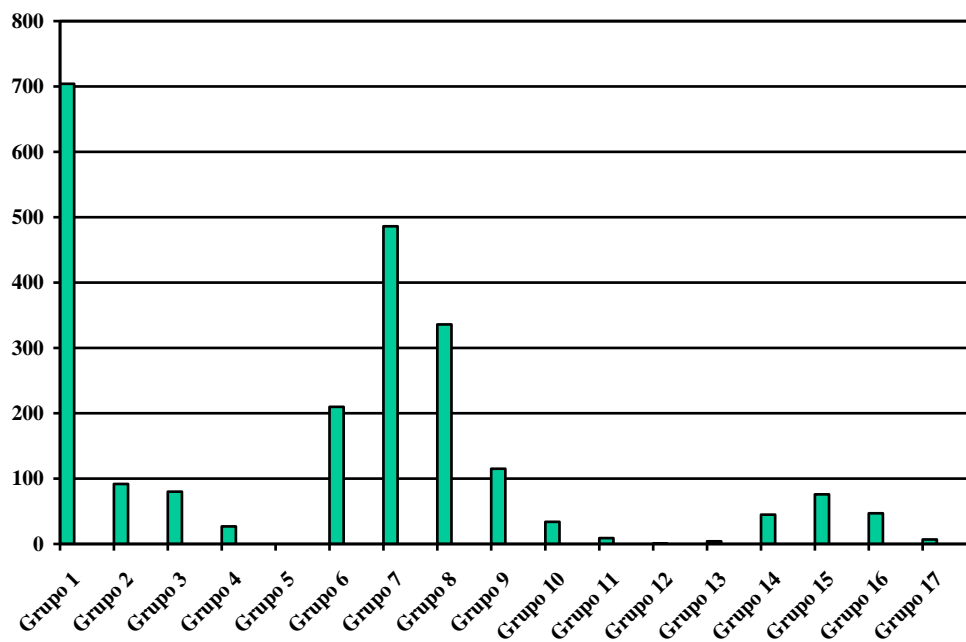
**Tabla 25. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1901.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	704	30,5	101,77
2	92	4	13,30
3	80	3,5	11,56
4	27	1,2	3,90
6	210	9,1	30,35
7	486	21	70,25
8	336	14,5	48,57
9	115	5	16,62
10	34	1,5	4,91
11	9	0,4	1,30
12	1	0	0,14
13	4	0,2	0,57
14	45	1,9	6,50
15	76	3,3	10,98
16	47	2	6,79
17	7	0,3	1,01

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 8. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1901



### 3.3. La mortalidad en el año 1902

#### 3.3.1. Mortalidad general

El número de muertos que hemos recogido es de 2.485, con una tasa bruta de mortalidad de 36,03 por mil habitantes, muy cercanas a las cifras oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>302</sup>. La población estimada es de 68.966 habitantes.

La distribución mensual de fallecidos, reflejada en la tabla 26 y gráfico 9 demuestra el número mayor de registros de defunción en el mes de Enero, algo inferior en Febrero y el más bajo en Septiembre.

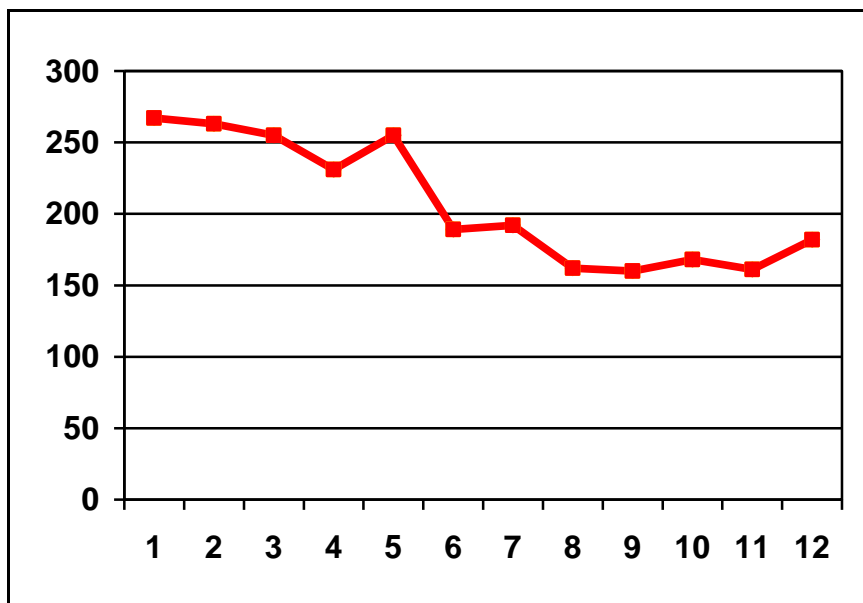
**Tabla 26. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1902.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	267	10,7	10,7
Febrero	263	10,6	21,3
Marzo	255	10,3	31,6
Abril	231	9,3	40,9
Mayo	255	10,3	51,1
Junio	189	7,6	58,8
Julio	192	7,7	66,5
Agosto	162	6,5	73
Septiembre	160	6,4	79,4
Octubre	168	6,8	86,2
Noviembre	161	6,5	92,7
Diciembre	182	7,3	100
Total	2.485	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015

<sup>302</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 9. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1902.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto al Índice de Swaroop - Uemura es del 32,15 %. En la tabla 27, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos, y al igual que los años vistos continúa siendo apreciablemente mayor en las mujeres.

Tabla 27. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1902.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1902	Índice Swaroop – Uemura
Total	799	2.485	32,15%
Varón	341	2.485	13,72%
Mujer	458	2.485	18,43%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.3.2. Mortalidad y sexo

El 48,4% (1.202) de las defunciones ocurridas en el año corresponden a varones y el 51,6% (1.283) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres, y en el segundo caso con una diferencia de edad de casi cuatro años a favor de la mujer siendo estadísticamente significativa.

**Tabla 28. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1902.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.202	48,4	48,4
Mujer	1.283	51,6	100
Total	2.485	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 29. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1902**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD DÍAS	VARÓN	262	128,63	106,26	6,56
	MUJER	248	145,78	105,23	6,68

(p= 0,068)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 30. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1902.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	933	36,35	27,20	,89
	MUJER	1.030	40,31	29,60	,92

(p=0,002)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.3.3. Mortalidad y edad

#### 3.3.3.1. Mortalidad en menores de un año

La edad media de los fallecidos es 136,97 días. La moda es 60 días, y la desviación típica es 106,01 días. El valor máximo es 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 510 de los registrados. Continúa persistiendo una distribución irregular de la mortalidad (tabla 31 y gráfico 10).

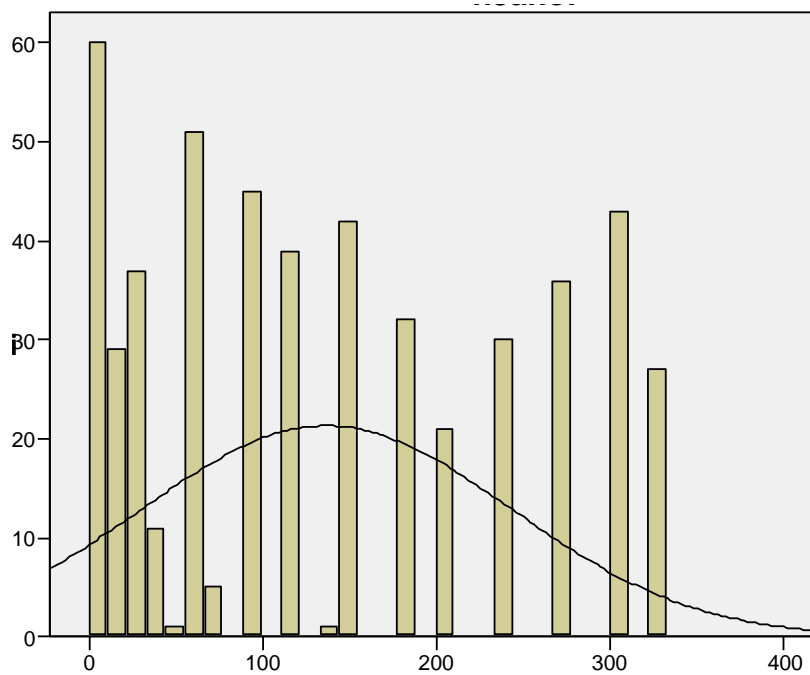


**Tabla 31. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1902.**

N	Válidos	510
Media		136,97
Mediana		120
Moda		60
Desv. típ.		106,01
Varianza		11238,10
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	34,75
	75	240

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 10. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1902.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz. Año 1902.  
Elaboración propia, 2015.

En la tabla 32 mostramos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 265,63 por mil nacidos vivos, destacando que predomina la mortalidad por causas exógenas como demuestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal.

**Tabla 32. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1902.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	265,63
TMN	64,58
TMPN	199,48

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.3.3.2. Mortalidad en mayores de un año

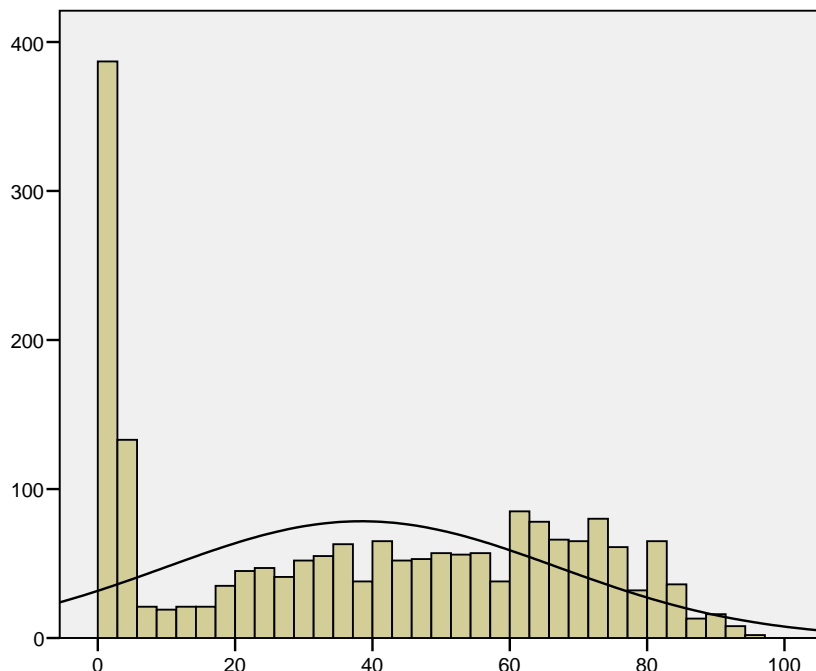
En 1.963 registros aparece computada la edad de la muerte. Siendo la media de 38,43 años (con un mínimo de 1 y un máximo 96 años). La moda vale 1 año y la desviación típica es de 28,55. En el gráfico 11 observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 33. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1902**

N	Válidos	1.963
	Perdidos	522
Media		38,43
Mediana		40
Moda		1
Desv. típ.		28,55
Varianza		815,28
Rango		95
Mínimo		1
Máximo		96
Percentiles	25	4
	75	64

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 11. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1902.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.3.4. Mortalidad y causas

La distribución de las causas de muerte según la clasificación propia se puede ver en la tabla 34, ocupando los dos primeros puestos, un año más, la tuberculosis (016) y la bronconeumonía (013). Le siguen las enfermedades nutricionales infantiles (031) y enfermedades cerebrovasculares (022). El quinto puesto se corresponde con las enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), el sexto con las del aparato digestivo (112) y el séptimo con las lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027). Completan la lista las bronquitis (014), la arterioesclerosis (021) y las infecciones del aparato cardiocirculatorio (114).

**Tabla 34. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1902.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	504	20,3	73,07
013	294	11,8	42,63
031	229	9,2	33,20
022	156	6,3	22,62
110	145	5,8	21,02
112	138	5,6	20,01
027	85	3,4	12,32
014	81	3,3	11,74
021	69	2,8	10
114	63	2,5	9,13

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al analizar las causas de muerte registradas según la clasificación de Bertillon, al igual que en años anteriores, el primer lugar, (tabla 35) lo ocupa la tuberculosis pulmonar (01127), el segundo, las bronconeumonías (04493), mientras que el tercero es ocupado por las enfermedades de la primera infancia (11153). El cuarto es para las meningitis (02262). El quinto lugar para la congestión y hemorragias cerebrales (02265), el sexto para las afecciones del aparato circulatorio (03387), el séptimo lo ocupa las neumonías (04494), el octavo la tuberculosis abdominal (01129) y el noveno corresponde a las enfermedades orgánicas del corazón (03380). Terminamos con las afecciones de las arterias (03382).

**Tabla 35. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según Bertillon (1901). Cádiz 1902.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	291	11,7	42,19
04493	174	7	25,23
11153	142	5,7	20,59
02262	138	5,6	20,01
02265	136	5,5	19,72
03387	118	4,7	17,11
04494	118	4,7	17,11
01129	95	3,8	13,77
03380	78	3,1	11,31
03382	76	3,1	11,02

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

El siguiente cuadro (tabla 36) se corresponde con el orden obtenido al agrupar las causas de muerte registradas en los grandes grupos de la CIE. Es el grupo de enfermedades infecciosas quien ocupa la mayor parte de la mortalidad proporcional y con una mayor tasa específica de mortalidad por 10.000 habitantes. El resto de la distribución se puede observar en la tabla mencionada.

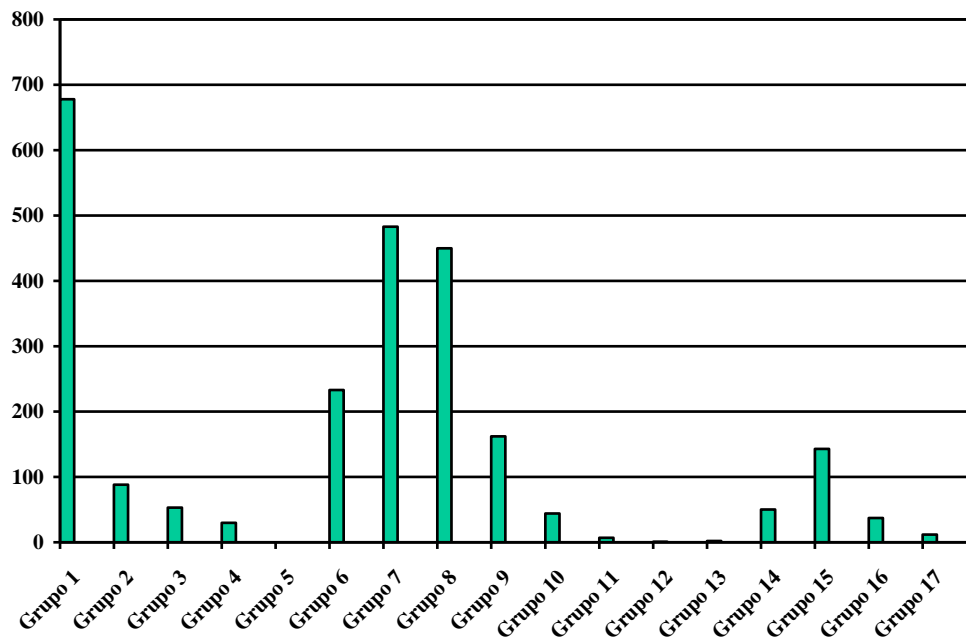
**Tabla 36. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1902.**

<b>GRUPO DE CAUSA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>MORTALIDAD PROPORCIONAL</b>	<b>TMEC por 10.000 habitantes</b>
<b>1</b>	678	27,3	98,3
<b>2</b>	88	3,5	12,76
<b>3</b>	53	2,1	7,68
<b>4</b>	30	1,2	4,35
<b>6</b>	233	9,4	33,78
<b>7</b>	483	1,4	70,03
<b>8</b>	450	1,1	65,25
<b>9</b>	162	6,5	23,49
<b>10</b>	44	1,8	6,38
<b>11</b>	7	0,3	1,01
<b>12</b>	1	0	0,14
<b>13</b>	2	0,1	0,29
<b>14</b>	50	2	7,25
<b>15</b>	143	5,8	20,73
<b>16</b>	37	1,5	5,36
<b>17</b>	12	0,5	1,74

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 12. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1902



## 3.4. La mortalidad en el año 1903

### 3.4.1. Mortalidad general

El total de registros de 1903 es de 1.991. Lo que nos permite estimar una tasa bruta de mortalidad de 28,95 por mil habitantes, cifra coincidente en gran medida con la oficial de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>303</sup>. La población total estimada fue de 68.759 habitantes.

La distribución mensual de fallecidos se puede estudiar en la tabla 37 y el gráfico 13.

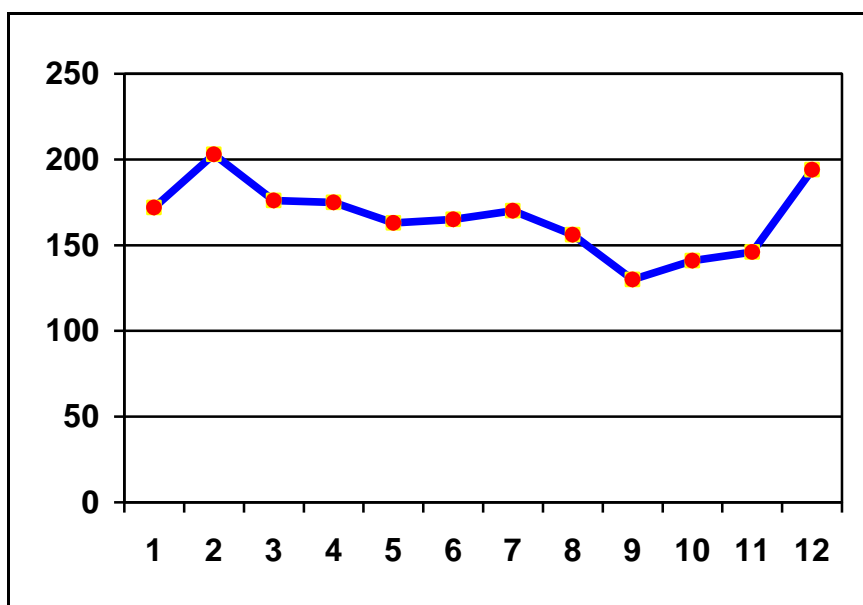
Tabla 37. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1903.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	172	8,6	8,6
Febrero	203	10,2	18,8
Marzo	176	8,8	27,7
Abril	175	8,8	36,5
Mayo	163	8,2	44,7
Junio	165	8,3	52,9
Julio	170	8,5	61,5
Agosto	156	7,8	69,3
Septiembre	130	6,5	75,8
Octubre	141	7,1	82,9
Noviembre	146	7,3	90,3
Diciembre	194	9,7	100
Total	1.991	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>303</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid; 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 13. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1903.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Al calcular el índice de Swaroop - Uemura obtenemos un valor de 39,30 %. Las mujeres obtienen un índice más elevado que los varones.

Tabla 38. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1903.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1903	Índice Swaroop – Uemura
Total	781	1.991	39,22%
Varón	363	1.991	18,23%
Mujer	418	1.991	21%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.4.2. Mortalidad y sexo

El 49,2% (980) de las defunciones ocurridas en el año corresponden a varones y el 50,8% (1.011) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año la edad media del fallecimiento es superior en las mujeres. En la segunda situación, con una diferencia de casi cuatro años, provocaba una diferencia estadísticamente significativa.



**Tabla 39. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1903.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	980	49,2	49,2
Mujer	1.011	50,8	100
Total	1.991	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 40. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1903.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD DÍAS	VARÓN	199	125,18	101,73	7,21
	MUJER	183	137,87	103,40	7,64

(p=0,228)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 41. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1903.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	779	42,3	25,99	,93
	MUJER	828	46,03	28,42	,98

(p=0,003)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.4.3. Mortalidad y edad

#### 3.4.3.1. Mortalidad en menores de un año

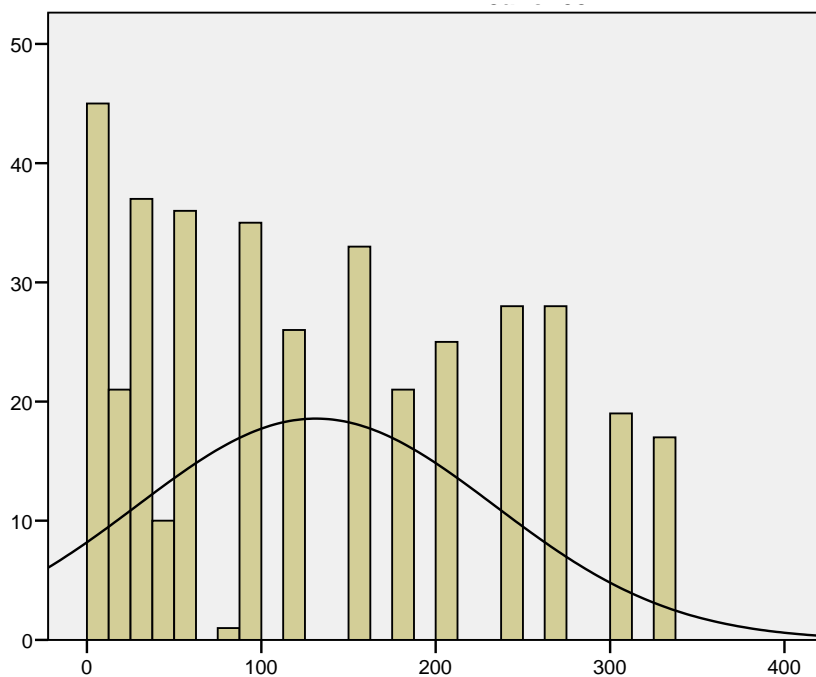
La edad media de los fallecidos es 131,26 días, con una moda de 60 días y una desviación típica de 102,60 días. El valor máximo es de 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 382 de los registrados (tabla 42). En el gráfico 14 se observa el perfil de la distribución.

**Tabla 42. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1903.**

N	Válidos	
Media		131,26
Mediana		120
Moda		60(a)
Desv. Típ.		102,6
Varianza		10526,84
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30
	75	210

Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.  
Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 14. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz, 1903.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil tiene un valor de 206,04 por mil nacidos vivos (tabla 43). Destaca que la mortalidad por causas endógenas es inferior como demuestra el menor valor de la tasa de mortalidad neonatal sobre la postneonatal.

**Tabla 43. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1903.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	206,04
TMN	53,4
TMPN	152,64

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.4.3.2. Mortalidad en mayores de un año

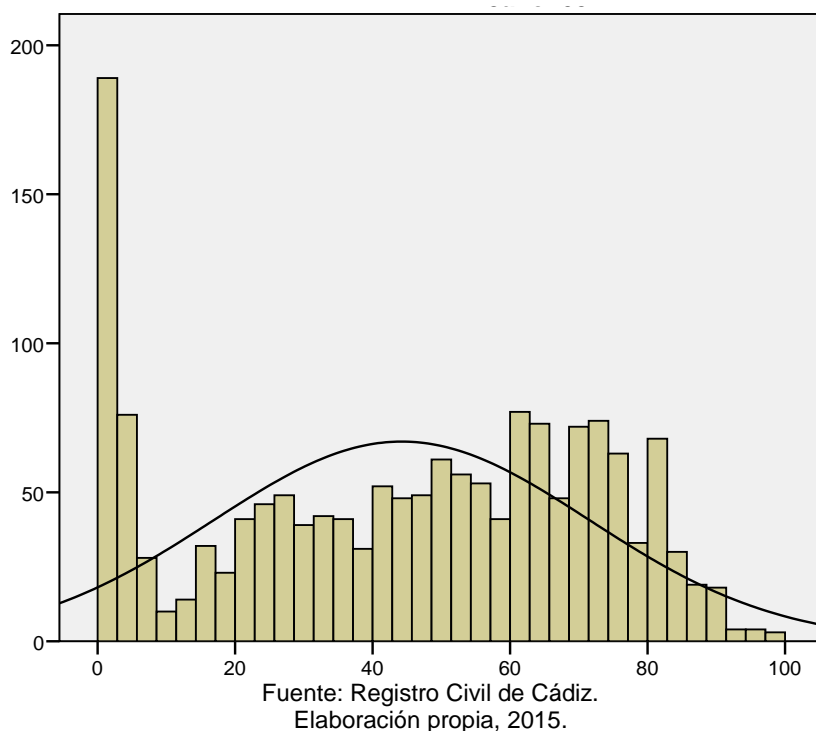
El número de registros con edades superiores al año es de 1.607. La media es 44,22 años (siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 100 años). La moda es 1 año y la desviación típica es 27,33 (tabla 44). En el gráfico 15 observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 44. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1903.**

N	Válidos	1.607
Media		44,22
Mediana		48
Moda		1
Desv. típ.		27,33
Varianza		747,08
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	22
	75	68

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 15. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1903**



### 3.4.4. Mortalidad y causas

La distribución de causas a tenor de la clasificación propia se puede estudiar en la tabla 45, que coincide en casi su totalidad con los años anteriores. Siendo de nuevo la tuberculosis (016) la causa que aporta mayor mortalidad proporcional y una mayor tasa de mortalidad específica.

**Tabla 45. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1903.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	426	21,4	61,95
013	191	9,6	27,77
031	164	8,2	23,85
022	152	7,6	22,1
110	131	6,6	19,05
112	104	5,2	15,12
027	69	3,5	10,03
114	67	3,4	9,74
026	61	3,1	8,87
032	60	3	8,72

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al utilizar la clasificación de Bertillon (tabla 46), se mantiene en primer lugar la tuberculosis pulmonar (01127), el segundo puesto es para la congestión y hemorragias cerebrales (02265), mientras que el tercero es para las meningitis (02262). El orden para el resto de las entidades es el siguiente: bronconeumonías (04493), afecciones del aparato circulatorio (03387), enfermedades de la primera infancia (11153), neumonías (04494), enfermedades orgánicas del corazón (03380), tuberculosis abdominal (01129), afecciones de las arterias (03382).

**Tabla 46. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1903.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	275	13,8	39,99
02265	132	6,6	19,19
02262	115	5,8	16,72
04493	115	5,8	16,72
03387	109	5,5	15,85
11153	98	4,9	14,25
04494	77	3,9	11,19
03380	64	3,2	9,3
01129	57	2,9	8,29
03382	52	2,6	7,56

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En 1903 (tabla 47 y gráfico 16) el agrupamiento de registros de mortalidad según los grandes grupos de la CIE coincide con el año precedente según el siguiente orden: enfermedades infecciosas, circulatorias, del aparato respiratorio, del sistema nervioso, del tubo digestivo, las que tienen origen en el periodo perinatal, neoplasias, enfermedades endocrinas y anomalías congénitas. El décimo puesto es ocupado por las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.

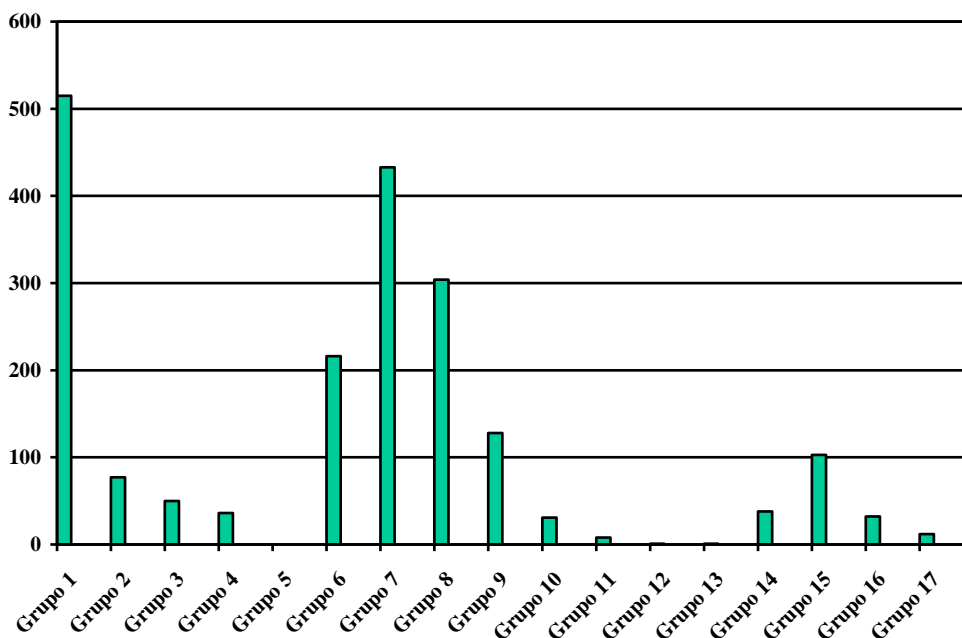
**Tabla 47. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1903.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	515	25,9	74,89
2	77	3,9	11,19
3	50	2,5	7,27
4	36	1,8	5,23
6	216	1,8	31,41
7	433	21,7	62,97
8	304	15,3	44,21
9	128	6,4	18,61
10	31	1,6	4,50
11	8	0,4	1,16
12	1	0,1	0,14
13	1	0,1	0,14
14	38	1,9	5,52
15	103	5,2	14,98
16	32	1,6	4,65
17	12	0,6	1,74

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 16. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1903**



## 3.5. La mortalidad en el año 1904

### 3.5.1. Mortalidad general

La tasa general de mortalidad para este año es de 32,28 por mil habitantes (2.213 fallecidos / 68.553 habitantes estimados) similar a la oficial de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>304</sup>.

La distribución mensual de fallecidos se puede analizar en la tabla 48 y el gráfico 17.

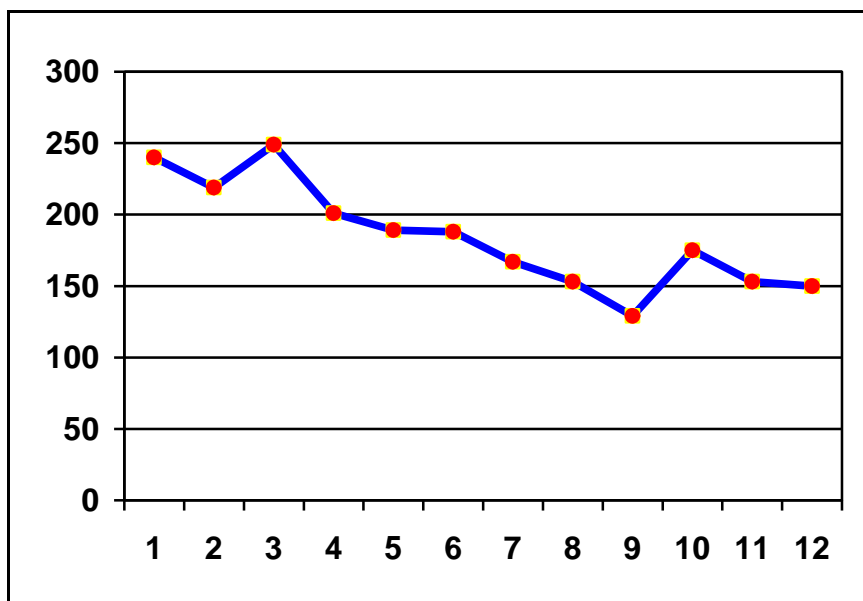
**Tabla 48. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1904.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	240	10,8	10,8
Febrero	219	9,9	20,7
Marzo	249	11,3	32
Abril	201	9,1	41,1
Mayo	189	8,5	49,6
Junio	188	8,5	58,1
Julio	167	7,5	65,7
Agosto	153	6,9	72,6
Septiembre	129	5,8	78,4
Octubre	175	7,9	86,3
Noviembre	153	6,9	93,2
Diciembre	150	6,8	100
Total	2.213	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>304</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid; 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 17. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1904.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En lo que se refiere al índice de Swaroop – Uemura, arroja un resultado de 35,83%. Como en ocasiones anteriores el valor para este indicador es mayor en las mujeres (tabla 49).

Tabla 49. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1904.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1904	Índice Swaroop – Uemura
Total	793	2.213	35,83%
Varón	386	2.213	17,44%
Mujer	407	2.213	18,39%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.



### 3.5.2. Mortalidad y sexo

El 51,6% (1.141) de las defunciones ocurridas en 1904 corresponden a varones y el 48,4% (1.072) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media de los fallecimientos registrados es superior en las mujeres que en los hombres, y en el segundo caso con una diferencia estadísticamente significativa.

**Tabla 50. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1904.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.141	51,6	51,6
Mujer	1.072	48,4	100
Total	2.213	100	

Fuente: registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 51. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1904.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD DÍAS	VARÓN	225	131,87	103,71	6,91
	MUJER	185	132,5	99,93	7,34

(p=0,951)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 52. Edad media en días de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1904.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	913	39,34	26,41	,87
	MUJER	885	42,84	28,51	,95

(p=0,007)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.5.3. Mortalidad y edad

#### 3.5.3.1. Mortalidad en menores de un año

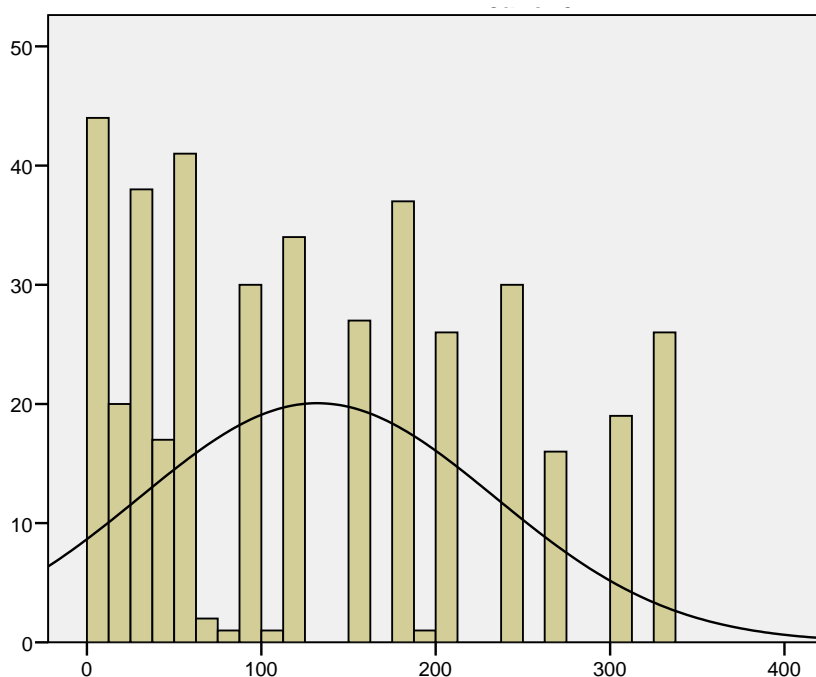
La edad media de los fallecidos registrados como menores de un año es de 132,15 días, con un valor más frecuente en los 60 días, y una desviación típica de 101,90 días. El valor máximo es de 330 días. El resto de estadísticos descriptivos se puede ver en la tabla 53. El perfil de la distribución se contempla en el gráfico 18.

**Tabla 53. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1904.**

N	Válidos	410
Media		132,15
Mediana		120
Moda		60
Desv. típ.		101,90
Varianza		10384,44
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	37
	75	210

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 18. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz, 1904**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil toma un valor de 206,04 por mil nacidos vivos. Si nos fijamos en los dos componentes de la mortalidad infantil reflejados en la tabla 54, apreciamos que el componente correlacionado con una mortalidad supeditada a causas exógenas es tres veces mayor que el que nos alerta sobre causas endógenas de mortalidad infantil.

**Tabla 54. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1904.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	249,24
TMN	60,79
TMPN	188,45

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.5.3.2. Mortalidad en mayores de un año

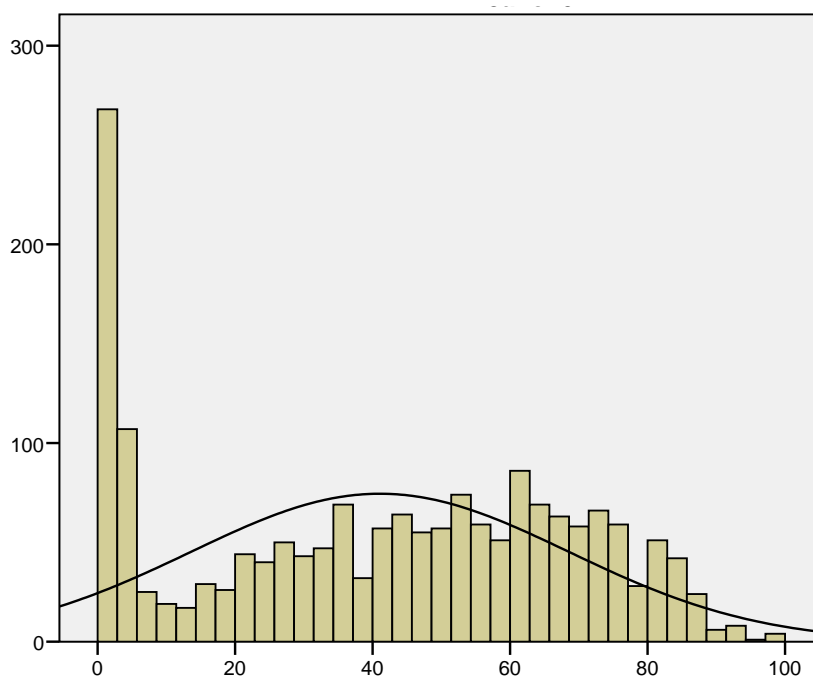
En este año y para esta edad encontramos 1.798 fallecidos. La media de edad es 41,06 años. Tenemos un rango de 99 años, entre el mínimo de 1 y el máximo de 100 años. El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 27,51 (tabla 55). En el gráfico 19 que sigue a la tabla, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 55. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1904.**

N	Válidos	1.798
Media		41,06
Mediana		44
Moda		1
Desv. típ.		27,51
Varianza		757,23
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	16
	75	64

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 19. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1904.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.5.4. Mortalidad y causas

La tabla 56 refleja la distribución por causas con la primera de las clasificaciones empleadas, obteniéndose el orden siguiente: tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027), lesiones valvulares (026), arteriosclerosis y otras enfermedades sinónimas (021) e infecciones del aparato cardiocirculatorio (114).

**Tabla 56. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1904.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	425	19,2	61,99
013	243	11	35,44
031	211	95	30,77
022	171	7,7	24,94
112	144	6,5	21
110	116	5,2	16,92
027	95	4,3	13,85
026	63	2,8	9,19
021	60	2,7	8,75
114	51	2,3	7,43

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La Clasificación de Bertillon aporta el siguiente orden (tabla 57): tuberculosis pulmonar (01127), congestión y hemorragias cerebrales (02265), bronconeumonías (04493), enfermedades de la primera infancia (11153), afecciones del aparato circulatorio (03387), neumonías (04494), meningitis (02262), enfermedades orgánicas del corazón (03380), diarrea y enteritis (05106). Terminamos, también coincidente con el año precedente, con las afecciones de las arterias (03382).

**Tabla 57. Mortalidad proporcional y específica por causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1904.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	288	13	42,01
02265	152	6,9	22,17
04493	142	6,4	20,71
11153	129	5,8	18,81
03387	107	4,8	15,6
04494	101	4,6	14,73
02262	97	4,4	14,15
03380	90	4,1	13,12
05106	67	3	9,77
03382	66	3	9,62

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

A continuación se expone la distribución según grandes grupos de la CIE (tabla 58 y gráfico 20) con idéntico resultado que en los años precedentes, donde la mayor mortalidad proporcional y la mayor tasa de mortalidad específica la aporta, con gran diferencia sobre el resto, el grupo 1 (enfermedades infecciosas) de la CIE.

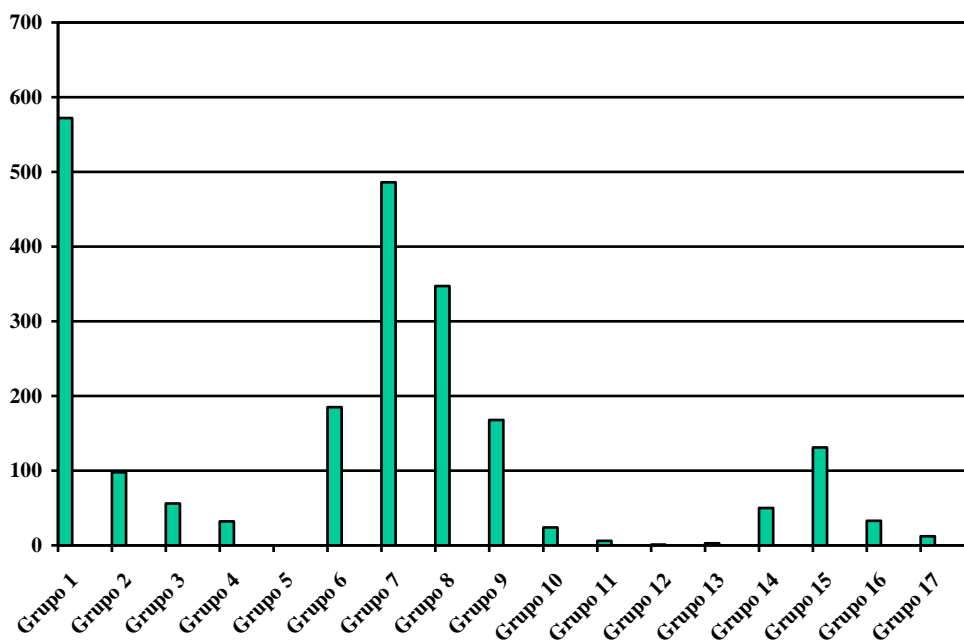
**Tabla 58. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1904.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	572	25,8	83,43
2	98	4,4	14,29
3	56	2,5	8,16
4	32	1,4	4,66
6	185	8,4	26,98
7	486	22	70,89
8	347	15,7	50,61
9	169	7,6	24,65
10	24	1,1	3,50
11	6	0,3	0,87
12	1	0	0,14
13	3	0,1	0,43
14	50	2,3	7,29
15	131	5,9	19,1
16	33	1,5	4,81
17	12	0,5	1,75

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 20. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1904



## 3.6. La mortalidad en el año 1905

### 3.6.1. Mortalidad general

La tasa bruta de mortalidad para el año 1905 ascendió a 30,93‰ (2.114 / 68.347), cifra que difiere mínimamente de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>305</sup>.

La distribución mensual de fallecidos, que podemos ver en la tabla 48 y gráfico 21 demuestra el valor más alto en el mes de Marzo y seguido a distancia del mes de Mayo, con un valor de fallecimientos más bajo en Octubre.

Tabla 59. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1905.

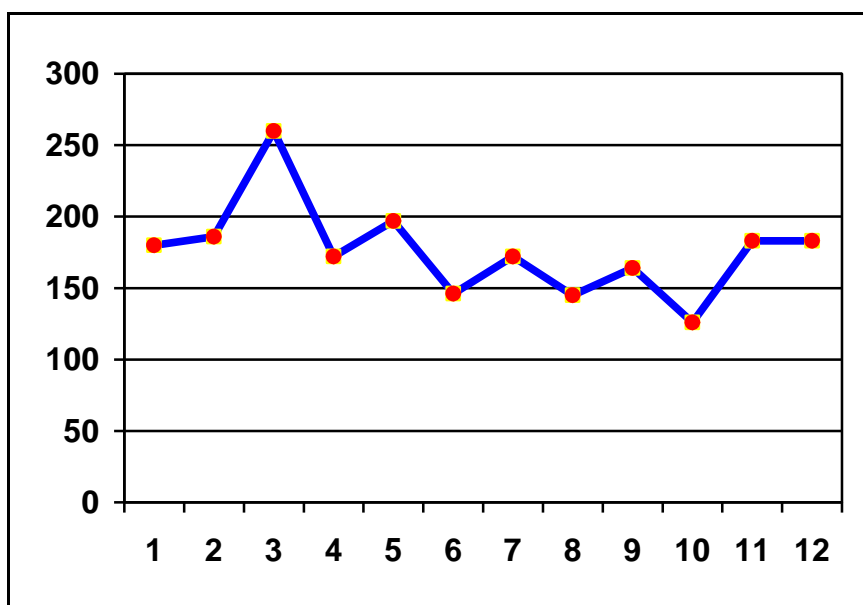
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	180	8,5	8,5
Febrero	186	8,8	17,3
Marzo	260	12,3	29,6
Abril	172	8,1	37,7
Mayo	197	9,3	47,1
Junio	146	6,9	54
Julio	172	8,1	62,1
Agosto	145	6,9	69
Septiembre	164	7,8	76,7
Octubre	126	6	82,7
Noviembre	183	8,7	91,3
Diciembre	183	8,7	100
Total	2.114	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>305</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.



Gráfico 21. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1905.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El índice de Swaroop – Uemura, alcanza un valor del 38,74%. Se aprecia, como en los años anteriores, que las mujeres alcanzan un porcentaje mayor de fallecidas por encima de los 50 años.

Tabla 60. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1905.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1905	Índice Swaroop – Uemura
Total	819	2.114	38,74%
Varón	396	2.114	18,73%
Mujer	423	2.114	20%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

## 3.6.2. Mortalidad y sexo

El 49,4% (1.044) de las defunciones ocurridas en 1905 corresponden a varones y el 50,6% (1.070) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres, no siendo en ninguno de los casos estadísticamente significativa.

**Tabla 61. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1905.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.044	49,4	49,4
Mujer	1.070	50,6	100
Total	2.114	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 62. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1905.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	178	123,54	104,96	7,86
	MUJER	153	126,16	101,52	8,20

(p=0,818)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 63. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1905.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	860	42,33	27,31	,93
	MUJER	914	43,13	28,57	,94

(p=0,543)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

## 3.6.3. Mortalidad y edad

### 3.6.3.1. Mortalidad en menores de un año

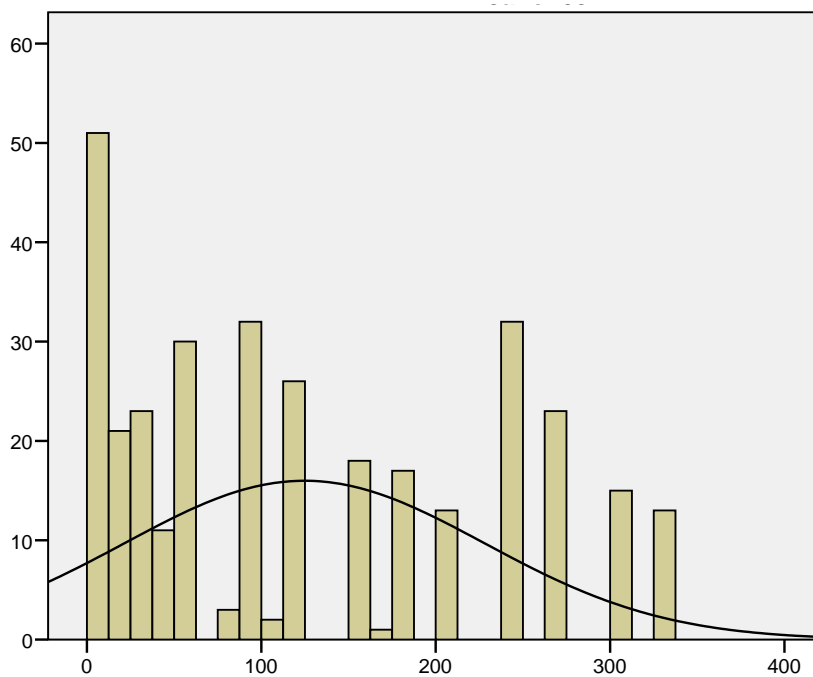
En este año y para esta edad, la edad media de los que han muerto es 124,75 días, con un valor más frecuente en los 90 días, y una desviación típica de 103,24 días. El valor máximo es de 330 días. Continúa la distribución irregular de la mortalidad, con valores altos en los 90 y 250 días (tabla 64 y gráfico 22).

**Tabla 64. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1905.**

	Válidos	
N		331
Media		124,75
Mediana		90
Moda		90(a)
Desv. típ.		103,24
Varianza		10658,71
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30
	75	240

Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.  
 Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 22. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1905**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
 Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil tiene un valor de 186,69‰. De nuevo el componente de mortalidad endógena es mucho más bajo que el de mortalidad exógena (tabla 65).

**Tabla 65. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1905.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	186,69
TMN	53,58
TMPN	133,11

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.6.3.2. Mortalidad en mayores de un año

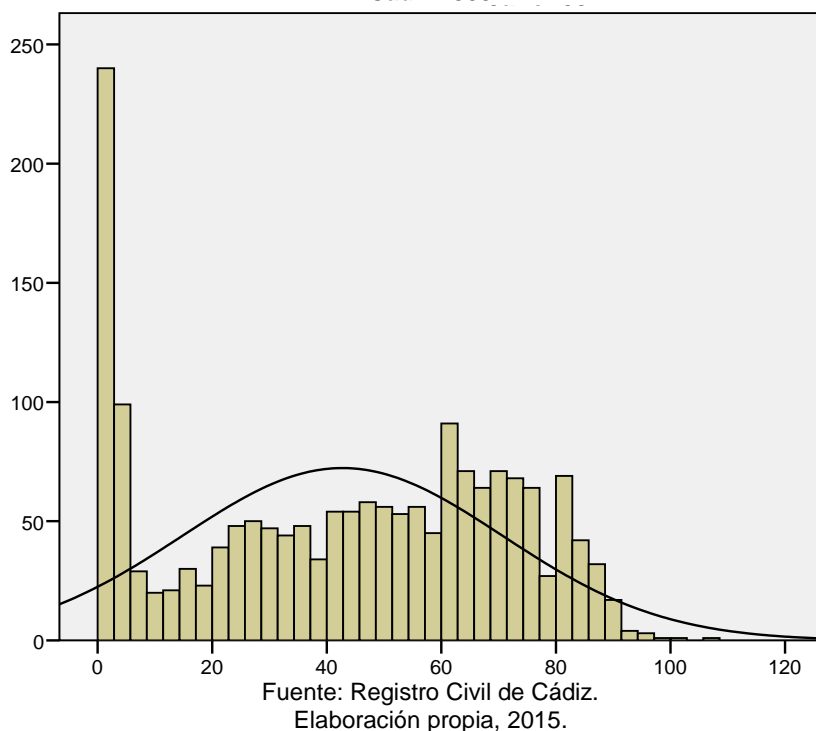
Aquí la media de edad es de 42,74 años (mínimo de 1 año y máximo de 106 años). El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 27,96. El resto de estadísticos descriptivos se presentan en la tabla 66. En el gráfico 23, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 66. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1905**

N	Válidos	1.774
Media		42,74
Mediana		46
Moda		1
Desv. típ.		27,96
Varianza		782,27
Rango		105
Mínimo		1
Máximo		106
Percentiles	25	18
	75	66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 23. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1905**



### 3.6.4. Mortalidad y causas.

La distribución de las 10 primeras causas de muertes se presenta en la tabla 67. Siguen siendo la tuberculosis (016) y la bronconeumonía (013) las rúbricas que aportan una mayor tasa de mortalidad específica cuando utilizamos el sistema de clasificación que hemos llamado propio.

**Tabla 67. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1905.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	387	18,3	56,62
013	244	11,5	35,7
031	175	8,3	25,6
022	174	8,2	25,45
112	109	5,2	15,94
110	107	5,1	15,65
021	82	3,9	11,99
114	71	3,4	10,38
026	63	3	9,21
027	61	2,9	8,92

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La clasificación de Bertillon procura entre las 10 primeras causas de fallecimientos registrados una mayor tasa de mortalidad específica para la tuberculosis pulmonar (01127). Con tasas similares ocupan el segundo y tercer puesto las bronconeumonías (04493) y la congestión y hemorragias cerebrales (02265) respectivamente.

**Tabla 68. Mortalidad proporcional y específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1905.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	259	12,3	37,89
04493	161	7,6	23,55
02265	151	7,1	22,09
03387	115	5,4	16,82
02262	95	4,5	13,9
11153	89	4,2	13,02
03382	82	3,9	11,99
04494	81	3,8	11,85
01129	60	2,8	8,77
05107	60	2,8	8,77

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Cuando la distribución se lleva a cabo según los grandes grupos de la CIE vuelve a repetirse la situación de los años precedentes (tabla 69 y gráfico 24) precedentes, donde el gran protagonista es el grupo 1 (enfermedades infecciosas) con una mortalidad proporcional cercana a la cuarta parte de todos los registros y una elevadísima tasa de mortalidad específica.

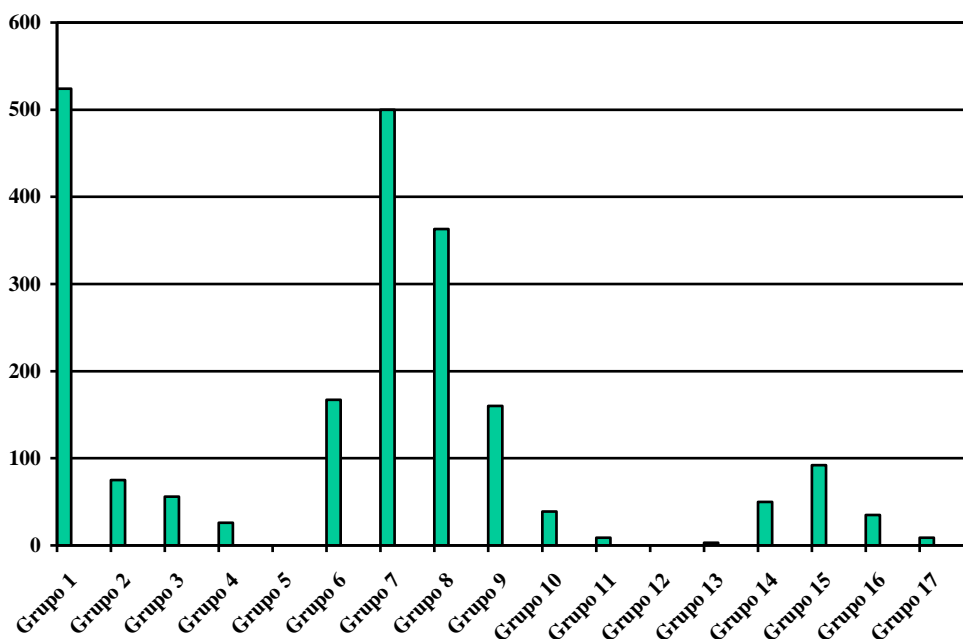
**Tabla 69. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1905.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	524	24,8	76,66
2	75	3,5	10,97
3	56	2,6	8,19
4	26	1,2	3,80
6	167	7,9	24,43
7	500	23,7	73,15
8	363	17,2	53,11
9	160	7,6	23,41
10	39	1,8	5,7
11	9	0,4	1,31
13	3	0,1	0,43
14	50	2,4	7,31
15	92	4,4	13,46
16	35	1,7	5,12
17	9	0,4	1,31

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 24. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1905**



## 3.7. La mortalidad en el año 1906

### 3.7.1. Mortalidad general

En el año 1906 se contabilizaron un total de 2.211 fallecidos, dando lugar a una tasa bruta de mortalidad de 32,44 por mil habitantes, cifra casi idéntica a la oficial de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>306</sup>. La población estimada es de 68.142 habitantes.

La distribución mensual de fallecidos, que recogemos en la tabla 70 y gráfico 25, presenta su valor más alto en el mes de Febrero seguido de Mayo y, los inferiores, en Julio y Octubre.

Tabla 70. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1906.

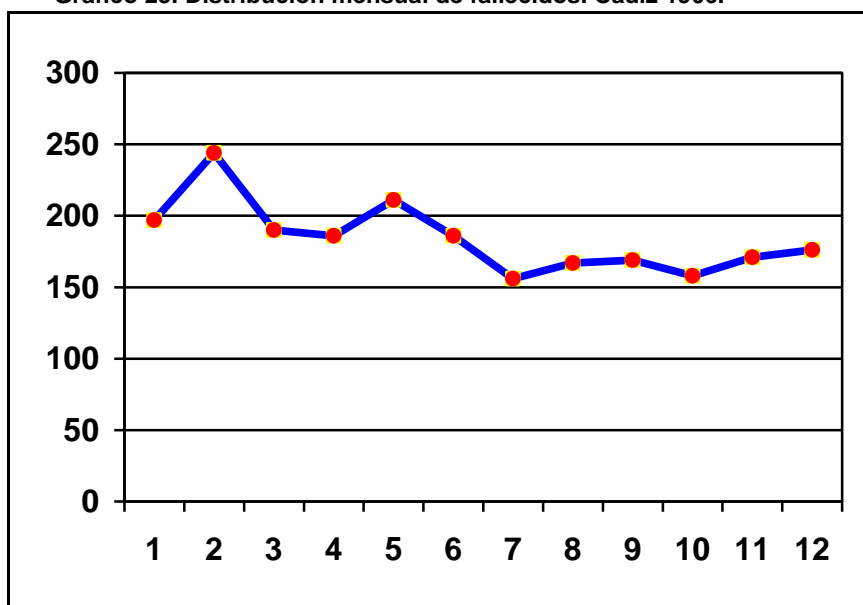
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	197	8,9	8,9
Febrero	244	11	19,9
Marzo	190	8,6	28,5
Abril	186	8,4	37
Mayo	211	9,5	46,5
Junio	186	8,4	54,9
Julio	156	7,1	62
Agosto	167	7,6	69,5
Septiembre	169	7,6	77,2
Octubre	158	7,1	84,3
Noviembre	171	7,7	92
Diciembre	176	8	100
Total	2.211	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>306</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.



Gráfico 25. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1906.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El índice de Swaroop – Uemura tiene un valor de 37,67%. En la tabla 71 vemos que este índice vuelve a tomar un valor apreciablemente mayor en las mujeres.

Tabla 71. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1906.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1906	Índice Swaroop – Uemura
Total	833	2.211	37,67%
Varón	379	2.211	17,14%
Mujer	454	2.211	20,53%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.7.2. Mortalidad y sexo

El 49,3% (1.089) de las defunciones ocurridas en 1906 corresponden a varones y el 50,7% (1.122) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media de fallecimiento es superior en las mujeres. En los mayores esa diferencia es estadísticamente significativa (tablas 72, 73 y 74).

**Tabla 72. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1906.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1.089	49,3	49,3
	Mujer	1.122	50,7	100
	Total	2.211	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 73. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1906.**

SEXO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	225	129,27	104,95	6,99
	MUJER	175	147	109,88	8,30

(p=0,103)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 74. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1906.**

SEXO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	861	40,12	26,96	,91
	MUJER	944	43,91	28,61	,93

(p=0,004)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.7.3. Mortalidad y edad

#### 3.7.3.1. Mortalidad en menores de un año

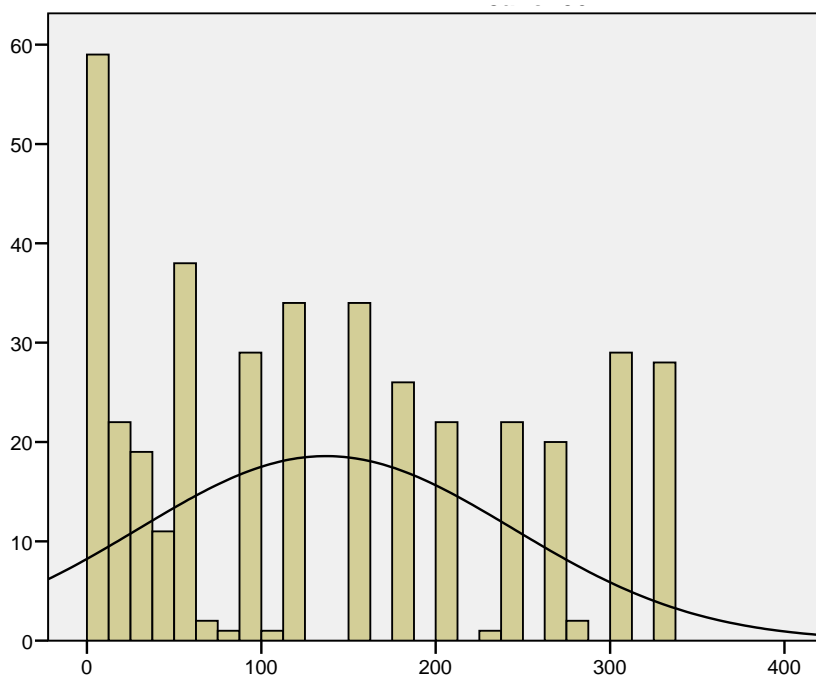
Los niños menores de un año que han fallecido en este año 1906 tienen una media de edad de 137,03 días, con una moda de 60 días, y una desviación típica de 107,36 días. El valor máximo es de 332 días. Los niños incluidos en esta edad son 400 de los registrados. Si observamos el gráfico 26, persiste una distribución irregular de la mortalidad, con valores altos en otras edades como los 60 y 120 días.

**Tabla 75. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1906**

N	Válidos	400
Media		137,03
Mediana		120
Moda		60
Desv. típ.		107,36
Varianza		11527,39
Rango		331
Mínimo		1
Máximo		332
Percentiles	25	37,75
	75	240

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 26. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1906.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Para este año la tasa de mortalidad infantil tiene un valor de 239,66 por mil nacidos vivos. Si nos fijamos en los dos componentes reflejados en la tabla 76, la tasa de mortalidad postneonatal es superior a la neonatal.

**Tabla 76. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1906.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	239,66
TMN	58,72
TMPN	180,95

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.7.3.2. Mortalidad en mayores de un año

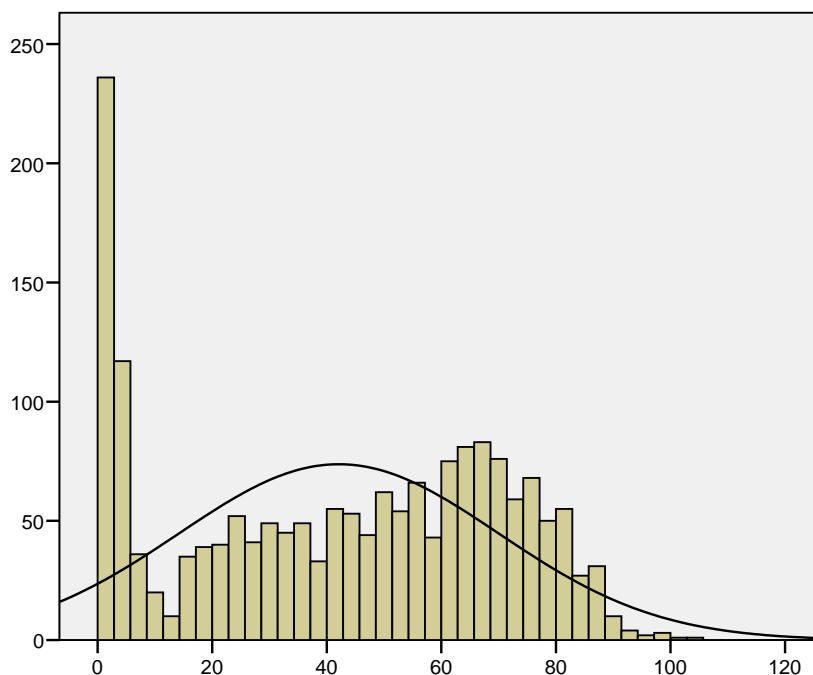
En la tabla 77 se recoge el número de fallecidos mayores de un año, un total de 1.805. Para ellos la media de edad es 42,10 años con un mínimo de 1 y un máximo de 103 años. El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es casi 27,89. En el gráfico 27, observamos la distribución de la mortalidad para esa variable.

**Tabla 77. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1906.**

N	Válidos	1.805
Media		42,1
Mediana		45
Moda		1
Desv. típ.		27,89
Varianza		778,10
Rango		102
Mínimo		1
Máximo		103
Percentiles	25	17
	75	66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 27. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1906**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.7.4. Mortalidad y causas

Según la clasificación propia coinciden (tabla 78) con el año precedente las cuatro primeras causas de muerte: tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022). El quinto lugar es para las enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110) y el sexto, para las enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112). En séptimo lugar aparecen las infecciones del aparato cardiocirculatorio (114) y, en octavo las lesiones cardiacas y de vasos sanguíneos (027). En el noveno puesto aparecen la arteriosclerosis y otras enfermedades sinónimas (021) y el décimo, es para la lesiones valvulares (026).

**Tabla 78. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1906.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	434	19,6	63,69
013	234	10,6	34,34
031	218	9,9	31,99
022	181	8,2	26,56
110	122	5,5	17,9
112	118	5,3	17,31
114	86	3,9	12,62
027	72	3,3	10,56
021	70	3,2	10,27
026	49	2,2	7,19

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En la tabla 79 se han clasificado las rúbricas según la clasificación de Bertillon. Aquí, el orden en frecuencia ha sido: tuberculosis pulmonar (01127), bronconeumonías (04493), congestión y hemorragias cerebrales (02265), afecciones del aparato circulatorio (03387), meningitis (02262), enfermedades de la primera infancia (11153), afecciones de las arterias (03382), enfermedades orgánicas del corazón (03380), tuberculosis abdominal y afecciones de los huesos (con excepción de la tuberculosis (09147).

**Tabla 79. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1906.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	290	13,1	42,55
04493	176	8	25,82
02265	153	6,9	22,45
03387	115	5,2	16,87
02262	114	5,2	16,73
11153	108	4,9	15,84
03382	78	3,5	11,44
03380	73	3,3	10,71
01129	67	3	9,83
09147	67	3	9,83

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al agrupar las causas según los grandes grupos de la CIE se obtiene la distribución de la tabla 80. El predominio de las causas infecciosas sigue siendo aplastante, con una tasa de mortalidad específica de 81,59 por 10.000. Siendo la cuarta parte de toda la mortalidad.

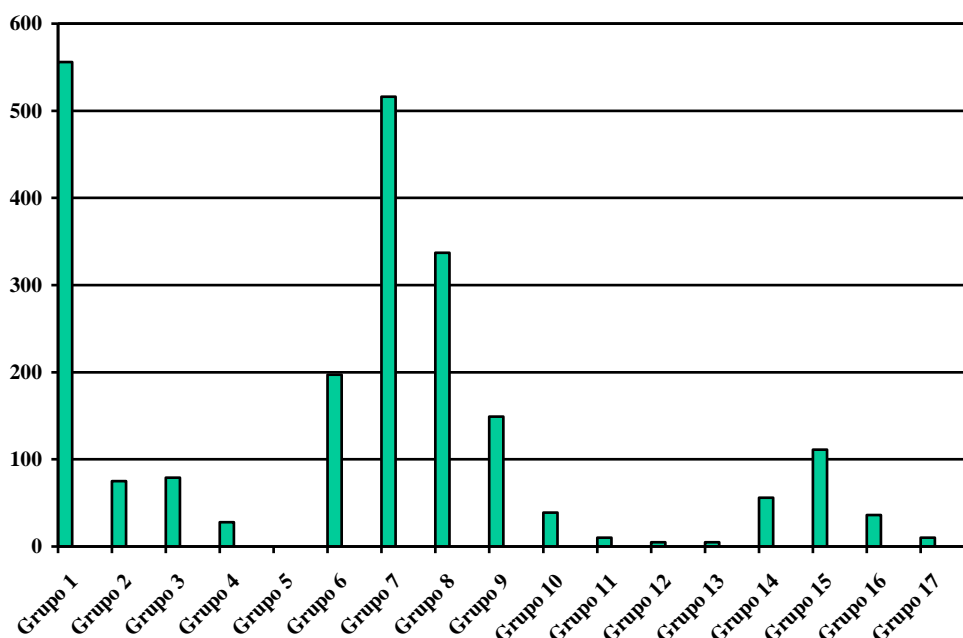
**Tabla 80. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1906.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	556	25,1	81,59
2	75	3,4	11
3	79	3,6	11,59
4	28	1,3	4,10
6	197	8,9	28,91
7	516	23,3	75,72
8	337	15,2	49,45
9	149	6,7	21,86
10	39	1,8	5,72
11	10	0,5	4,46
12	5	0,2	0,73
13	5	0,2	0,73
14	56	2,5	8,21
15	111	5,0	16,29
16	36	1,6	5,28
17	10	0,5	1,46

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 28. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1906**



## 3.8. La mortalidad en el año 1907

### 3.8.1. Mortalidad general

Un total de 2.031 fallecidos se contabilizaron en este año, arrojando una tasa bruta de mortalidad es 29,88 por mil habitantes (2.031/67.938), también cercana a la oficial de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>307</sup>.

La distribución mensual de fallecidos, que podemos ver a continuación, muestra el valor más alto en el mes de Marzo y algo inferior en Febrero y Junio y el más bajo en Agosto (tabla 81 y gráfico 29).

Tabla 81. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1907.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	196	9,7	9,7
Febrero	200	9,8	19,5
Marzo	204	10	29,5
Abril	160	7,9	37,4
Mayo	194	9,6	47
Junio	200	9,8	56,8
Julio	136	6,7	63,5
Agosto	134	6,6	70,1
Septiembre	145	7,1	77,3
Octubre	148	7,3	84,5
Noviembre	156	7,7	92,2
Diciembre	158	7,8	100
Total	2.031	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>307</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.



Gráfico 29. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1907.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El Índice de Swaroop – Uemura presenta un valor de 36,87%. En la tabla 82, podemos observar la diferencia invariable a lo largo de los años entre hombres y mujeres.

Tabla 82. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1907.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1907	Índice Swaroop – Uemura
Total	749	2.031	36,87%
Varón	351	2.031	17,28%
Mujer	398	2.031	19,59%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.8.2. Mortalidad y sexo

El 49,9% (1.014) de las defunciones ocurridas en 1907 corresponden a varones y el 50,1% (1.017) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media de fallecimientos es superior en las mujeres que en los hombres. Para los mayores de un año es significativa (tablas 83, 84 y 85).

**Tabla 83. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1907.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1.014	49,9	49,9
	Mujer	1.017	50,1	100
	Total	2.031	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 84. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1907.**

SEXO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD	VARÓN	197	132,51	100,23	7,14
DÍAS	MUJER	154	135,92	105,87	8,53

(p=0,759)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 85. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1907.**

SEXO		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD	VARÓN	812	40,17	26,55	,93
AÑOS	MUJER	860	43,63	28,64	,97

(p=0,010)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.8.3. Mortalidad y edad

#### 3.8.3.1. Mortalidad en menores de un año

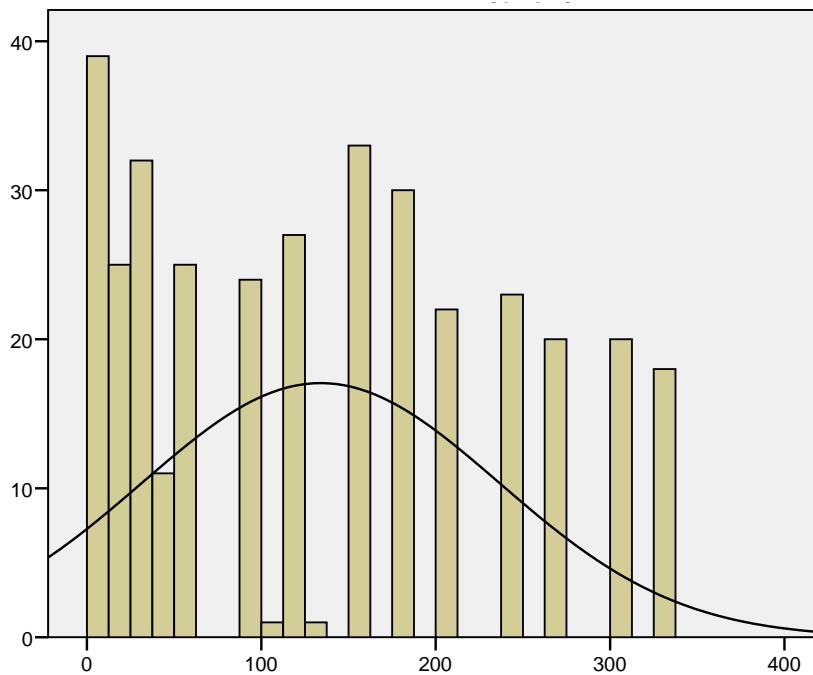
En 1907 los niños fallecidos tenían una media de edad de 134,01 días, una moda de 150 días, y una desviación típica de 102,61 días. El valor máximo es de 330 días. Los niños incluidos en esta edad son 351 de los registrados. El gráfico 30 muestra el perfil de esta distribución.

**Tablas 86. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1907.**

N	Válidos	351
Media		134,01
Mediana		120
Moda		150
Desv. Típ.		102,61
Varianza		10528,87
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30
	75	210

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 30. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1907**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil llega a 203,60 por mil nacidos vivos. Si nos fijamos en los dos componentes reflejados en la tabla citada, continúa siendo la tasa de mortalidad postneonatal superior a la neonatal.

**Tabla 87. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1907.**

<b>COMPONENTES</b>	<b>TMI POR MIL</b>
TMI	203,6
TMN	54,52
TMPN	149,07

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### **3.8.3.2. Mortalidad en mayores de un año**

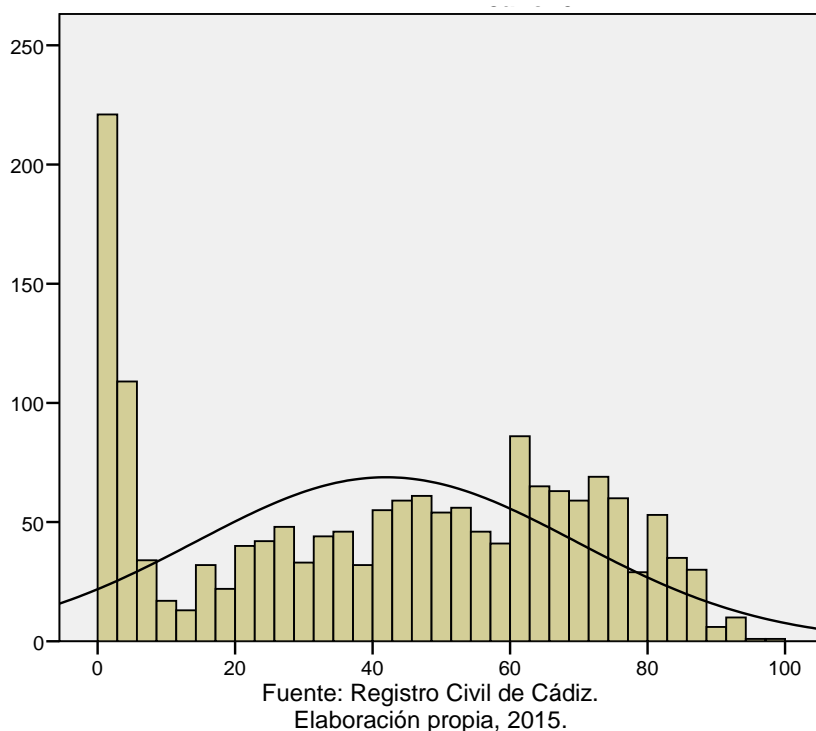
La media de edad es 41,95 años (siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 98 años). El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 27,69. En el gráfico 31, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 88. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1907.**

N	Válidos	1.672
Media		41,95
Mediana		45
Moda		1
Desv. típ.		27,69
Varianza		767,15
Rango		97
Mínimo		1
Máximo		98
Percentiles	25	17
	75	65

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 31. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1907**



### **3.8.4. Mortalidad y causas**

En la clasificación propia se repiten las primeras causas de muerte (tabla 89): tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112). En séptimo lugar, la viruela (119) y, en octavo, arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021). En el noveno puesto nos aparecen las lesiones cardiacas y de vasos sanguíneos (027) y en el décimo, bronquitis y catarros bronquiales (014).

**Tabla 89. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1907.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	363	17,9	53,43
013	207	10,2	30,46
031	173	8,5	25,46
022	155	7,6	22,81
110	120	5,9	17,66
112	88	4,3	12,95
119	83	4,1	12,21
021	66	3,2	9,71
027	59	2,9	8,68
014	47	2,3	6,91

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Con la clasificación de Bertillon, la mayor tasa de mortalidad específica se obtiene para la causa 01127 (tuberculosis pulmonar) con un valor de 36,94 por 10.000, seguida de la causa 04493 (broncopneumonia) con una tasa de 22,37. La tuberculosis pulmonar representa el 12,4% de la mortalidad proporcional. El resto de datos se puede estudiar en la tabla 90.

**Tabla 90. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1907.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	251	12,4	36,94
04493	152	7,5	22,37
02265	129	6,4	18,98
02262	109	5,4	16,04
03387	108	5,3	15,89
11153	105	5,2	15,45
01015	83	4,1	12,21
03382	71	3,5	10,45
03380	56	2,8	8,24
04494	55	2,7	8,09

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al agrupar según CIE de nuevo, como era de esperar, la mayor tasa de mortalidad específica es la del grupo 1 (enfermedades infecciosas) con un valor de 79,63 por 10.000. Representa un 26,6% de la mortalidad proporcional. En segundo lugar aparece el conjunto de enfermedades agrupadas en el grupo 7, con una tasa de 64,61 y, representando el 21,6% del total de causas. El grupo 8 tiene una tasa específica de 50,48 por 10.000 y una mortalidad porcentual del 16,9%, ocupando la tercera posición (tabla 91 y gráfico 32).

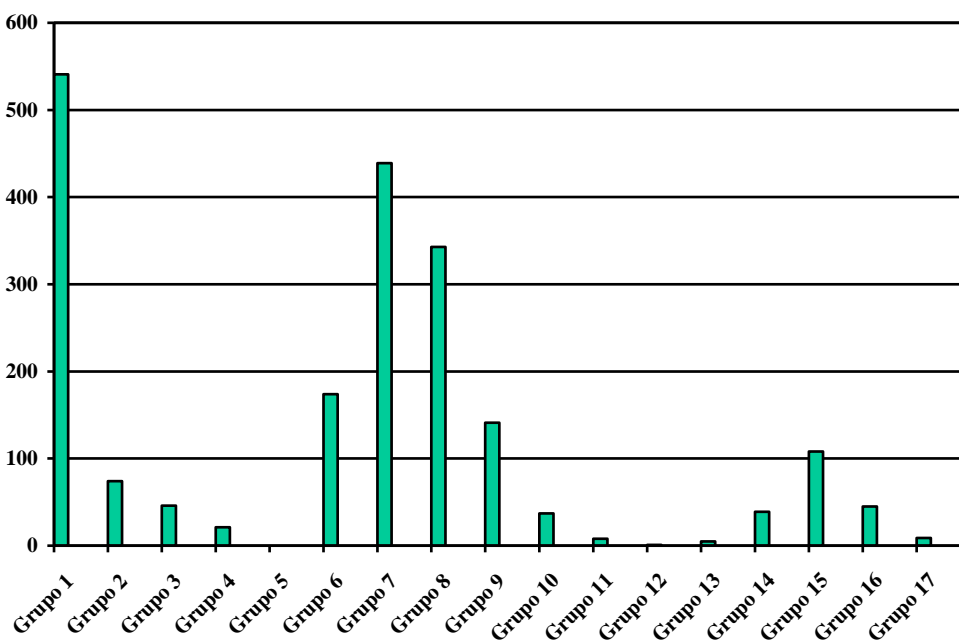
**Tabla 91. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1907.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	541	26,6	79,63
2	74	3,6	10,89
3	46	2,3	6,77
4	21	1	3,09
6	174	8,6	25,61
7	439	21,6	64,61
8	343	16,9	50,48
9	141	6,9	20,75
10	37	1,8	5,44
11	8	0,4	1,17
12	1	0	0,14
13	5	0,2	0,73
14	39	1,9	5,74
15	108	5,3	15,89
16	45	2,2	6,62
17	9	0,4	1,32

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 32. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1907**



## 3.9. LA MORTALIDAD EN EL AÑO 1908

### 3.9.1. Mortalidad general

La tasa general de mortalidad para 1908 es de 28,58 por mil habitantes (1.937/67.734), también próxima a la oficial de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>308</sup>.

La distribución mensual de fallecidos, muestra el valor más alto en el mes de Mayo y algo inferior en Diciembre y el más bajo en Agosto (tabla 92 y gráfico 32).

Tabla 92. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1908.

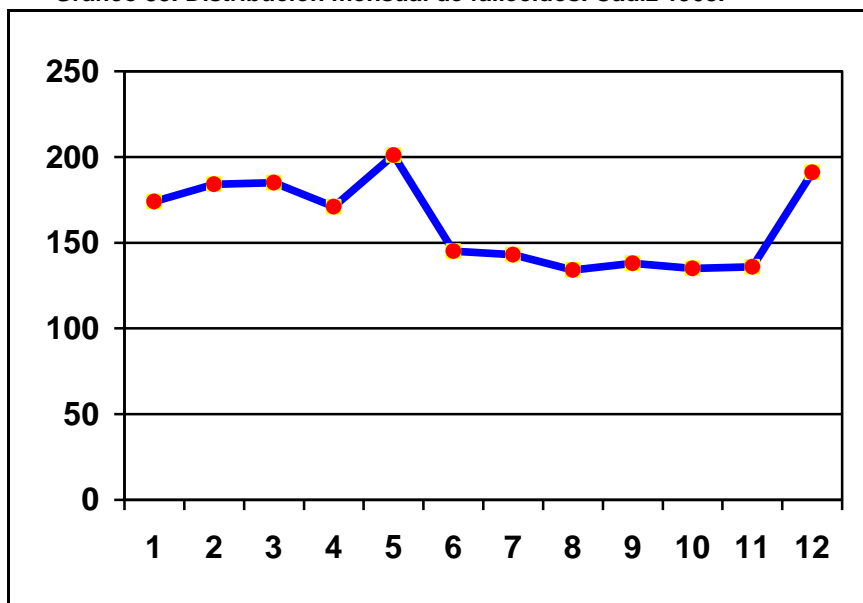
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	174	9	9
Febrero	184	9,5	18,5
Marzo	185	9,6	28
Abril	171	8,8	36,9
Mayo	201	10,4	47,2
Junio	145	7,5	54,7
Julio	143	7,4	62,1
Agosto	134	6,9	69
Septiembre	138	7,1	76,1
Octubre	135	7	83,1
Noviembre	136	7	90,1
Diciembre	191	9,9	100
Total	1.937	100	

Fuente: Registro civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>308</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.



Gráfico 33. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1908.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos entre las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 38,71%. En la tabla 93, podemos observar su desagregación por sexos.

Tabla 93. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1908.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1908	Índice Swaroop – Uemura
Total	750	1.937	38,71%
Varón	365	1.937	18,84%
Mujer	385	1.937	19,87%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.9.2. Mortalidad y sexo

El 51,5% (997) de las defunciones ocurridas en 1908 corresponden a varones y el 48,5% (940) a mujeres. En los menores de un año, la edad media es superior en los varones que en mujeres mientras que en los mayores de esa edad, sucede al revés. Si estudiamos la diferencia de edad en los fallecimientos de los menores de un año entre los dos sexos, comprobamos que es de más de veintitrés días y es estadísticamente significativa.

**Tabla 94. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1908.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	997	51,5	51,5
Mujer	940	48,5	100
Total	1.937	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 95. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1908.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	204	149,14	103,26	7,23
	MUJER	147	126,63	104,14	8,59

(p=0,046)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 96. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1908.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	790	43,13	25,68	,91
	MUJER	792	44,6	28,46	1,01

(p=0,281)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.9.3. Mortalidad y edad

#### 3.9.3.1. Mortalidad en menores de un año

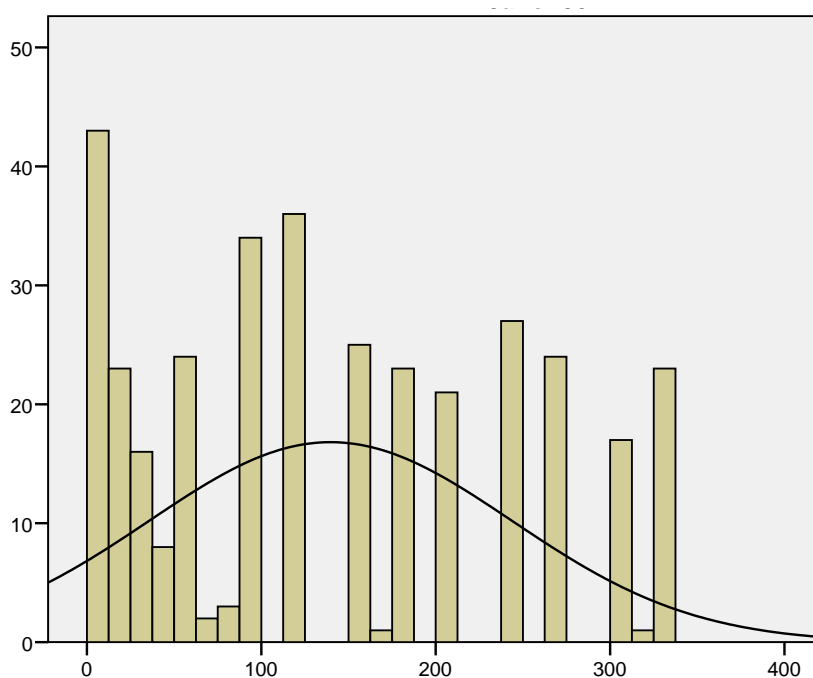
La media de edad de los finados es de 139,71 días, la moda es 120 días, y la desviación típica es 98 días. El valor máximo es 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 351 de los registrados (tabla 97). Si observamos el gráfico 34, vemos una distribución irregular.

**Tabla 97. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1908.**

N	Válidos	351
Media		139,71
Mediana		120
Moda		120
Desv. típ.		104,08
Varianza		10832,72
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	44
	75	240

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 34. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz, 1908**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil tiene un valor de 184,06 por mil nacidos vivos. Predomina la mortalidad por causas exógenas como muestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal (tasa 98).

**Tabla 98. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1908.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	184,06
TMN	41,43
TMPN	142,63

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.9.3.2. Mortalidad en mayores de un año

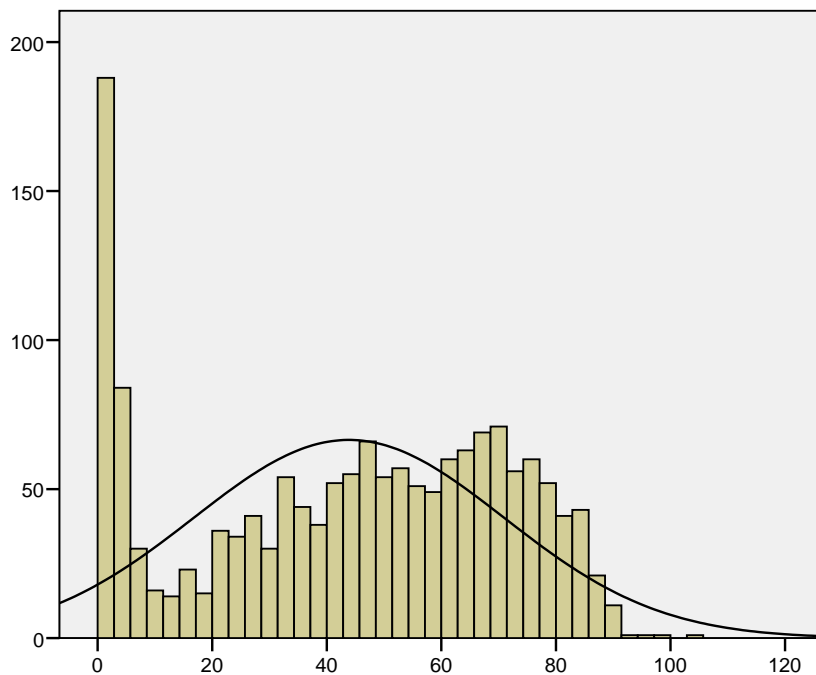
En 1908, se registraron 1.582 fallecimientos de mayores de un año de edad. Con una edad media de 43,87 años (siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 105 años). El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 27,11. En el gráfico 35, observamos la distribución de esta variable.

**Tabla 99. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1908.**

N	Válidos	1.582
Media		43,87
Mediana		47
Moda		1
Desv. Típ.		27,11
Varianza		735,27
Rango		104
Mínimo		1
Máximo		105
Percentiles	25	21,75
	75	67

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico35. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1908**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.9.4. Mortalidad y causas

La distribución de frecuencia de las causas según la primera de las clasificaciones utilizadas sigue el siguiente orden (tabla 100): tuberculosis (016), enfermedades cerebrovasculares (022), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027) y, por último, otras infecciones (116).

**Tabla 100. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1908.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	355	18,3	52,41
022	206	10,6	30,41
013	187	9,7	27,6
031	183	9,4	27,01
110	132	6,8	19,48
112	78	4	11,51
021	72	3,7	10,63
114	67	3,5	9,89
027	47	2,4	6,93
116	43	2,2	6,34

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 101. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1908.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	241	12,4	35,58
02265	171	8,8	25,24
04493	141	7,3	20,81
02262	124	6,4	18,3
11153	110	5,7	16,24
03387	108	5,6	15,94
03382	75	3,9	11,07
09147	48	2,5	7,08
03379	47	2,4	6,93
04494	46	2,4	6,79

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En la tabla anterior (tabla 101) que presenta el cálculo de las tasas específicas de mortalidad usando la clasificación de Bertillon, muestra que sigue siendo la tuberculosis pulmonar (01127) la que presenta mayor valor (35,8), representando el 12,4% del total de causas de muerte. Ahora la segunda tasa específica más elevada (25,24) es para el código 02265 que se corresponde con la rúbrica congestión y hemorragias cerebrales.

En la tabla 102 y en el gráfico 36 se muestra la mortalidad por grandes grupos de la CIE, dónde, ahora, el grupo 7 (enfermedades del aparato circulatorio) ocupa el primer lugar con una 72,78, representando más del 25% de las causas de muerte agrupadas. La segunda posición la ocupa las enfermedades del grupo 1, con una tasa de casi 66 por 10.000, representando el 23% de la mortalidad.

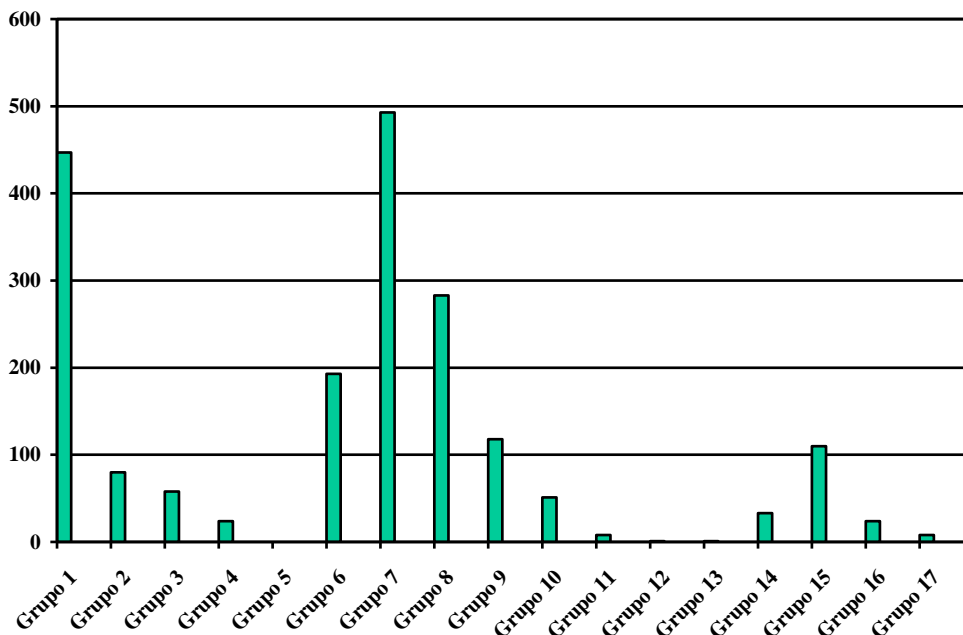
**Tabla 102. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1908.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	447	23,1	65,99
2	80	4,1	11,81
3	58	3,0	8,56
4	24	1,2	3,54
6	193	10	28,49
7	493	25,5	72,78
8	283	14,6	41,78
9	118	6,1	17,42
10	51	2,6	7,52
11	8	0,4	1,18
12	1	0,1	0,14
13	1	0,1	0,14
14	33	1,7	4,87
15	110	5,7	16,24
16	24	1,2	3,54
17	8	0,4	1,18

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 36. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1908**



## 3.10. La mortalidad en el año 1909

### 3.10.1. Mortalidad general

El número de fallecidos registrados en 1909 asciende a 2.056, que al dividirlos por la población estimada de 67.531 habitantes nos proporciona una tasa de mortalidad de 30,44 por mil, prácticamente coincidente con la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>309</sup>.

Como en los años anteriores se presenta la distribución mensual de fallecidos en la tabla 103 y en el gráfico 37.

**Tabla 103. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1909.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	183	8,9	8,9
Febrero	185	9	17,9
Marzo	221	10,7	28,6
Abril	154	7,5	36,1
Mayo	137	6,7	42,8
Junio	158	7,7	50,5
Julio	168	8,2	58,7
Agosto	172	8,4	67
Septiembre	147	7,1	74,2
Octubre	172	8,4	82,5
Noviembre	163	7,9	90,5
Diciembre	196	9,5	100
Total	2.056	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>309</sup> Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p. 60.



Gráfico 37. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1909.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La proporción de fallecimientos entre las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 38,71%. En la tabla 104, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos.

Tabla 104. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1909.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1909	Índice Swaroop – Uemura
Total	796	2.056	38,71%
Varón	389	2.056	18,92%
Mujer	407	2.056	19,79%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.10.2. Mortalidad y sexo

En 1909, el 51,8% (1.066) de los fallecidos son varones y el 48,2% (990) son mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres (tablas 105 y 106).

**Tabla 105. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1909.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.066	51,8	51,8
Mujer	990	48,2	100
Total	2.056	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 106. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1909.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	206	134,29	107,38	7,48
	MUJER	148	144,53	106,82	8,78

(p=0,375)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 107. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexo. Cádiz 1909.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	859	42,61	26,41	,90
	MUJER	842	44,99	27,95	,96

(p=0,071)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.10.3. Mortalidad y edad

#### 3.10.3.1. Mortalidad en menores de un año

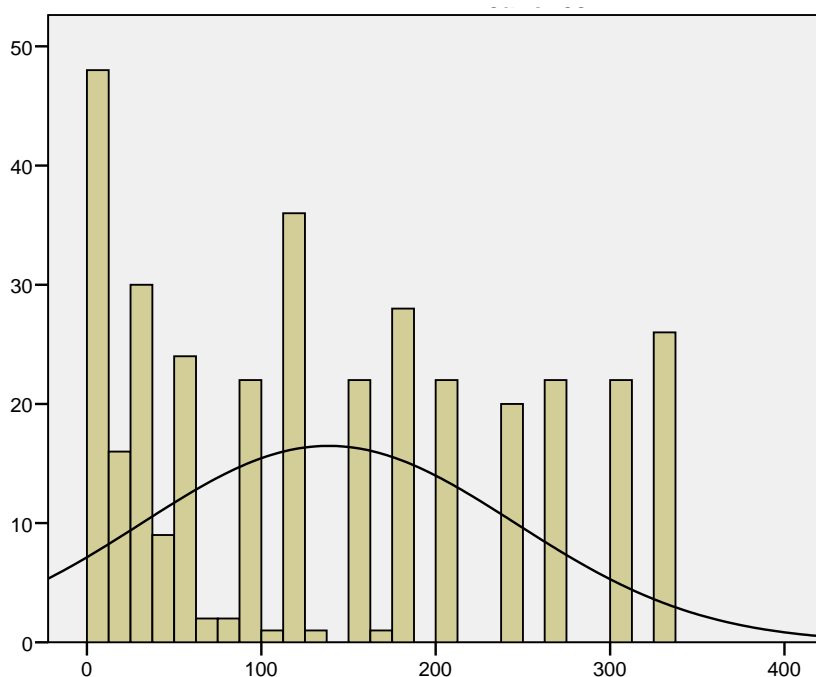
En este año, fallecen 354 niños en esta franja de edad. La media de edad es 138,57 días, con una moda de 120 días, y una desviación típica de 107,12 días. El valor máximo es de 330 días (tabla 108 y gráfico 38).

**Tabla 108. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1909.**

N	Válidos	354
Media		138,57
Mediana		120
Moda		120
Desv. Típ.		107,12
Varianza		11474,63
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30
	75	240

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 38. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1909.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil en 1909 tiene un valor de 189,51 por mil nacidos vivos siendo el componente postneonatal con 140,79 por mil superior a la neonatal (tabla 109).

**Tabla 109. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1909.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	189,51
TMN	49,25
TMPN	140,79

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.10.3.2. Mortalidad en mayores de un año.

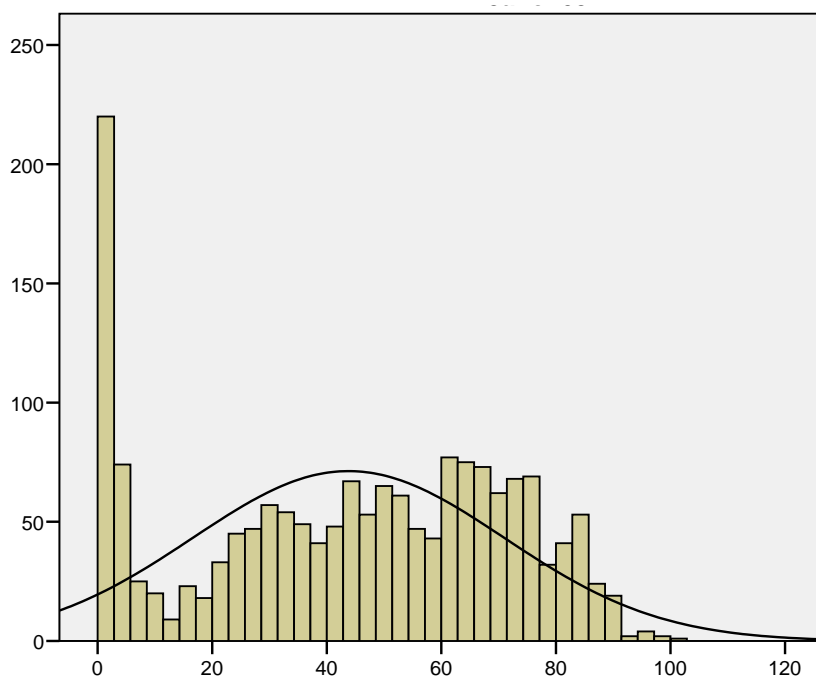
En los 1.701 fallecidos registrados con más de un año la media de edad es 43,79 años (siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 101 años). La descripción de la variable y su perfil se pueden ver en la tabla 110 y gráfico 39.

**Tabla 110. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1909.**

N	Válidos	1.701
Media		43,79
Mediana		47
Moda		1
Desv. Típ.		27,20
Varianza		740,14
Rango		100
Mínimo		1
Máximo		101
Percentiles	25	23
	75	66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 39. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1909**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.10.4. Mortalidad y causas

Según nuestra clasificación (tabla 111) el orden obtenido en la codificación de causas es: tuberculosis (016), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades nutricionales infantiles (031), bronconeumonía (013), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos (027), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114) y bronquitis y catarros bronquiales (014).

**Tabla 111. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1909.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	372	18,1	55,08
022	204	9,9	30,2
031	184	8,9	27,24
013	179	8,7	26,5
110	118	5,7	17,47
021	91	4,4	13,47
112	85	4,1	12,58
027	74	3,6	10,95
114	59	2,9	8,73
014	50	2,4	7,40

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La mayor tasa de mortalidad específica (55,08 por 10.000) sigue ofreciéndola la tuberculosis (016)

La clasificación de Bertillon conforma la prelación siguiente (tabla 112): tuberculosis pulmonar (01127), congestión y hemorragias cerebrales (02265), bronconeumonías (04493), afecciones del aparato circulatorio (03387) meningitis (02262), enfermedades de la primera infancia (11153), afecciones de las arterias (03382), enfermedades orgánicas del corazón (03380), tuberculosis abdominales (01129) y diarreas y enteritis (05106).

**Tabla 112. Mortalidad proporcional y tasas de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1909.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	255	12,4	37,76
02265	170	8,3	25,17
04493	138	6,7	20,43
03387	118	5,7	17,47
02262	116	5,6	17,17
11153	103	5	15,25
03382	93	4,5	13,77
03380	70	3,4	10,36
01129	49	2,4	7,25
05106	45	2,2	6,66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

El agrupamiento mediante la CIE nos aporta un orden igual al del año precedente (tablas 113 y gráfico 40).

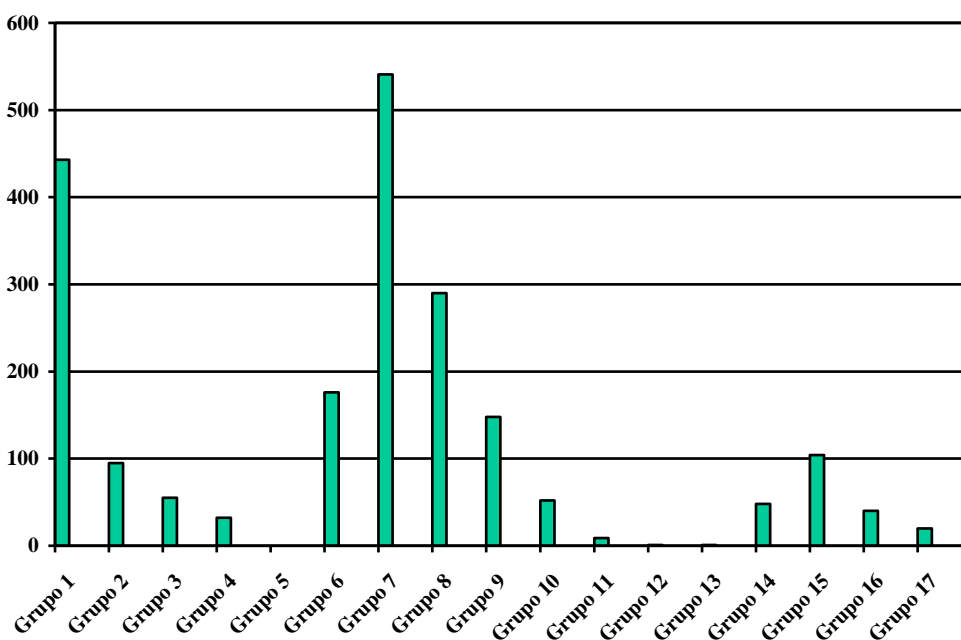
**Tabla 113. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1909.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	443	21,5	65,6
2	95	4,6	14,06
3	55	2,7	8,14
4	32	1,6	4,73
6	176	8,6	26,06
7	541	26,3	80,11
8	290	14,1	42,94
9	148	7,2	21,91
10	52	2,5	7,7
11	9	0,4	1,33
12	1	0	0,14
13	1	0	0,14
14	48	2,3	07,1
15	104	5,1	15,4
16	40	1,9	5,92
17	20	1	2,96

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 40. distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1909**



## 3.11. La mortalidad en el año 1910

### 3.11.1. Mortalidad general

Para este año se registraron un total de 1.906 fallecidos, con una tasa bruta de mortalidad de 28,37 por mil habitantes (1.906/67.174), cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>310</sup>.

La distribución mensual de fallecidos, la podemos observar en la tabla 114 y en el gráfico 41.

Tabla 114. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1910.

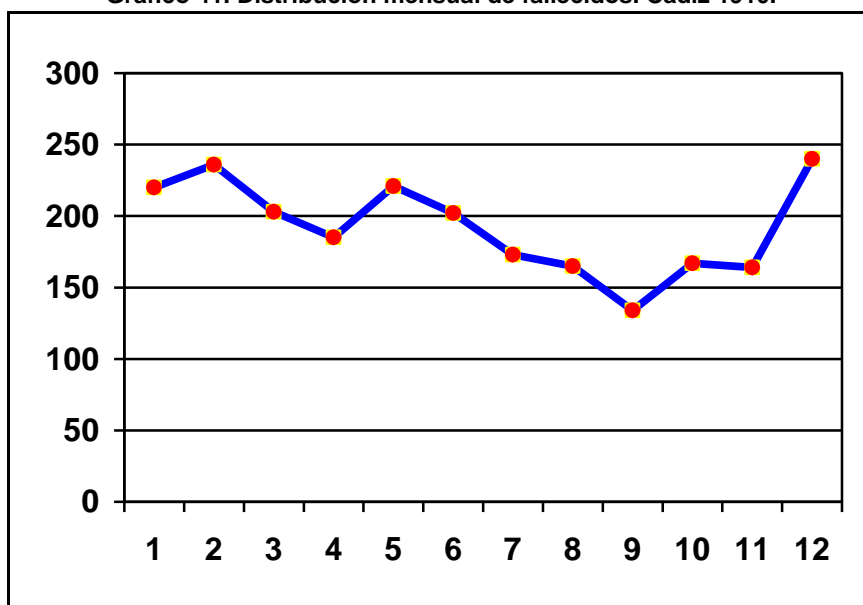
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	201	10,5	10,5
Febrero	192	10,1	20,6
Marzo	173	9,1	29,7
Abril	214	11,2	40,9
Mayo	165	8,7	49,6
Junio	168	8,8	58,4
Julio	124	6,5	64,9
Agosto	129	6,8	71,7
Septiembre	116	6,1	77,8
Octubre	157	8,2	86
Noviembre	118	6,2	92,2
Diciembre	149	7,8	100
Total	1.906	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>310</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.



Gráfico 41. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1910.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El índice de Swaroop arroja un valor de casi el 40%. Siendo algo más favorable en el caso de las mujeres (21,61%) que en los hombre (18,36%), (tabla 115).

Tabla 115. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1910.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1910	Índice Swaroop – Uemura
Total	762	1.906	39,97%
Varón	350	1.906	18,36%
Mujer	412	1.906	21,61%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.11.2. Mortalidad y sexo

De las defunciones que suceden en 1910 son varones el 50,3% (959) y mujeres el 49,7% (947). Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres, con diferencias significativas (tablas 116, 117 y 118).

**Tabla 116. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1910.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	959	50,3	50,3
	Mujer	947	49,7	100
	Total	1.906	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 117. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1910.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	165	127,87	110,79	8,62
	MUJER	154	156,73	108,89	8,77

(p=0,020)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 118. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1910.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	791	40,7	26,20	,93
	MUJER	793	46,85	28,21	1

(p=0,000)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.11.3. Mortalidad y edad

#### 3.11.3.1. Mortalidad en menores de un año

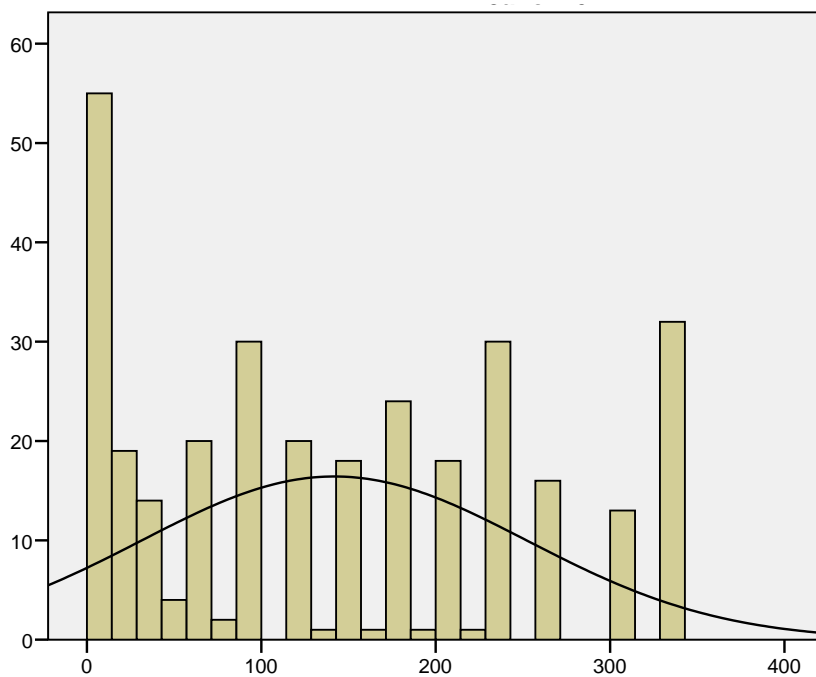
La media de edad de los niños fallecidos es 141,8 días, con un valor más frecuente en los 330 días, y una desviación típica de 110,65 días. El valor máximo es de 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 319 niños.

**Tabla 119. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1910.**

N	Válidos	319
Media		141,8
Mediana		120
Moda		330
Desv. Típ.		110,65
Varianza		12244,74
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30
	75	240

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 42. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1910**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil es de 179,92 por 1.000 vivos. Los componentes de la misma se aprecian en la tabla 120. Como siempre la tasa de mortalidad postneonatal presenta un valor más elevado (tabla 120).

**Tabla 120. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1910.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	179,92
TMN	48,5
TMPN	133,11

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.11.3.2. Mortalidad en mayores de un año

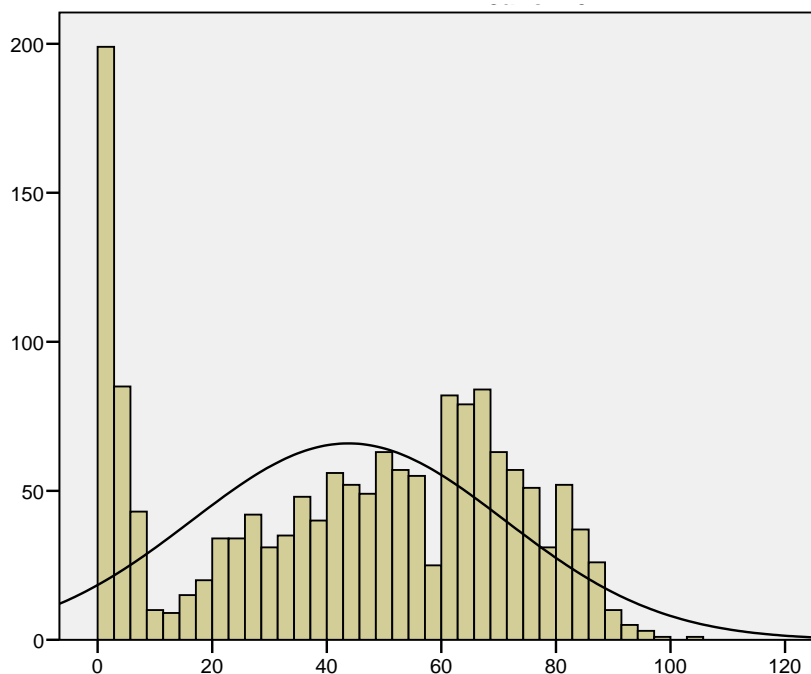
La edad media es 43,78 años (siendo el valor mínimo 1 y el máximo 103 años). El más frecuente es 1 año y la desviación típica, 27,39. Tabla 121 y gráfico 43 terminan de informarnos del comportamiento de esta variable.

**Tabla 121. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1910.**

N	Válidos	1.584
Media		43,78
Mediana		48
Moda		1
Desv. Típ.		27,39
Varianza		750,42
Rango		103
Mínimo		1
Máximo		104
Percentiles	25	21
	75	66

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 43. Distribución de la edad de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1910**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.11.4. Mortalidad y causas

La distribución de las causas de muerte según la primera de las clasificaciones empleadas se observa en la tabla 122. Sigue siendo la tuberculosis (016) la entidad que aporta mayor mortalidad proporcional (18,2%), con una tasa específica de 51,65 por 10.000. Duplicando su frecuencia a la segunda causa de muerte codificada, la bronconeumonía (013) que representa el 9,8% de las muertes con una tasa de 27,68 por 10.000. Enfermedades cerebrovasculares (022) y enfermedades nutricionales infantiles siguen a las anteriores con un 9% y 8,8% de mortalidad proporcional respectivamente.

**Tabla 122. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1910.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	347	18,2	51,65
013	186	9,8	27,68
022	172	9	25,6
031	167	8,8	24,86
110	112	5,9	16,67
112	78	4,1	11,61
021	76	4	11,31
114	74	3,9	11,01
014	50	2,6	7,44
116	48	2,5	7,14

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Se mantiene prácticamente constante el orden de frecuencia en las entidades codificadas según la clasificación de Bertillon con años anteriores. Así, la tuberculosis pulmonar (01127) representa el 12,6% de la mortalidad proporcional, con una tasa específica del 35,72 por 10.000. Con la misma frecuencia se presenta congestión y hemorragia cerebrales (02265) y bronconeumonías (04493) con un porcentaje sobre el total de causas del 7,8% (tabla 123).

**Tabla 123. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1901). Cádiz 1910.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01127	240	12,6	35,72
02265	148	7,8	22,03
04493	148	7,8	22,03
03387	122	6,4	18,16
02262	107	5,6	15,92
11153	90	4,7	13,39
03382	78	4,1	11,61
03379	48	2,5	7,14
04494	42	2,2	6,25
03380	39	2	5,80

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En la tabla 124 y el gráfico 44, siguiendo nuestra rutina, se presenta la mortalidad de causas agrupadas en los 17 grandes grupos de la CIE. Es el grupo 7 de enfermedades del aparato circulatorio la que presenta una mayor tasa de mortalidad específica 71,15 por 10.000. el segundo puesto lo ocupan las enfermedades compiladas en el grupo 1 de enfermedades infecciosas y parasitarias con una tasa de mortalidad específica de 64,01 por 10.000. Entre ambos grupos están próximos a ocupar la mitad de la mortalidad proporcional (47,7%)

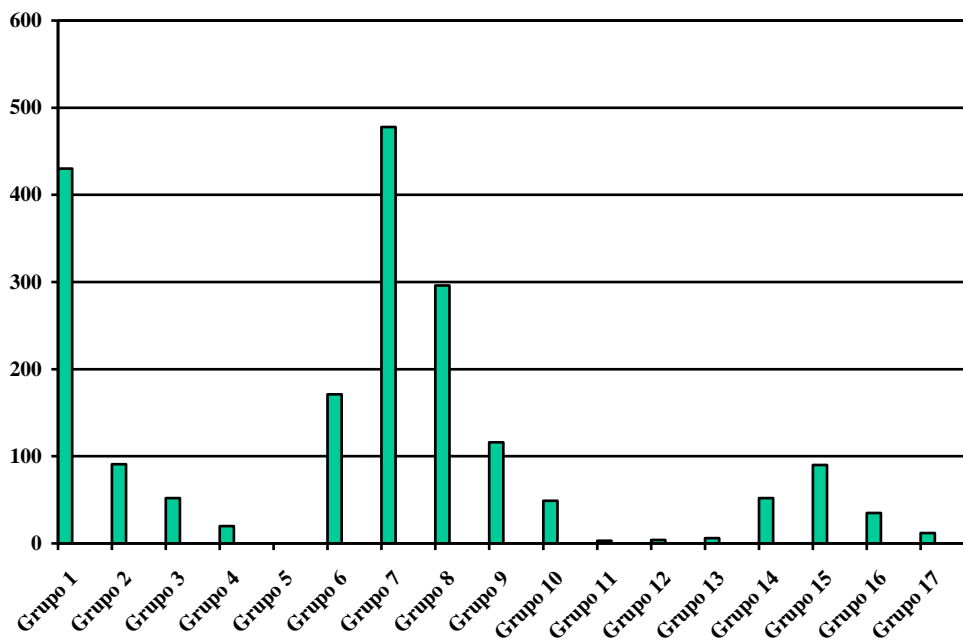
**Tabla 124. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1910.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	430	22,6	64,01
2	91	4,8	13,54
3	52	2,7	7,74
4	20	1	2,97
6	171	9	25,45
7	478	25,1	71,15
8	296	15,5	44,06
9	116	6,1	17,26
10	49	2,6	7,29
11	3	0,2	0,44
12	4	0,2	0,59
13	6	0,3	0,89
14	52	2,7	7,74
15	90	4,7	13,39
16	35	1,8	5,21
17	12	0,6	1,78

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 44. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1910





## 3.12. La mortalidad en el año 1911

### 3.12.1. Mortalidad general

El número total de decesos para este año fue de 1.984, con una tasa bruta de mortalidad de 29,14 por mil habitantes (1.984/68.072), cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>311</sup>.

La distribución mensual de fallecidos se puede estudiar en la tabla 125 y el gráfico 45.

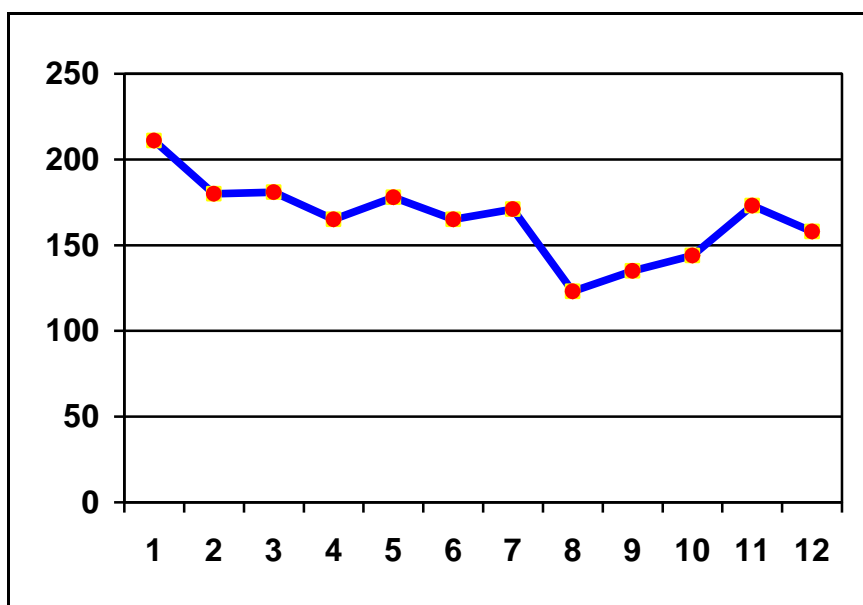
**Tabla 125. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1911.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	211	10,6	10,6
Febrero	180	9,1	19,7
Marzo	181	9,1	28,8
Abril	165	8,3	37,1
Mayo	178	9	46,1
Junio	165	8,3	54,4
Julio	171	8,6	63,1
Agosto	123	6,2	69,3
Septiembre	135	6,8	76,1
Octubre	144	7,3	83,3
Noviembre	173	8,7	92
Diciembre	158	8	100
Total	1.984	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>311</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 45. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1911.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Los valores del índice de Swaroop y su distribución por sexos se aprecia en la tabla 126, con valores similares a los de años anteriores.

Tabla 126. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1911.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1911	Índice Swaroop – Uemura
Total	837	1.984	42,18%
Varón	376	1.984	18,95%
Mujer	461	1.984	23,23%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.12.2. Mortalidad y sexo

En 1911, el 49,8% (988) de las personas que fallecen son varones y el 50,2% (996) son mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media de fallecimientos es superior en las mujeres. En los mayores de un año la diferencia es estadísticamente significativa (tablas 127, 128 y 129).

**Tabla 127. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1911.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	988	49,8	49,8
	Mujer	996	50,2	100
	Total	1984	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 128. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1911.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	200	137,51	104,63	7,39
	MUJER	154	157,80	108,58	8,75

(p=0.078)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 129. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1911.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	786	42,93	25,53	,91
	MUJER	841	47,62	27,71	,95

(p=0.000)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.12.3. Mortalidad y edad

#### 3.12.3.1. Mortalidad en menores de un año

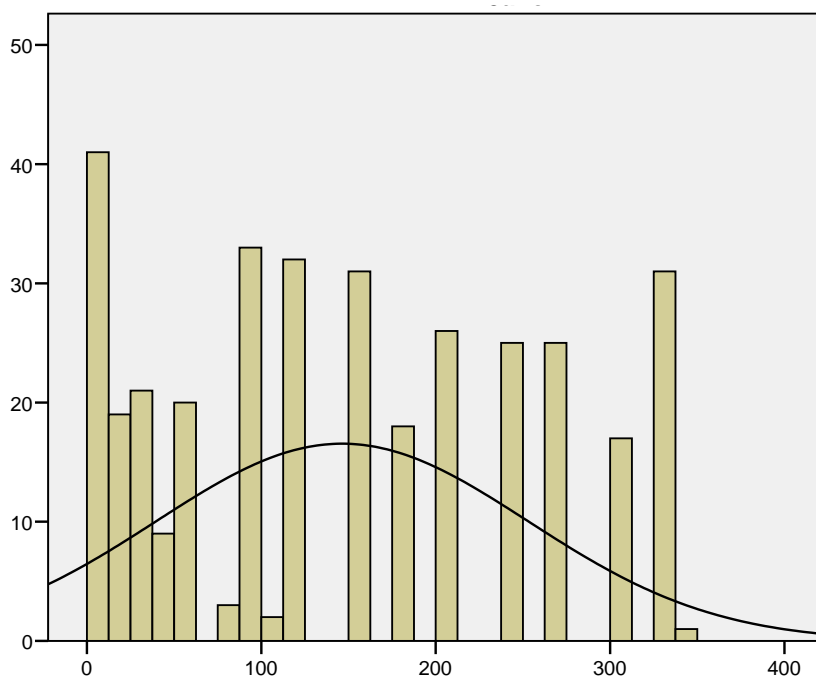
En 1911 hay 354 fallecidos con una media de edad de 146,34 días, un valor más frecuente en los 90 días, y una desviación típica de 106,69. El valor máximo es de 345 días. Los valores incluidos para esta edad son 354 de los registrados (tabla 130 y gráfico 46).

**Tabla 130. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año de edad. Cádiz 1911.**

N	Válidos	354
Media		146,34
Mediana		120,00
Moda		90(a)
Desv. típ.		106,69
Varianza		11384,38
Rango		344
Mínimo		1
Máximo		345
Percentiles	25	45,75
	75	240,00

Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.  
Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 46. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz, 1911**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Se mantiene una escalofriante tasa de mortalidad infantil de 189 por mil nacidos, con un mayor peso de componente postneonatal (147,36), (tabla 131).

**Tabla 131. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1911.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	189
TMN	41,64
TMPN	147,36

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.12.3.2. Mortalidad en mayores de un año

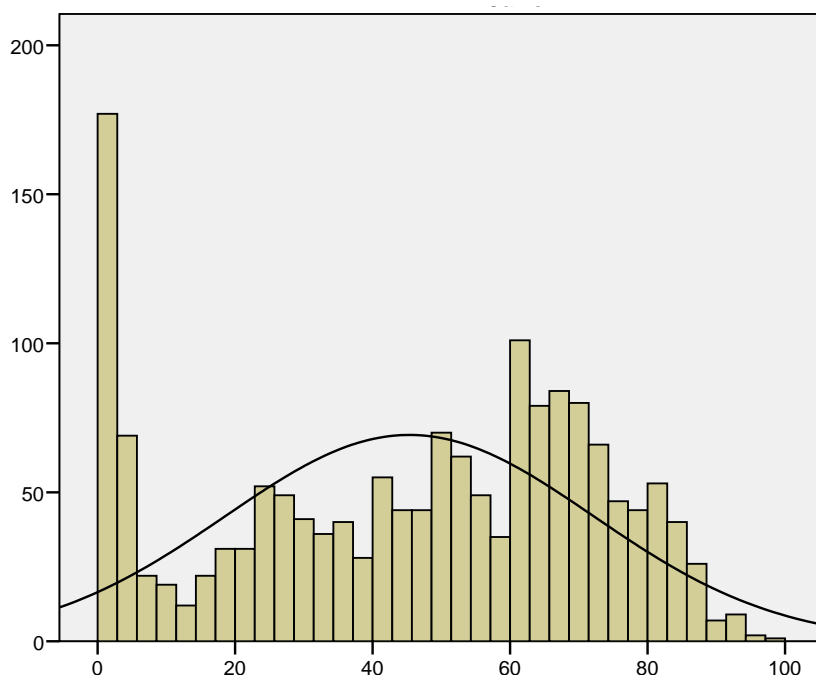
Para 1911 la edad media de los fallecidos mayores de un año es de 45,35 años. El valor mínimo es 1 y el máximo 99. La moda es 1 año y la desviación típica es 26,78 (tabla 132). En el gráfico 47, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 132. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1911.**

N	Válidos	1.627
Media		45,35
Mediana		50,00
Moda		1
Desv. típ.		26,78
Varianza		717,25
Rango		98
Mínimo		1
Máximo		99
Percentiles	25	24,00
	75	67,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 47. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1911.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.12.4. Mortalidad y causas

En el análisis de la mortalidad proporcional y específica para este año (tabla 133), la tasa de muerte codificada como 016 (tuberculosis) sigue siendo la que mayor mortalidad proporcional aporta. Tras ella la 031 (enfermedades nutricionales infantiles) con un 9,5% y las enfermedades cerebrovasculares (022) con un 8,9% sobre el total de causas de muerte, cierra la tripleta de mayor frecuencia (tabla 133).

**Tabla 133. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1911.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	351	17,7	51,56
031	189	9,5	27,76
022	177	8,9	26
013	169	8,5	24,82
110	123	62	18,06
112	105	5,3	15,42
114	73	3,7	10,72
021	72	3,6	10,57
027	43	2,2	06,31
023	41	2,1	06,02

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

En este año 1911 se publica la nueva clasificación de Bertillon<sup>312,313</sup>, que estamos usando nosotros. Atendiendo a la misma, el orden de frecuencia que hemos obtenido al aplicarla ha sido: tuberculosis pulmonar (01128), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), bronconeumonías (04491), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03387), meningitis (02261), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), diarreas y enteritis en menores de dos años, endocarditis agudas (03378) y afecciones de los huesos (excepto la tuberculosis) (09146).

**Tabla 134. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1911.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	241	12,1	35,40
02264	147	7,4	21,59
04491	129	6,5	18,95
03385	124	6,3	18,21
02261	119	6	17,48
11152	111	5,6	16,30
03381	76	3,8	11,16
05104	51	2,6	7,49
03378	48	2,4	7,05
09146	42	2,1	6,17

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015..

Para terminar agrupamos de nuevo según CIE obteniendo la distribución de la tabla 135 y gráfico 48.

<sup>312</sup> Segura A. 1998. p. 26 – 8.

<sup>313</sup> Delgado JA. 1992. p. 46.

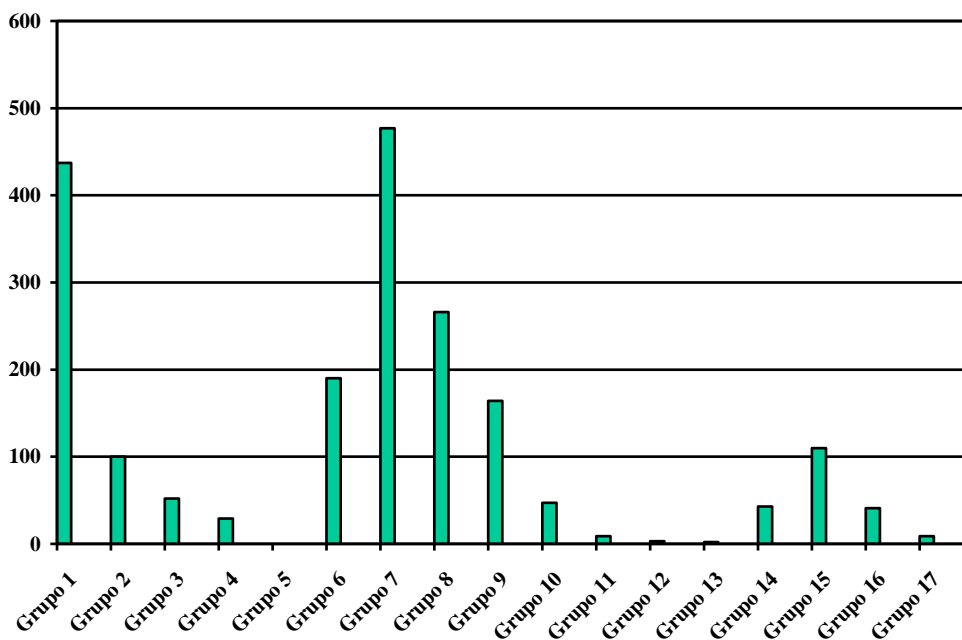
**Tabla 135. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1911.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	437	22	64,19
2	100	5	14,69
3	52	2,6	7,63
4	29	1,5	4,26
6	190	9,6	27,91
7	477	24	70,07
8	266	13,4	39,07
9	164	8,3	24,09
10	47	2,4	6,90
11	9	0,5	1,32
12	3	0,2	0,44
13	2	0,1	0,29
14	43	2,2	6,31
15	110	5,5	16,15
16	41	2,1	6,02
17	9	0,5	1,32

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 48. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1911.**





### 3.13. La mortalidad en el año 1912

#### 3.13.1. Mortalidad general

En este año un número total de 2.060 decesos provocan para una población estimada de 69.986 habitantes una tasa bruta de mortalidad de 29,43 por mil habitantes, cifras concordantes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>314</sup>.

El comportamiento estadístico de la variable se puede estudiar en la tabla 136 y el gráfico 49.

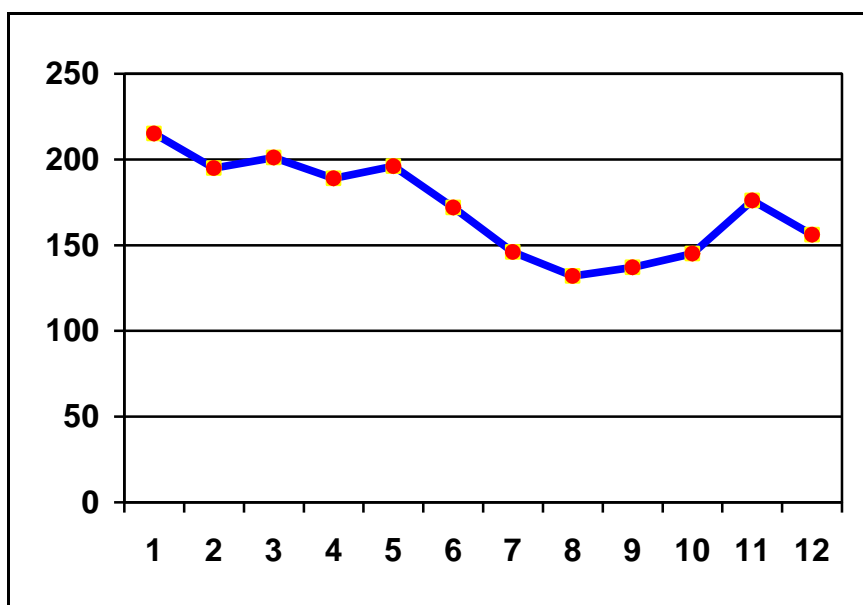
Tabla 136. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1912.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	215	10,4	10,4
Febrero	195	9,5	19,9
Marzo	201	9,8	29,7
Abril	189	9,2	38,8
Mayo	196	9,5	48,3
Junio	172	8,3	56,7
Julio	146	7,1	63,8
Agosto	132	6,4	70,2
Septiembre	137	6,7	76,8
Octubre	145	7	83,9
Noviembre	176	8,5	92,4
Diciembre	156	7,6	100
Total	2.060	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>314</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p. 60.

Gráfica 49. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1912.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos entre las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 39,27%. En la tabla 137, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos, siendo el indicador apreciablemente mayor en el caso de las mujeres.

Tabla 137. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1912.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1912	Índice Swaroop – Uemura
Total	807	2.060	39,17%
Varón	369	2.060	17,91%
Mujer	438	2.060	21,26%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.13.2. Mortalidad y sexo

El 49,2% (1.014) de las defunciones ocurridas en este año son varones y el 50,8% (1.046) son mujeres. En ambos grupos de edad, la media de edad de los fallecidos es superior en las mujeres. En los mayores de un año la diferencia es estadísticamente significativa (tablas 138, 139 y 140).

**Tabla 138. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1912.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1.014	49,2	49,2
	Mujer	1.046	50,8	100
	Total	2.060	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 139. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1912.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD DÍAS	VARÓN	194	147,39	114,32	8,20
	MUJER	157	157,02	114,36	9,12

(p=0.433)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 140. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1912.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	819	41,59	26,48	,92
	MUJER	889	44,55	28,83	,96

(p=0.027)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.13.3. Mortalidad y edad

#### 3.13.3.1. Mortalidad en menores de un año

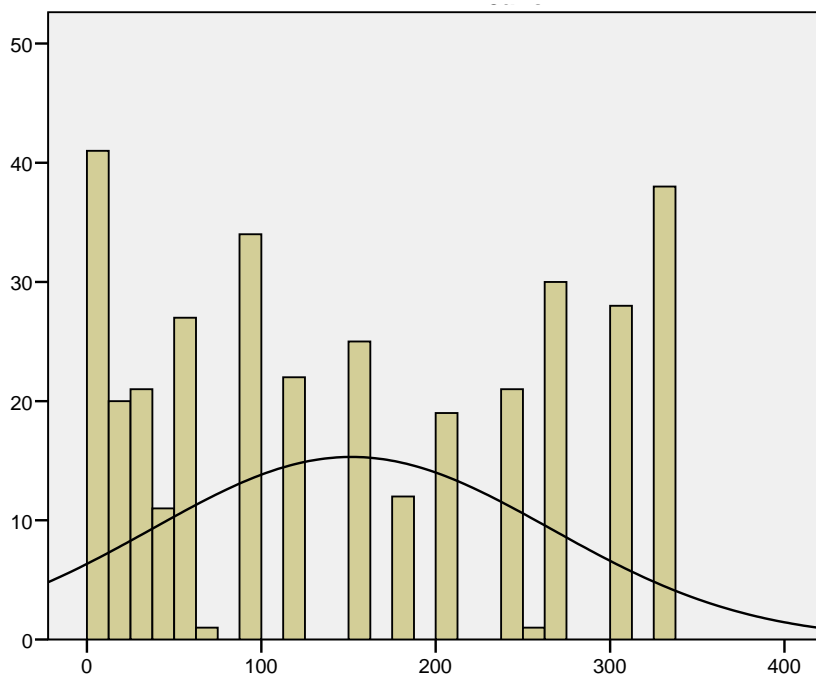
Como podemos apreciar en la tabla 141, la media de edad de los niños que mueren menores de un año es 151,70 días, con una moda de 330 días, y una desviación típica de 114,27 días. El valor máximo es 330 días. Los valores incluidos para esta edad son 351 de los registrados (tabla 141 y gráfico 50).

**Tabla 141. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1912.**

N	Válidos	351
	Perdidos	1.709
Media		151,70
Mediana		120,00
Moda		330
Desv. típ.		114,27
Varianza		13059,45
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	45,00
	75	270,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 50. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1912**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La tasa de mortalidad infantil se fija en 198,08 por mil nacidos vivos. Sigue predominando el componente postneonatal (tabla 142).

**Tabla 142. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1912.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	198.08
TMN	44.58
TMPN	153.50

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.13.3.2. Mortalidad en mayores de un año

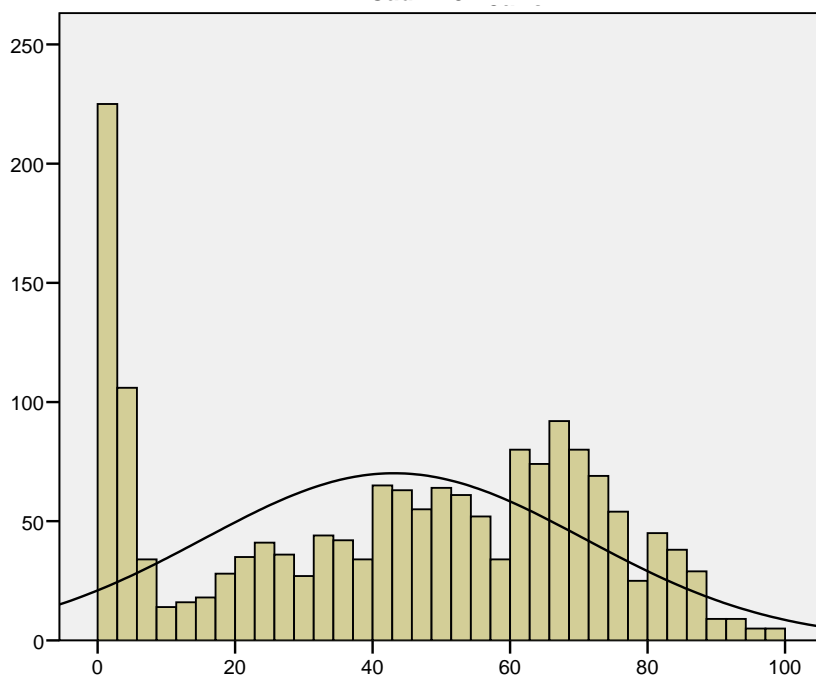
El número de fallecidos mayores de un año es de 1.708. La edad media es 43,13 años con un valor mínimo de 1 y un máximo de 100 años. En la tabla y gráfico correspondiente se puede apreciar el comportamiento estadístico de la variable (tabla 143 y gráfico 51).

**Tabla 143. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1912.**

N	Válidos	1.708
Media		43,13
Mediana		47,00
Moda		1
Desv. Típ.		27,76
Varianza		770,77
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	19,00
	75	67,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 51. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1912**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.13.4. Mortalidad y causas

Aunque con un ligero descenso en relación a los años anteriores sigue siendo la causa codificada 016 (tuberculosis) la que presenta una mayor tasa específica de mortalidad 46,09 por 10.000. El resto de valores se pueden apreciar en la tabla 144.

**Tabla 144. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1912.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	318	15,4	46,09
013	213	10,3	30,87
022	173	8,4	25,07
031	168	8,2	24,35
110	119	5,8	17,25
114	89	4,3	12,90
112	87	4,2	12,61
014	78	3,8	11,30
021	64	3,1	9,27
024	49	2,4	7,10

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La codificación con la clasificación de Bertillon arroja el siguiente orden (tabla 145): tuberculosis pulmonar (01127), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), bronconeumonías (04491), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), meningitis simple (02261), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), endocarditis agudas (03378), diarreas y enteritis para los menores de dos años y el último puesto corresponde a otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis).

**Tabla 145. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1912.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	221	10,7	32,03
03385	185	9	26,81
04491	177	8,6	25,65
02264	147	7,1	21,30
02261	117	5,7	16,96
11152	101	4,9	14,64
03381	70	3,4	10,14
03378	57	2,8	8,26
05104	48	2,3	6,95
04498	45	2,2	6,52

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

El agrupamiento con la CIE proporciona resultados similares a los obtenidos en años anteriores. Siendo el grupo de Enfermedades circulatorias los que tienen una mayor tasa específica de mortalidad (73,20), seguidas de las enfermedades agrupadas en infecciosas y parasitarias (61,60) (tabla 146 y gráfico 52). Entre ambos grupos se acercan al 50% de mortalidad proporcional.

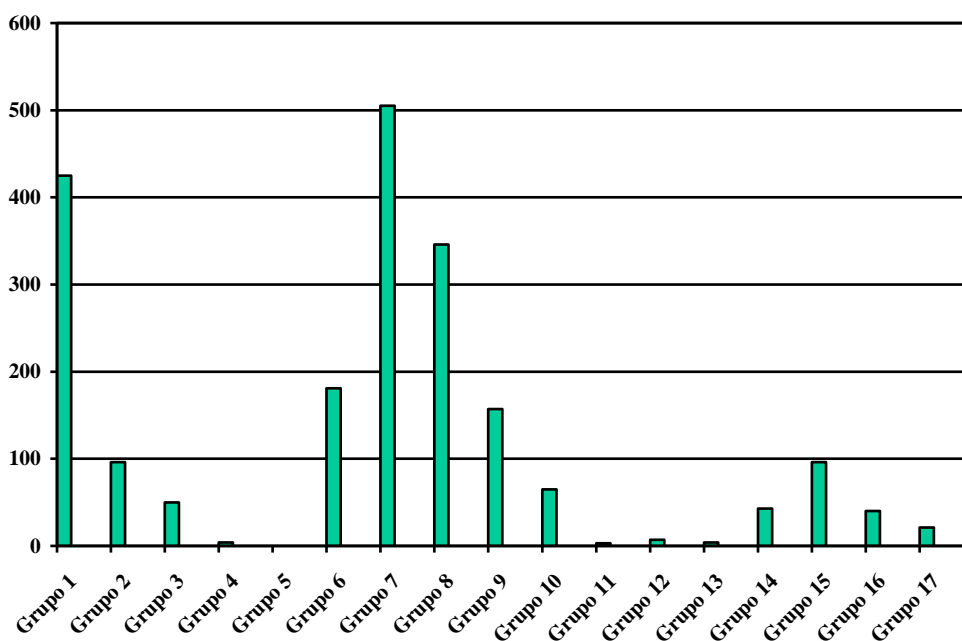
**Tabla 146. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1912.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	425	20,6	61,60
2	96	4,7	13,91
3	50	2,4	7,24
4	21	1	3,04
6	181	8,8	26,23
7	505	24,5	73,20
8	346	16,8	50,15
9	157	7,6	22,75
10	65	3,2	9,42
11	3	0,1	0,43
12	7	0,3	1,01
13	4	0,2	0,58
14	43	2,1	6,23
15	96	4,7	13,91
16	40	1,9	5,79
17	21	1	3,04

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 52. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1912**





## 3.14. La mortalidad en el año 1913

### 3.14.1. Mortalidad general

El número total de decesos para 1913 fue de 1.857, con una tasa bruta de mortalidad de 26,56 por mil habitantes (1.857/69.910), cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>315</sup>. La distribución mensual de fallecidos se puede observar en la tabla 147 y gráfico 53

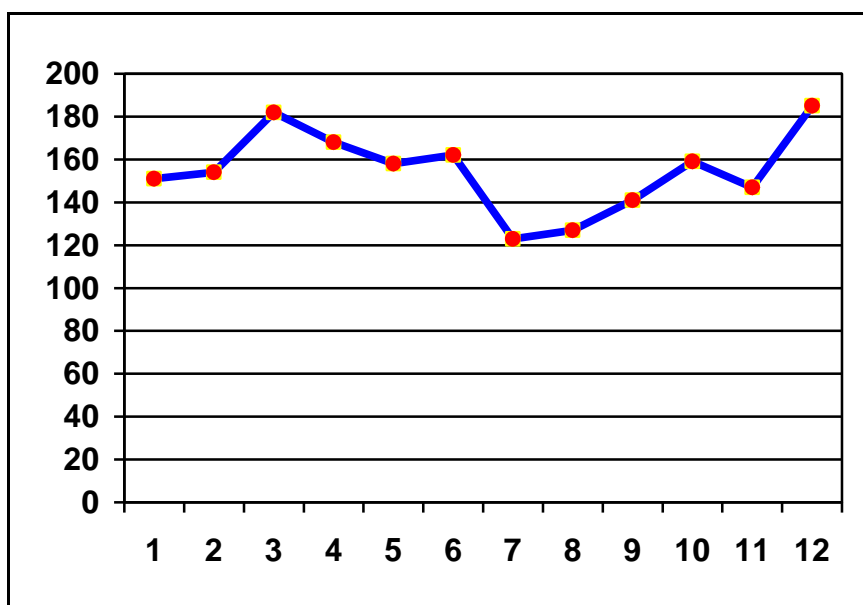
Tabla 147. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1913.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	151	8,1	8,1
Febrero	154	8,3	16,4
Marzo	182	9,8	26,2
Abril	168	9	35,3
Mayo	158	8,5	43,8
Junio	162	8,7	52,5
Julio	123	6,6	59,1
Agosto	127	6,8	66
Septiembre	141	7,6	73,6
Octubre	159	8,6	82,1
Noviembre	147	7,9	90
Diciembre	185	10	100
Total	1.857	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>315</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 53. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1913.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El indicador de Swaroop toma un valor de 42,21%, siendo mayor en las mujeres (tabla 148).

Tabla 148. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1913.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1913	Índice Swaroop – Uemura
Total	784	1.857	42,21%
Varón	375	1.857	20,19%
Mujer	409	1.857	22,02%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.14.2. Mortalidad y sexo

El 49,5% (919) de las defunciones que hemos documentado en 1913 corresponden a varones y el 50,5% (938) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media es superior en las mujeres que en los hombres. En ninguno de los dos grupos, la diferencia es estadísticamente significativa (tablas 149, 150 y 151).

**Tabla 149. Distribución de los fallecidos por sexos. Cádiz 1913.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	919	49,5	49,5
	Mujer	938	50,5	100
	Total	1.857	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 150. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1913.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	165	145,19	107,28	8,35
	MUJER	126	154,10	116,98	10,42

(p=0.505)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 151. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1913.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	754	45,16	24,89	,90
	MUJER	811	45,85	28,21	,99

(p=0.607)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.14.3. Mortalidad y edad

#### 3.14.3.1. Mortalidad en menores de un año

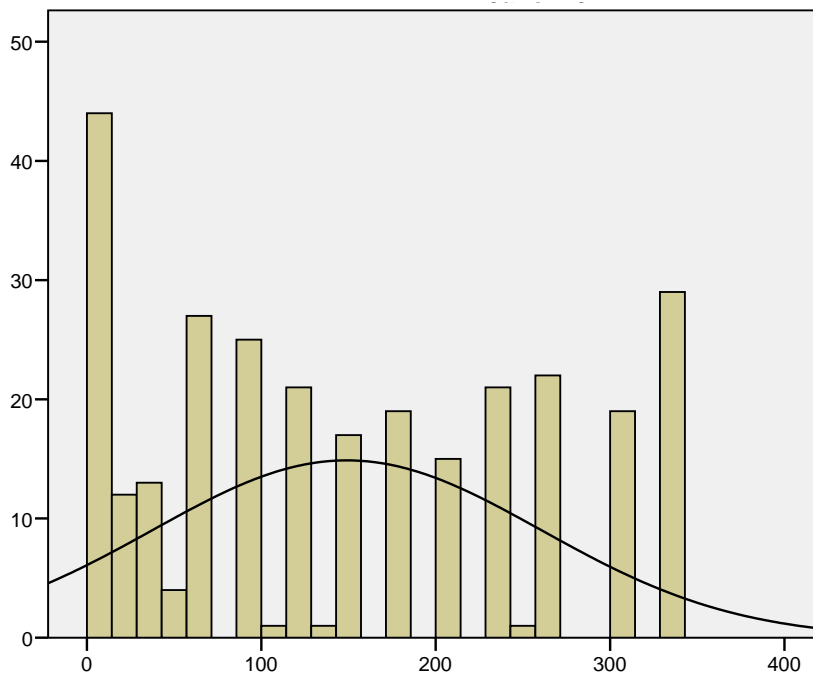
Los estadísticos de la variable edad del fallecimiento en días se puede ver en la tabla 152, donde apreciamos una media de 149 días en la edad de la muerte. El resto de estadísticos y distribución de la variable se pueden apreciar en la misma tabla y el gráfico 54

**Tabla 152. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1913.**

N	Válidos	291
Media		149,04
Mediana		120,00
Moda		330
Desv. Típ.		111,48
Varianza		12427,77
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	50,00
	75	240,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 54. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1913**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2014.

El estudio de los indicadores de mortalidad infantil aparecen en la tabla siguiente (153). La tasa de mortalidad está por encima de 171 por mil, a expensas sobre todo del componente postneonatal.

**Tabla 153. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1913.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	171,99
TMN	38,42
TMPN	133,57

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.14.3.2. Mortalidad en mayores de un año

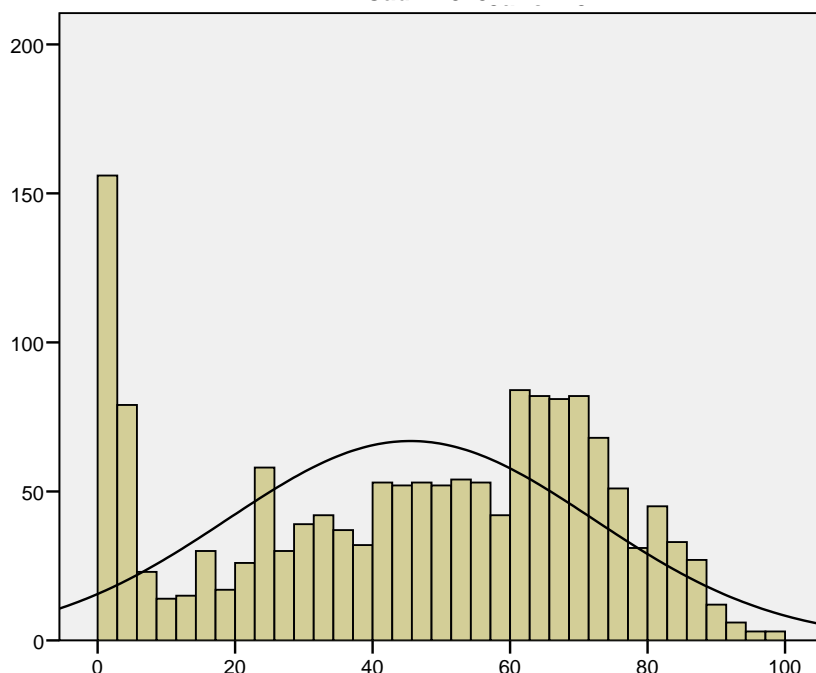
Fallecen 1.565 personas en este año y para esta edad. La edad media de fallecimiento es 45,52 años. El valor mínimo es 1 y el máximo es 98 años. La moda es 1 año y la desviación típica es 26,66. En el gráfico 55, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 154. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1913.**

N	Válidos	1.565
Media		45,52
Mediana		50,00
Moda		1
Desv. típ.		26,66
Varianza		710,76
Rango		97
Mínimo		1
Máximo		98
Percentiles	25	24,00
	75	68,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 55. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1913.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.14.4. Mortalidad y causas

La distribución de las causas de muerte según la clasificación propia se observa en la tabla 155, donde vemos que prácticamente se repiten los resultados anteriores en cuanto al orden. Aunque existe un descenso de la tasa específica de mortalidad de la tuberculosis (016) que obtiene un valor de 46,48 por 10.000. No alcanza en esta ocasión de la mortalidad proporcional.

**Tabla 155. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1913.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	325	17,5	46,48
013	168	9	24,03
022	164	8,8	23,45
031	143	7,7	20,45
110	132	7,1	18,88
112	98	5,3	14,01
021	75	4	10,72
114	66	3,6	9,44
024	56	3	8,01
023	51	2,7	7,29

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al codificar según la clasificación de Bertillon, las tres primeras causas son las mismas que el año anterior. Sigue siendo la tuberculosis pulmonar (01128) la que tiene una mayor tasa de mortalidad. Le siguen la causa 03385 (hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio) y la causa 04491 (bronconeumonía) (tabla 156).

**Tabla 156. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1913.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	218	11,7	31,18
03385	145	7,8	20,74
04491	127	6,8	18,16
02261	126	6,8	18,02
02264	119	6,4	17,02
11152	83	4,5	11,87
03381	81	4,4	11,58
03378	47	2,5	6,72
02265	45	2,4	6,43
05104	42	2,3	6

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La agrupación mediante la CIE aparece en la tabla 157 y en el gráfico 56. Son las enfermedades del grupo 7 (Enfermedades del aparato circulatorio) las que tienen una tasa de mortalidad específica mayor, aportando el 26,1% del total de la mortalidad. Le siguen las enfermedades del grupo 1 (infecciosas y parasitarias), con un 21,5% de la mortalidad proporcional.

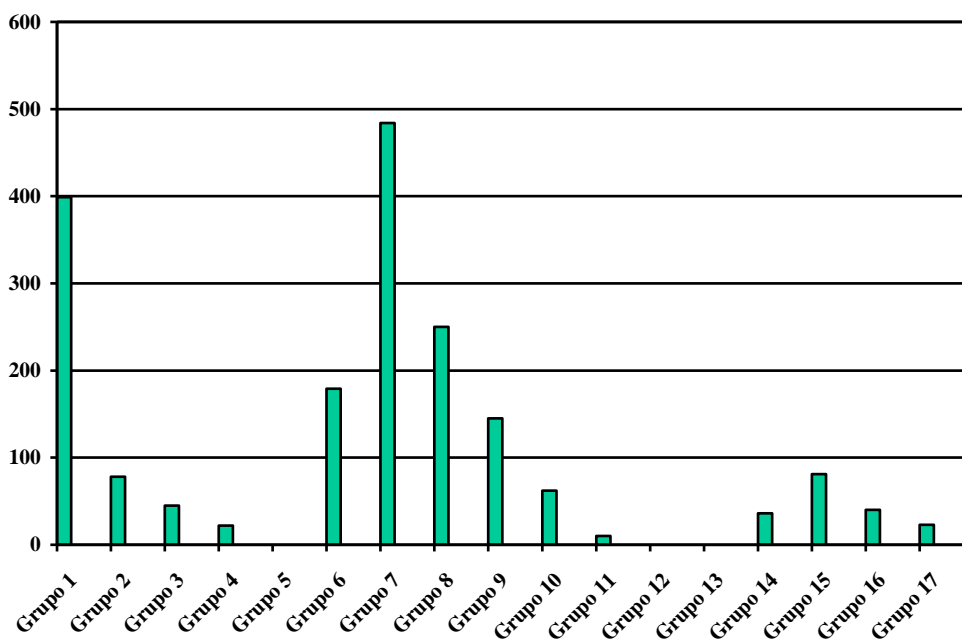
**Tabla 157. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1913.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	399	21,5	57,07
2	78	4,2	11,15
3	45	2,4	6,43
4	22	1,2	3,14
6	179	9,6	25,60
7	484	26,1	69,23
8	250	13,5	35,76
9	145	7,8	20,74
10	62	3,3	8,86
11	10	0,5	1,43
14	36	1,9	5,14
15	81	4,4	11,58
16	40	2,2	5,72
17	23	1,2	2,43

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 56. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1913**





## 3.15. La mortalidad en el año 1914

### 3.15.1. Mortalidad general

Con un total de defunciones registradas de 2.054, hemos obtenido una tasa bruta de mortalidad de 28,99 por mil habitantes, cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>316</sup>. La población total estimada fue de 70.847 habitantes.

La distribución mensual de fallecidos, aparece en la tabla 158 y el gráfico 57.

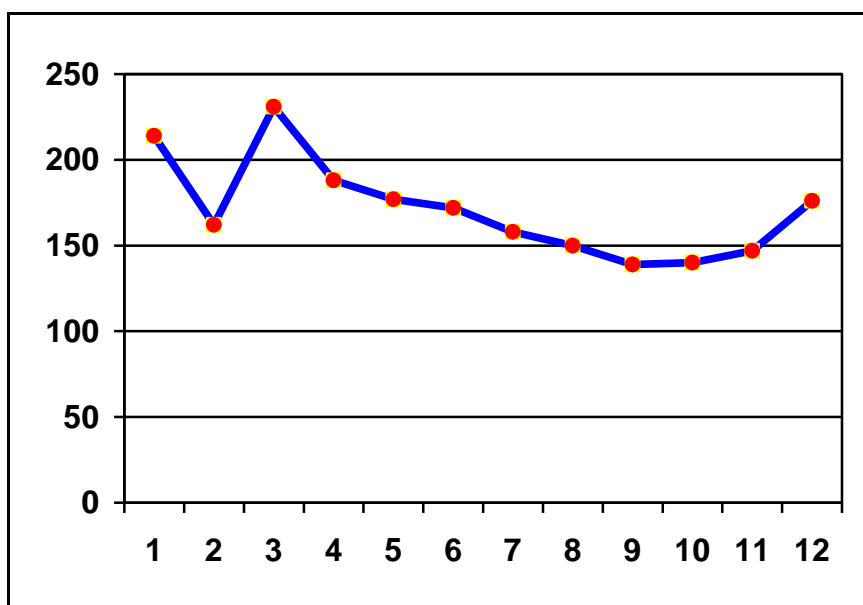
Tabla 158. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1914.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	214	10,4	10,4
Febrero	162	7,9	18,3
Marzo	231	11,2	29,6
Abril	188	9,2	38,7
Mayo	177	8,6	47,3
Junio	172	8,4	55,7
Julio	158	7,7	63,4
Agosto	150	7,3	70,7
Septiembre	139	6,8	77,5
Octubre	140	6,8	84,3
Noviembre	147	7,2	91,4
Diciembre	176	8,6	100
Total	2.054	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>316</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 57. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1914.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La proporción de fallecimientos de las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 41,13%. En la tabla 159, podemos observar el indicador desagregado por sexos, siendo apreciablemente mayor en el caso de las mujeres.

Tabla 159. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1914.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1914	Índice Swaroop – Uemura
Total	845	2.054	41,13%
Varón	398	2.054	19,37%
Mujer	447	2.054	21,76%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.15.2. Mortalidad y sexo

El 49,8% (1.023) de los fallecidos en 1914 son varones y el 50,2% (1.031) son mujeres. Las diferencias de medias de edad de fallecimientos entre sexos se pueden estudiar en las tablas 160, 161 y 162.

**Tabla 160. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1914.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	1.023	49,8	49,8
	Mujer	1.031	50,2	100
	Total	2.054	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 161. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1914.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD DÍAS	VARÓN	155	151,10	113,19	9,09
	MUJER	157	149,39	109,56	8,74

(p=0.892)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 162. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1914.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	862	41,52	26,33	,89
	MUJER	872	45,53	28,65	,97

(p=0.002)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.15.3. Mortalidad y edad

#### 3.15.3.1. Mortalidad en menores de un año

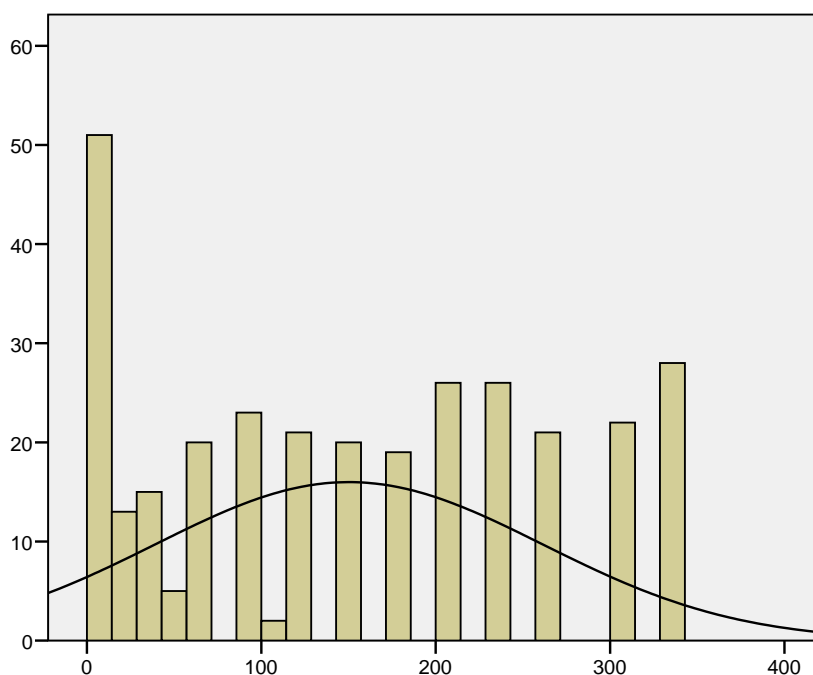
En el año 1913, la edad media de los niños que mueren es 150,24 días, coincidiendo la moda y el valor máximo en 330 días. El resto de valores y el perfil de la variable se pueden observar en la tabla 163 y el gráfico 58.

**Tabla 163. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1914.**

N	Válidos	312
Media		150,24
Mediana		150,00
Moda		330
Desv. típ.		111,20
Varianza		12366,85
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	40,00
	75	240,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 58. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz, 1914.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En la siguiente tabla (164) se especifican los valores de tasa de mortalidad infantil, 179,83 por mil nacidos vivos, de la tasa de mortalidad neonatal, 43,80 por mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad postneonatal de 136,02 por mil nacidos vivos.

**Tabla 164. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1914.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	179,83
TMN	43,80
TMPN	136,02

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.15.3.2. Mortalidad en mayores de un año

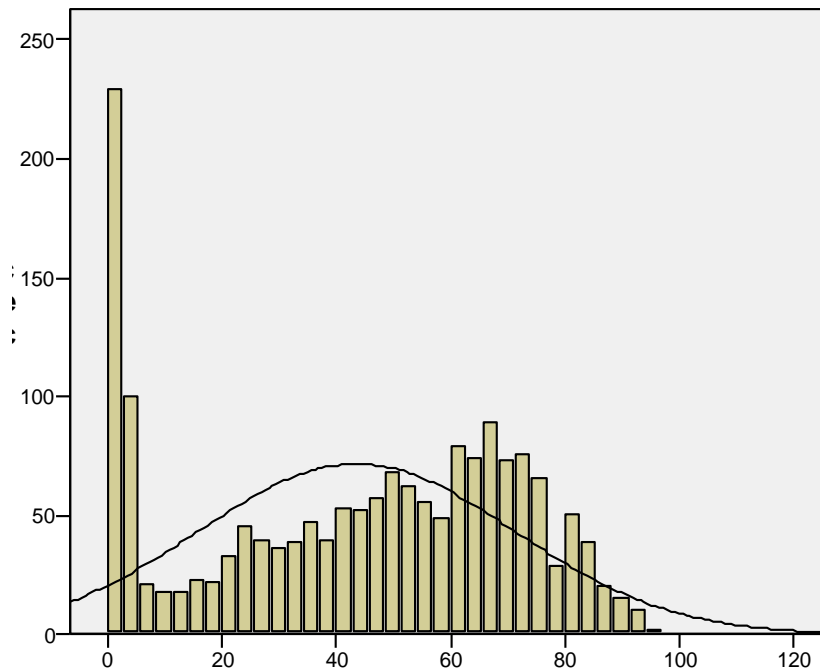
Los 1.734 fallecidos con más de un año presentan una media de edad al momento de fallecer de 43,54 años, siendo el valor mínimo de 1 y el máximo 104 años. La moda es 1 año y la desviación típica es 27,58 (tabla 165). En el gráfico 59, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 165. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1914.**

N	Válidos	1.734
Media		43,54
Mediana		48,00
Moda		1
Desv. típ.		27,58
Varianza		761,08
Rango		106
Mínimo		1
Máximo		107
Percentiles	25	20,00
	75	67,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 59. Distribución mensual de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz, 1914.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.15.4. Mortalidad y causas

El orden de las causas de muerte codificadas según la primera clasificación fue (tabla 166): tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024), y bronquitis y catarros bronquiales (014) para finalizar.

**Tabla 166. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1914.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	393	19,1	55,47
013	205	10	28,93
031	189	9,2	26,67
022	168	8,2	23,71
110	108	5,3	15,24
021	95	4,6	13,40
112	91	4,4	12,84
114	76	3,7	10,72
024	55	2,7	7,76
014	50	2,4	7,05

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Con la clasificación de Bertillon el orden es (tabla 167): tuberculosis pulmonar (01128), bronconeumonía (04491), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), meningitis simple (02261), endocarditis aguda (03378), diarreas y enteritis para los de dos o mas años (05105), y, la anemia y clorosis (01154) que aparece por primera vez .

**Tabla 167. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1914.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	283	13,8	39,94
04491	170	8,3	23,99
03385	163	7,9	23
02264	133	6,5	18,77
11152	119	5,8	16,79
03381	102	5	14,39
02261	100	4,9	14,11
03378	50	2,4	7,05
05105	40	1,9	5,64
01154	37	1,8	5,22

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La clasificación CIE aporta la distribución de la tabla 168 y el gráfico 60, dónde las enfermedades circulatorias, infecciosas, enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso, del tubo digestivo, las que tienen origen en el periodo perinatal, las neoplasias, las del aparato genitourinario son las primeras por orden de frecuencia entre las causas de fallecimiento en este año. El

noveno lugar lo ocupan las anomalías congénitas. Y en el décimo, con el mismo número de fallecimientos, encontramos las enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas y trastornos de la inmunidad, las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y los síntomas, signos y estados mal definidos.

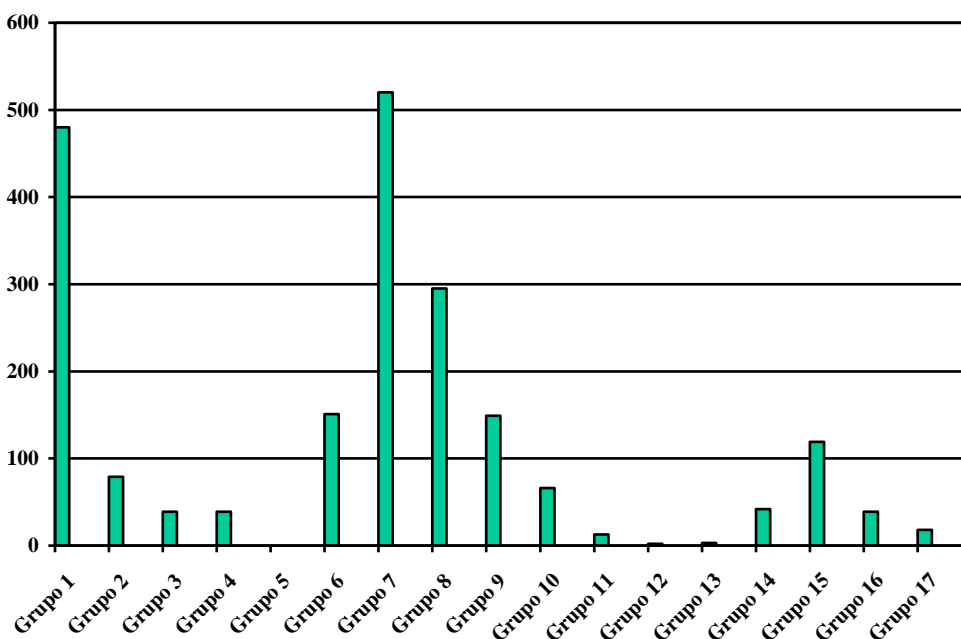
**Tabla 168. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1914.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	480	23,4	67,75
2	79	3,8	11,15
3	39	1,9	5,50
4	39	1,9	5,50
6	151	7,4	21,31
7	520	25,3	73,39
8	295	14,4	41,63
9	149	7,3	21,03
10	66	3,2	9,31
11	13	0,6	1,83
12	2	0,1	0,28
13	3	0,1	0,42
14	42	2	5,92
15	119	5,8	16,79
16	39	1,9	5,50
17	18	0,9	2,54

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 60. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1914**





## 3.16. La mortalidad en el año 1915

### 3.16.1. Mortalidad general

En la tabla 169, se recoge un total de 1.948 para este año, con una tasa bruta de mortalidad de 27,08 por mil habitantes, cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>317</sup>. La población estimada fue de 71.796 habitantes.

El número de fallecidos mensuales y su distribución se observan en la tabla 169 y el gráfico 61.

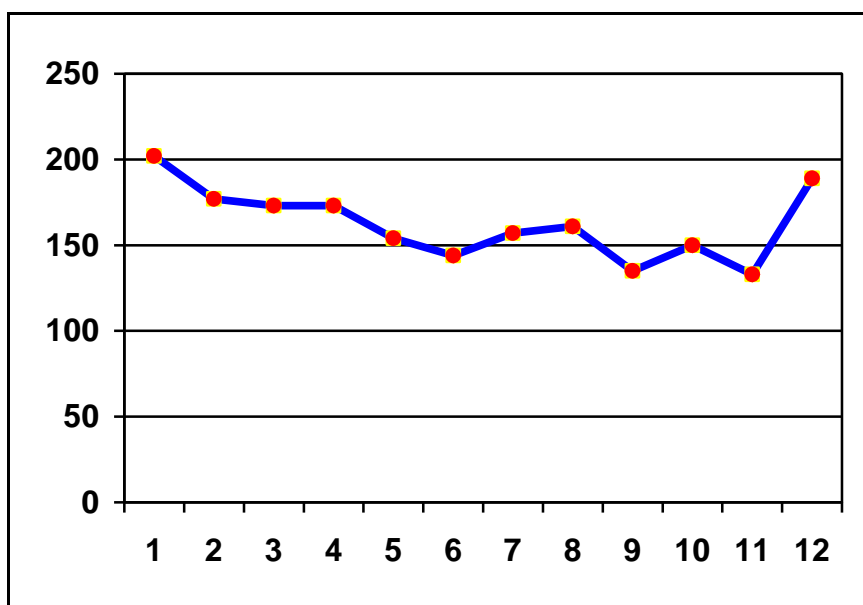
**Tabla 169. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1915.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	202	10,4	10,4
Febrero	177	9,1	19,5
Marzo	173	8,9	28,3
Abril	173	8,9	37,2
Mayo	154	7,9	45,1
Junio	144	7,4	52,5
Julio	157	8,1	60,6
Agosto	161	8,3	68,8
Septiembre	135	6,9	75,8
Octubre	150	7,7	83,5
Noviembre	133	6,8	90,3
Diciembre	189	9,7	100
Total	1.948	100	

Fuente: Registro civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>317</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 61. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1915.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos entre las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 41,83%. En la tabla 170, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos, siendo algo mayor en el caso de las mujeres.

Tabla 170. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1915.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1915	Índice Swaroop – Uemura
Total	815	1.948	41,83%
Varón	396	1.948	20,32%
Mujer	419	1.948	21,50%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.16.2. Mortalidad y sexo

El 50,5% (983) de las personas fallecidas en 1915 corresponden a varones y el 49,5% (965) a mujeres. Siempre la edad de fallecimientos es superior en el sexo femenino (tablas 171, 172 y 173).

**Tabla 171. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1915.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	983	50,5	50,5
Mujer	965	49,5	100
Total	1.948	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 172. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1915.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	173	121,35	105,84	8,04
	MUJER	141	138,75	105,50	8,88

(p=0.148)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 173. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1915.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	807	44,27	25,11	,88
	MUJER	823	46,06	27,08	,94

(p=0.167)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.16.3. Mortalidad y edad

#### 3.16.3.1. Mortalidad en menores de un año

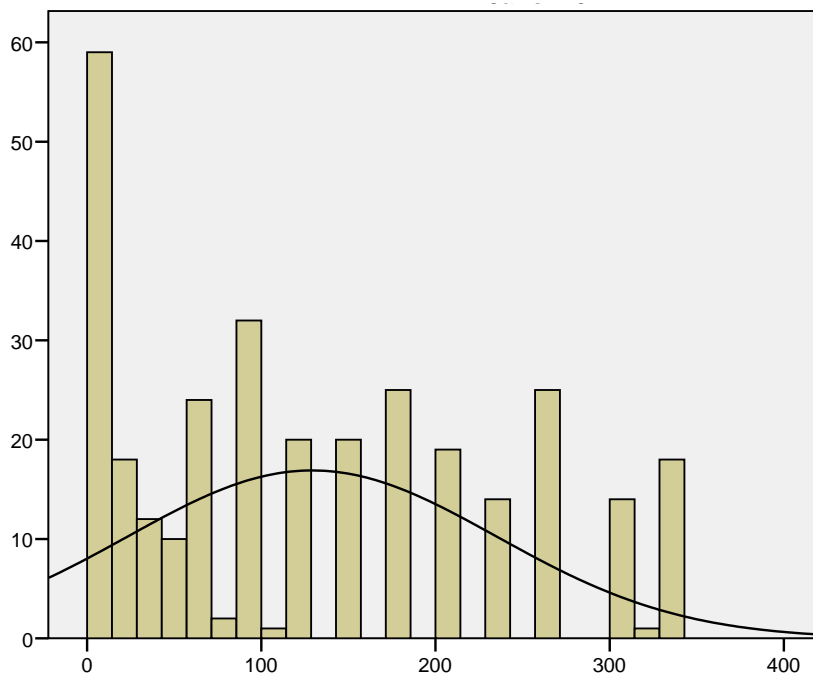
La edad media de fallecimientos de los niños es de 129,16 días, con un valor más frecuente en los 90 días, y una desviación típica de 105,88 días. El valor máximo es 330 días (tabla 174 y gráfico 62).

**Tabla 174. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1915.**

N	Válidos	314
Media		129,16
Mediana		97,50
Moda		90
Desv. típ.		105,88
Varianza		11211,06
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30,00
	75	210,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 62. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1915**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En 1915 la tasa de mortalidad infantil toma un valor de 183,52 por mil nacidos vivos; 50,85 por mil nacidos vivos para la tasa de mortalidad neonatal y 132,67 para la tasa de mortalidad postneonatal.

**Tabla 175. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1915.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	183,52
TMN	50,85
TMPN	132,67

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.16.3.2. Mortalidad en mayores de un año

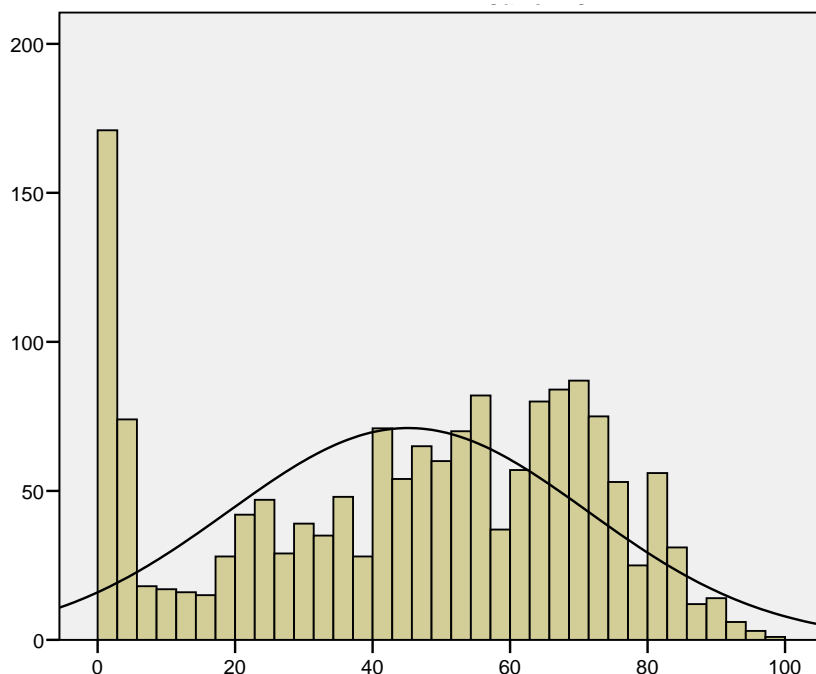
La edad media de los fallecidos en ese año para los mayores de un año es de 45,17. El resto de estadísticos y su distribución se pueden estudiar en la tabla 176 y el gráfico 63.

**Tabla 176. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1915.**

N	Válidos	1.630
Media		45,17
Mediana		49,50
Moda		1
Desv. típ.		26,13
Varianza		683,24
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	24,00
	75	67,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 63. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1915.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.16.4. Mortalidad y causas

Como sucede en todos los años que hemos visto hasta ahora (tabla 177), con la clasificación propia, coinciden las principales causas de muerte alterándose el orden de preeminencia de las mismas: tuberculosis (016), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), bronconeumonía (013), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024) y, en el décimo puesto, bronquitis y catarros bronquiales (014).

**Tabla 177. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1915.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	364	18,7	50,69
031	195	10	27,16
022	191	9,8	26,60
013	124	6,4	17,27
110	119	6,1	16,57
112	100	5,1	13,92
114	90	4,6	12,53
021	77	4	10,72
024	60	3,1	8,35
014	40	2,1	5,57

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La codificación de Bertillon aflora de nuevo causas ya conocidas por nosotros (tabla 178): tuberculosis pulmonar (01128), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), meningitis simple (02261), bronconeumonía (04491), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), endocarditis aguda (03378), diarreas y enteritis para los menores de dos años (05104), diarreas y enteritis para los de dos o mas años (05105).

**Tabla 178. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1915.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	255	13,1	35,51
02264	152	7,8	21,17
03385	151	7,8	21,03
11152	145	7,4	20,19
02261	109	5,6	15,18
04491	108	5,5	15,04
03381	81	4,2	11,28
03378	57	2,9	7,93
05104	43	2,2	5,98
05105	43	2,2	5,98

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Con la CIE ocupan los nueve primeros lugares los mismos grupos que en 1914 (tabla 179 y gráfico 64): enfermedades circulatorias, infecciosas, enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso, del tubo digestivo, las que tienen origen en el periodo perinatal, neoplasias, enfermedades del aparato genitourinario, las anomalías congénitas. En décimo lugar, nos aparecen los síntomas, signos y estados mal definidos.

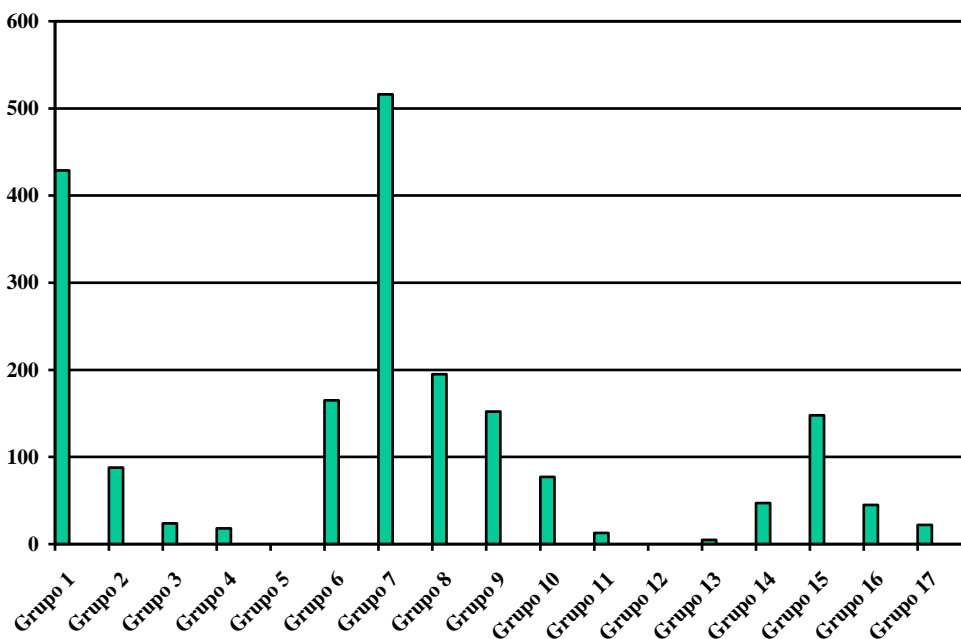
**Tabla 179. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1915.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	429	22	59,75
2	88	4,5	12,25
3	24	1,2	3,34
4	18	0,9	2,50
6	165	8,5	22,98
7	516	26,5	71,87
8	195	10	27,16
9	152	7,8	21,17
10	77	4	10,72
11	13	0,7	1,81
13	5	0,3	0,69
14	47	2,4	6,54
15	148	7,6	20,61
16	45	2,3	6,26
17	22	1,1	3,06

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 64. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1915**





## 3.17. La mortalidad en el año 1916

### 3.17.1. Mortalidad general

Un total de 2.190 son los registros de defunción de este año 1916 que proporcionan una tasa de mortalidad de 30,09 por mil habitantes (2.190/72.759), cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>318</sup>.

El número de registros por meses se presentan en la tabla 180 y gráfico 65.

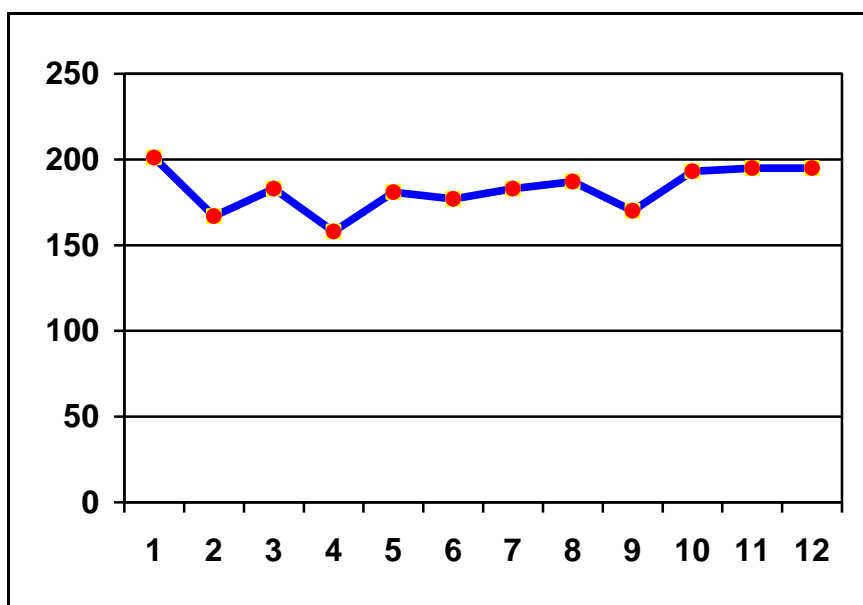
**Tabla 180. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1916.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	201	9,2	9,2
Febrero	167	7,6	16,8
Marzo	183	8,4	25,2
Abril	158	7,2	32,4
Mayo	181	8,3	40,6
Junio	176	8,1	48,7
Julio	183	8,4	57,1
Agosto	187	8,5	65,6
Septiembre	170	7,8	73,4
Octubre	193	8,8	82,2
Noviembre	195	8,9	91,1
Diciembre	195	8,9	100
Total	2.190	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>318</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 65. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1916.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

El índice de Swaroop y su desagregación por sexo lo vemos en la tabla siguiente (181).

Tabla 181. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1916.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1916	Índice Swaroop – Uemura
Total	870	2.190	39,72%
Varón	401	2.190	18,31%
Mujer	469	2.190	21,41%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.17.2. Mortalidad y sexo

El 50,1% (1.098) de las defunciones sucedidas en 1916 corresponden a varones y el 49,9% (1.092) a mujeres. La distribución por sexos y edad muestra una diferencia significativa en los mayores de un año a favor del sexo femenino (tablas 182, 183 y 184).

**Tabla 182. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1916.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.098	50,1	50,1
Mujer	1.092	49,9	100
Total	2.190	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 183. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1916.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	172	125,47	100,65	7,67
	MUJER	169	142,63	104,44	8,03

(p=0.123)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 184. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1916.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	920	40,56	26,78	,88
	MUJER	923	44,80	29,26	,96

(p=0.001)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.17.3. Mortalidad y edad

#### 3.17.3.1. Mortalidad en menores de un año

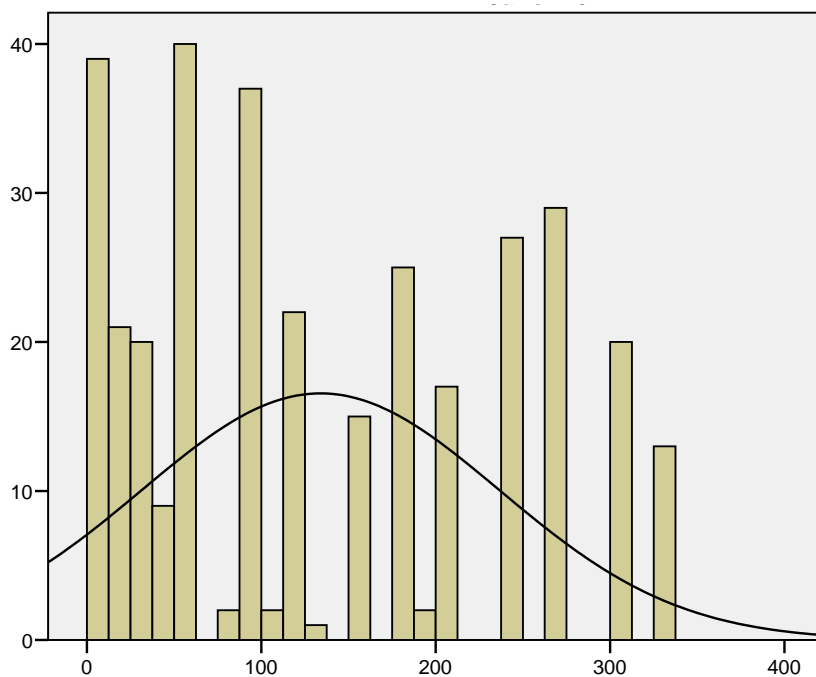
En el año 1916, la edad media de los niños menores de un año es 133,97 días, con un valor más frecuente en los 60 días, y una desviación típica de 102,75 días. El valor máximo es 330 días (tabla 185 y gráfico 66).

**Tema 185. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1916.**

N	Válidos	341
Media		133,97
Mediana		120,00
Moda		60
Desv. típ.		102,75
Varianza		10558,87
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	45,00
	75	240,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfica 66. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1916.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En la tabla 186 reflejamos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 190,18 por mil nacidos vivos. Predomina la mortalidad por causas exógenas como muestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal.

**Tabla 186. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1916.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	190,18
TMN	44,62
TMPN	145,57

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.17.3.2. Mortalidad en mayores de un año

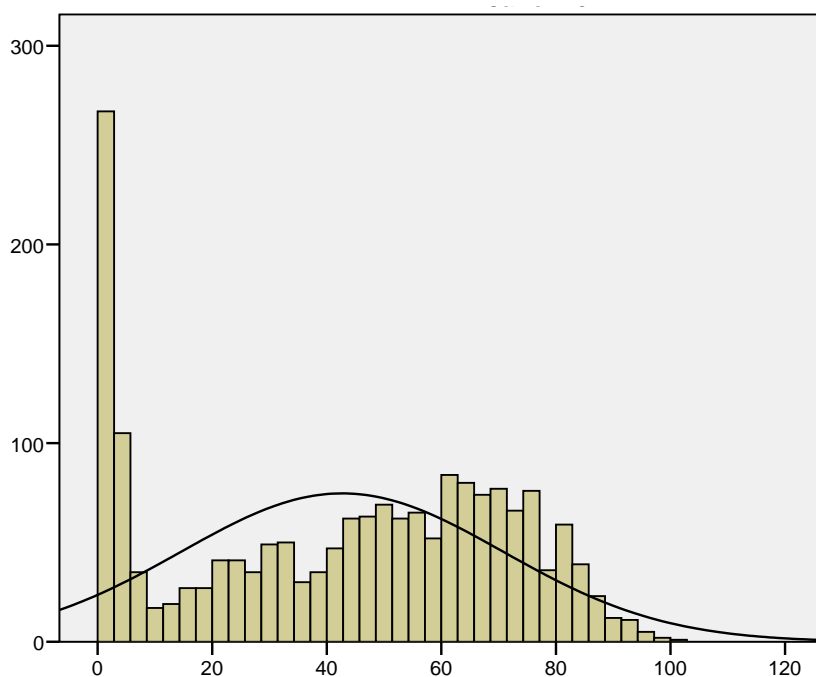
Son 1.843 los fallecidos en este año y periodo. La edad media es 42,69 años. Tenemos un rango de edad de 100 años, entre 1 y 101 años. El valor más frecuente es 1 año y la desviación típica es 28,12 (tabla 187). En el gráfico 67, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 187. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1916.**

N	Válidos	1.843
Media		42,69
Mediana		48,00
Moda		1
Desv. típ.		28,12
Varianza		791,12
Rango		100
Mínimo		1
Máximo		101
Percentiles	25	17,00
	75	66,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 67. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1916.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.17.4. Mortalidad y causas

En 1916, el orden de prelación de las causas registradas codificadas según la clasificación propia es el siguiente (tabla 188): tuberculosis (016), enfermedades nutricionales infantiles (031), bronconeumonía (013), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), bronquitis y catarros bronquiales (014), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024).

**Tabla 188. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1916.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	375	17,1	51,54
031	191	8,7	26,25
013	184	8,4	25,28
022	184	8,4	25,28
112	132	6	18,14
110	103	4,7	14,15
114	91	4,2	12,50
014	68	3,1	9,34
021	68	3,1	9,34
024	62	2,8	8,52

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Vemos como la tasa de mortalidad por tuberculosis (016) es casi el doble que la segunda causa registrada, las enfermedades nutricionales infantiles (031).

La clasificación de Bertillon aporta el siguiente orden, algo diferente a la de años precedentes (tabla 189): tuberculosis pulmonar (01128), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), bronconeumonía (04491), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), meningitis simple (02261), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), diarreas y enteritis para los menores de dos años (05104), endocarditis aguda (03378), diarreas y enteritis para los de dos o más años (05105).

**Tabla 189. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1916.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	260	11,9	35,73
03385	176	8	24,18
04491	158	7,2	21,71
11152	150	6,8	20,61
02264	148	6,8	20,34
02261	92	4,2	12,64
03381	73	3,3	10,03
05104	66	3	9,07
03378	53	2,4	7,28
05105	53	2,4	7,28

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al agrupar según la CIE las enfermedades del aparato circulatorio (grupo 7) siguen siendo las que tienen la tasa de mortalidad más elevada con un valor de 72,15 por 10.000 con un 24% de mortalidad proporcional, le siguen las enfermedades agrupadas en infecciosas y parasitarias (grupo 1) con una tasa de 69,27 por 10.000, siendo el 23% de toda la mortalidad (tabla 190 y gráfico 68).

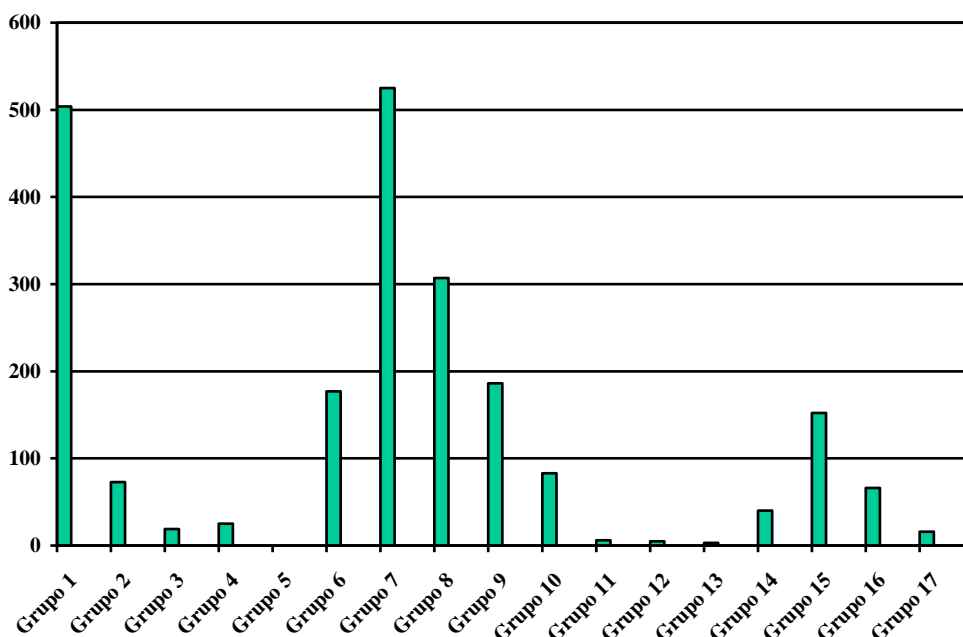
**Tabla 190. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1916.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	504	23	69,27
2	73	3,3	10,03
3	19	0,9	2,61
4	25	1,1	3,43
6	177	8,1	24,32
7	525	24	72,15
8	307	14	42,19
9	186	8,5	25,56
10	83	3,8	11,40
11	6	0,3	0,82
12	5	0,2	0,68
13	3	0,1	0,41
14	40	1,8	5,49
15	152	6,9	20,89
16	66	3	9,07
17	16	0,7	2,19

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 68. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1916**





## 3.18. La mortalidad en el año 1917

### 3.18.1. Mortalidad general

El número de registros analizados fue de 2.160, obteniéndose una tasa general de mortalidad de 29,29 por mil habitantes, cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>319</sup>. La población total de la ciudad fue estimada en 73.733 habitantes.

La distribución mensuales puede observar en la tabla 191 y el gráfico 69.

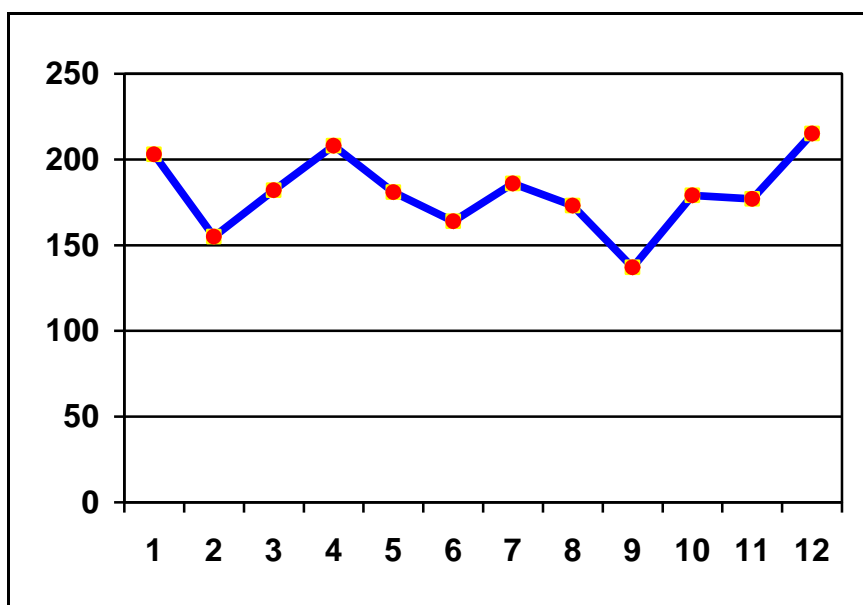
**Tabla 191. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1917.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	203	9,4	9,4
Febrero	155	7,2	16,6
Marzo	182	8,4	25
Abril	208	9,6	34,6
Mayo	181	8,4	43
Junio	164	7,6	50,6
Julio	186	8,6	59,2
Agosto	173	8	67,2
Septiembre	137	6,3	73,6
Octubre	179	8,3	81,9
Noviembre	177	8,2	90
Diciembre	215	10	100
Total	2.160	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>319</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 69. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1917.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos entre las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 43,93%. En la tabla 192, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos, siendo apreciablemente mayor en el caso de las mujeres.

Tabla 192. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1917.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1917	Índice Swaroop – Uemura
Total	949	2.160	43,93%
Varón	441	2.160	20,41%
Mujer	508	2.160	23,51%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.18.2. Mortalidad y sexo

Las defunciones registradas se distribuyen en un total de 1.086 (50,3%) varones y de 1.069 (49,5%) mujeres. El comportamiento de la edad media de fallecimientos según sexo se presenta en las tablas siguientes (tablas 193, 194 y 195).

**Tabla 193. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1917.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin datos	5	,2	,2
	Varón	1.086	50,3	50,5
	Mujer	1.069	49,5	100
	Total	2.160	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2014

**Tabla 194. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1917.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD	VARÓN	157	132,44	99,51	7,94
DÍAS	MUJER	136	131,48	105,45	9,04

(p=0.936)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 195. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1917.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD	VARÓN	923	43,32	25,00	,82
AÑOS	MUJER	930	49,02	26,85	,88

(p=0.000)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.18.3. Mortalidad y edad

#### 3.18.3.1. Mortalidad en menores de un año

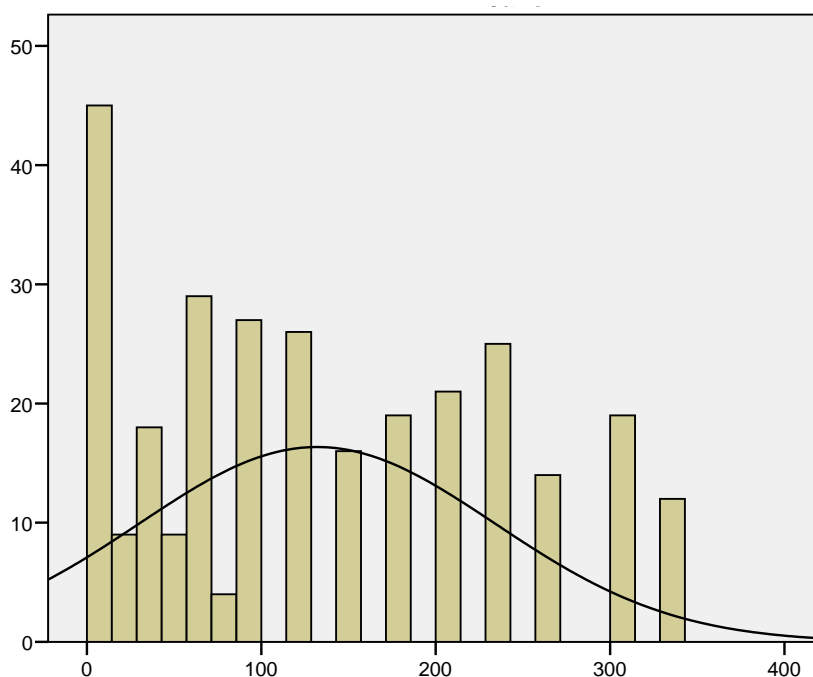
En el año 1917, la edad media de los niños que mueren es 131,99 días, con un valor más frecuente en los 60 días, y una desviación típica de 102,13 días. El valor máximo es 341 días (tabla 196 y gráfico 70).

**Tabla 196. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año de edad. Cádiz 1917.**

N	Válidos	293
Media		131,99
Mediana		120,00
Moda		60
Desv. típ.		102,13
Varianza		10432,39
Rango		340
Mínimo		1
Máximo		341
Percentiles	25	43,00
	75	210,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 70. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1917**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Se observa en este año una tasa más baja de mortalidad infantil con un valor de 168,10 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal es de 39,59 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad postneonatal de 128,51 (tabla 197).

**Tabla 197. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1917.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	168,10
TMN	39,59
TMPN	128,51

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.18.3.2. Mortalidad en mayores de un año

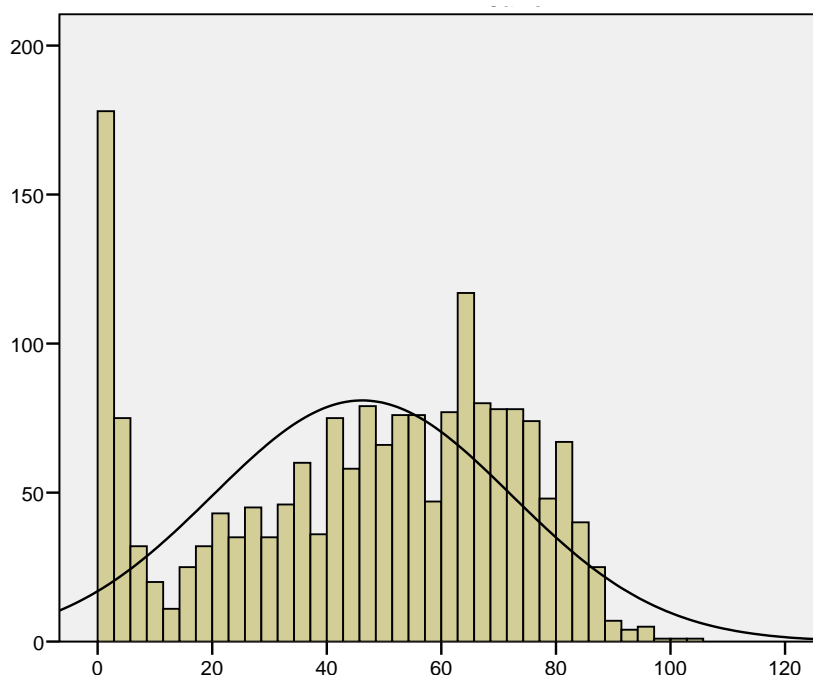
En la tabla 198 se presentan los datos estadísticos de los 1.853 fallecidos mayores de un año. La media de edad de fallecimiento es 46,18 años con un valor mínimo de 1 y un máximo de 103 años. La moda es 1 año y la desviación típica, 26,10. En el gráfico 71, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 198. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1917.**

N	Válidos	1.853
Media		46,18
Mediana		50,00
Moda		1
Desv. típ.		26,10
Varianza		681,26
Rango		102
Mínimo		1
Máximo		103
Percentiles	25	26,50
	75	67,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 71. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1917.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### **3.18.4. Mortalidad y causas**

La clasificación de causas según la codificación propia es la siguiente (tabla 199): tuberculosis (016), enfermedades cerebrovasculares (022), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), y bronquitis y catarros bronquiales (014).

**Tabla 199. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1917.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	381	17,6	51,67
022	183	8,5	24,81
013	162	7,5	21,97
031	146	6,8	19,80
114	132	6,1	17,90
112	114	5,3	15,46
110	107	5	14,51
024	84	3,9	11,39
021	74	3,4	10,03
014	62	2,9	8,40

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Mediante la codificación de Bertillon se obtiene el siguiente ordenamiento (tabla 200): tuberculosis pulmonar (01128), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), bronconeumonía (04491), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), meningitis simple (02261), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), endocarditis aguda (03378), diarreas y enteritis para los menores de dos años (05104), y, aparece por primera vez la nefritis aguda (06119).

**Tabla 200. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1917.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	279	12,9	37,83
03385	228	10,6	30,92
02264	145	6,7	19,66
04491	135	6,3	18,30
11152	107	5	14,51
02261	101	4,7	13,69
03381	78	3,6	10,57
03378	74	3,4	10,03
05104	68	3,1	9,22
06119	45	2,1	6,10

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

La agrupación obtenida mediante la CIE, se puede estudiar en la tabla 201 y el gráfico 72.

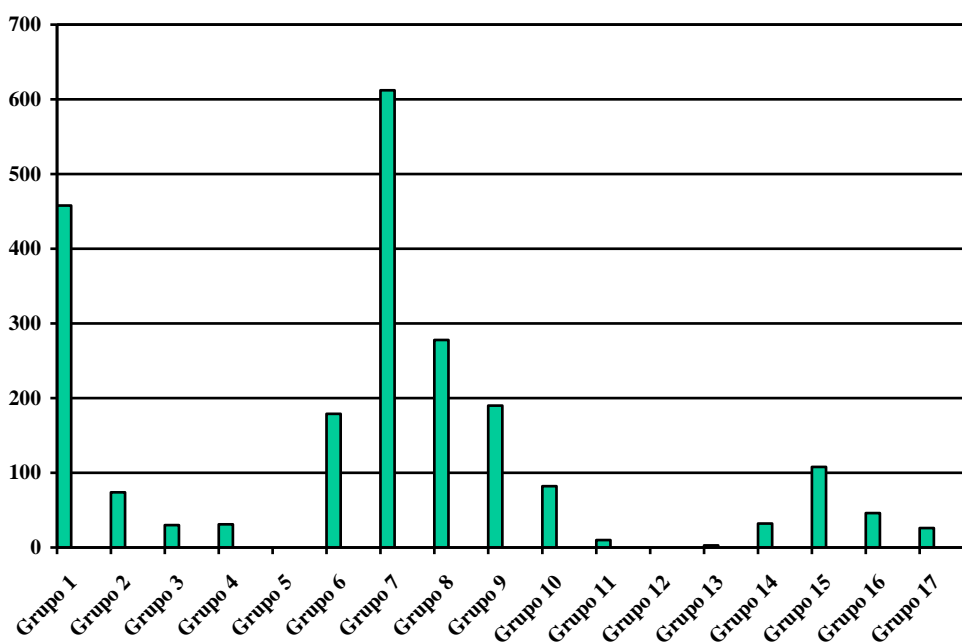
**Tabla 201. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según la clasificación CIE – 9. Cádiz 1917.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	458	21,2	62,11
2	74	3,4	10,03
3	30	1,4	4,06
4	31	1,4	4,20
6	179	8,3	24,27
7	612	28,3	83
8	278	12,9	37,70
9	190	8,8	25,76
10	82	3,8	11,12
11	10	0,5	1,35
13	3	0,1	0,40
14	32	1,5	4,34
15	108	5	14,64
16	46	2,1	6,23
17	26	1,2	3,52

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 72. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1917**





## 3.19. La mortalidad en el año 1918

### 3.19.1. Mortalidad general

En este año 1918 el número de registros de defunción asciende a 2.598, con una tasa bruta de mortalidad de 34,76 por mil habitantes, cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>320</sup>. La población estimada fue de 74.721 habitantes.

La distribución mensual y el perfil de la misma se pueden ver en la tabla 202 y el gráfico 73.

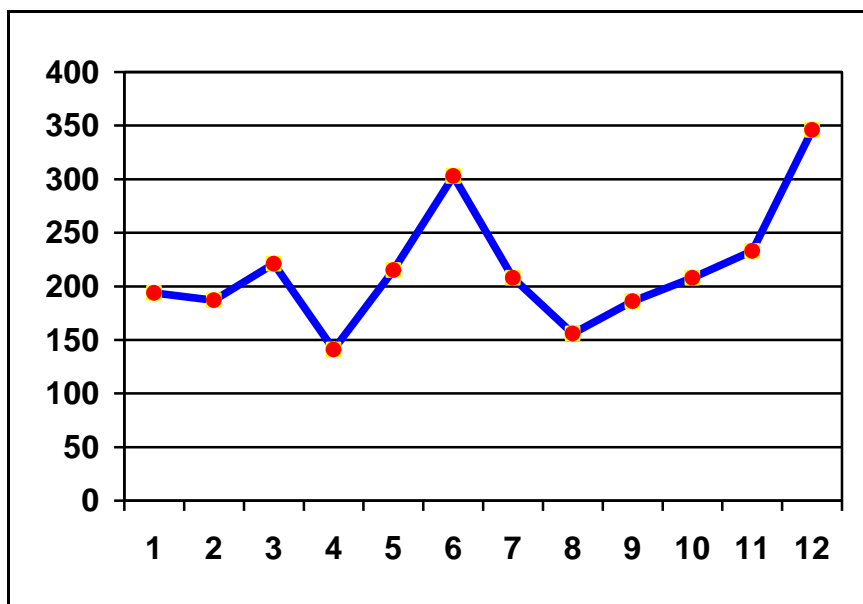
Tabla 202. distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1918.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	194	7,5	7,5
Febrero	187	7,2	14,7
Marzo	221	8,5	23,2
Abril	141	5,4	28,6
Mayo	215	8,3	36,9
Junio	303	11,7	48,5
Julio	208	8	56,5
Agosto	156	6	62,5
Septiembre	186	7,2	69,7
Octubre	207	8	77,7
Noviembre	233	9	86,7
Diciembre	346	13,3	100
Total	2.598	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>320</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 73. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1918.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

Respecto a la proporción de fallecimientos de las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 38,58%. En la tabla 203, podemos observar la proporción de fallecimientos total y por sexos.

Tabla 203. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1918.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1918	Índice Swaroop – Uemura
Total	1.002	2.598	38,56%
Varón	479	2.598	18,43%
Mujer	523	2.598	20,13%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.19.2. Mortalidad y sexo

En este año, el 51,6% (1.340) de las defunciones registradas corresponden a varones y el 48,4% (1.258) a mujeres. Fallecen más tarde los varones que las mujeres en los menores de un año, mientras que en los mayores, fallecen más tarde las mujeres. Si observamos la diferencia de edad en los fallecimientos de los mayores de un año entre los dos sexos, comprobamos que es de algo más de tres años y es estadísticamente significativa (tablas 204, 205 y 206).

**Tabla 204. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1918.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.340	51,6	51,6
Mujer	1.258	48,4	100
Total	2.598	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 205. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1918.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	187	143,57	104,83	7,66
	MUJER	174	135,99	106,55	8,07

(p=0.497)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 206. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1918.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. De la media
EDAD AÑOS	VARÓN	1.146	40,74	25,299	,747
	MUJER	1.083	43,75	27,735	,843

(p=0.008)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.19.3. Mortalidad y edad

#### 3.19.3.1. Mortalidad en menores de un año

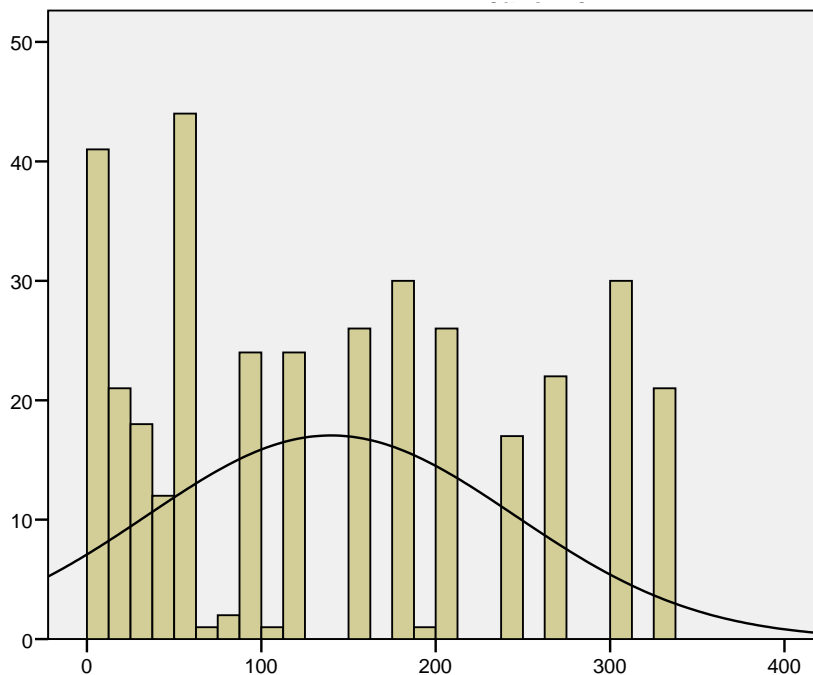
En 1918, la edad media de los niños que mueren es 139,92 días, con un valor más frecuente en los 60 días, y una desviación típica de 105,58 días. El valor máximo es 330 días (tabla 207 y gráfico 74).

Tabla 207. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1918.

N	Válidos	361
Media		139,92
Mediana		120,00
Moda		60
Desv. típ.		105,58
Varianza		11148,26
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	45,00
	75	225,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 74. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1918



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2014.

En la tabla 208 reflejamos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 207,11 por mil nacidos vivos. Predomina la mortalidad por causas exógenas como muestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal, 161,79 por mil nacidos vivos, sobre la neonatal, 45,32 por mil nacidos vivos.

**Tabla 208. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1918.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	207,11
TMN	45,32
TMPN	161,79

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.19.3.2. Mortalidad en mayores de un año

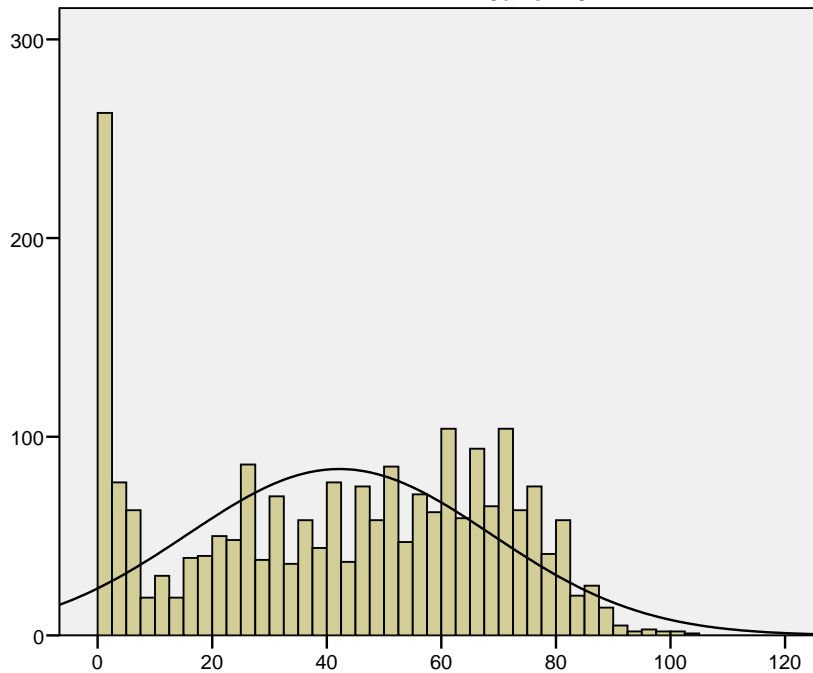
La edad media de fallecimiento es 42,20 años, siendo el valor mínimo de 1 y el máximo de 105 años (tabla 209). Continúa repitiéndose como valor más frecuente 1 año y la desviación típica es 26,54. En el gráfico 75, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 209. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1918.**

N	Válidos	2.229
Media		42,20
Mediana		45,00
Moda		1
Desv. típ.		26,547
Varianza		704,759
Rango		104
Mínimo		1
Máximo		105
Percentiles	25	20,00
	75	65,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 75. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1918**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.19.4. Mortalidad y causas

Al codificar según la primera de las clasificaciones utilizadas ha sido característico en este año, la irrupción de la gripe y otras complicaciones gripales (113) en el quinto puesto (tabla 210), con una tasa de mortalidad específica de 23,95 por 10.000. El resto mantiene uniformidad con la tónica de años precedentes: tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022). Siguen desde el sexto puesto: enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), bronquitis y catarros bronquiales (014). Cerramos este año con la parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024).

**Tabla 210. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1918.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	465	17,9	62,23
013	215	8,3	28,77
031	214	8,2	28,64
022	186	7,2	24,89
113	179	6,9	23,95
112	161	6,2	21,54
114	137	5,3	17,93
110	133	5,1	17,80
014	76	2,9	10,17
024	73	2,8	9,77

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Al codificar según Bertillon hace, también, su entrada la gripe (01110) ocupando el cuarto lugar, con una tasa de mortalidad que prácticamente es la misma que la obtenida con la clasificación propia, del orden de 23,82 por 10.000. El resto no tiene diferencias significativas con los años anteriores, siguiendo el siguiente orden: tuberculosis pulmonar (01128), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), bronconeumonía (04491), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), meningitis simple (02261), diarreas y enteritis para los menores de dos años (05104), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381), diarreas y enteritis para los de dos o más años (05105) (tabla 211).

**Tabla 211. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1918.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	349	13,4	46,70
03385	232	8,9	31,04
04491	181	7	24,22
01110	178	6,9	23,82
11152	153	5,9	20,47
02264	149	5,7	19,94
02261	130	5	17,39
05104	81	3,1	10,84
03381	73	2,8	9,77
05105	64	2,5	8,56

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Según la CIE en los seis primeros puestos encontramos el mismo orden que en el año precedente (tabla 212 y gráfico 76): afecciones circulatorias, enfermedades infecciosas, enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo, del sistema nervioso, las que tienen origen en el periodo perinatal. Aparece en séptimo lugar los síntomas, signos y estados mal definidos. En octavo, las del aparato genitourinario. En noveno, las neoplasias. Y en el décimo, las anomalías congénitas. Hemos de resaltar que si bien el orden es el mismo, la tasa de mortalidad específica del grupo 1 (enfermedades infecciosas) ha pasado del 62,11 a 77,08 por 10.000 motivado por la epidemia de gripe.

**Tabla 212. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1918.**

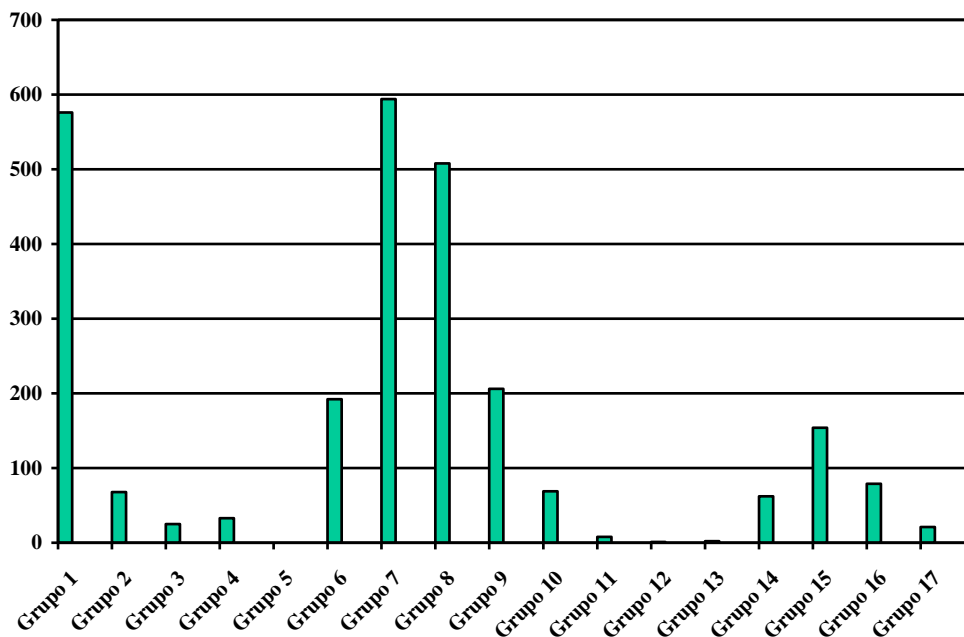
GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	576	22,2	77,08
2	68	2,6	9,10
3	25	1	3,34
4	33	1,3	4,41
6	192	7,4	25,69
7	594	22,9	79,49
8	508	19,6	67,98
9	206	7,9	27,56
10	69	2,7	9,23
11	8	0,3	1,07
12	1	0	0,13
13	2	0,1	0,26
14	62	2,4	8,29
15	153	5,9	20,47
16	79	3,0	10,57
17	21	0,8	2,81

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.



Gráfico 76. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1918



## 3.20. La mortalidad en el año 1919

### 3.20.1. Mortalidad general

En la tabla 213 y el gráfico 77, hemos recogido la distribución mensual de un total de 2.563 decesos, que origina una tasa bruta de mortalidad de 33,84 por mil habitantes, cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>321</sup>. La población estimada fue de 75.723 habitantes.

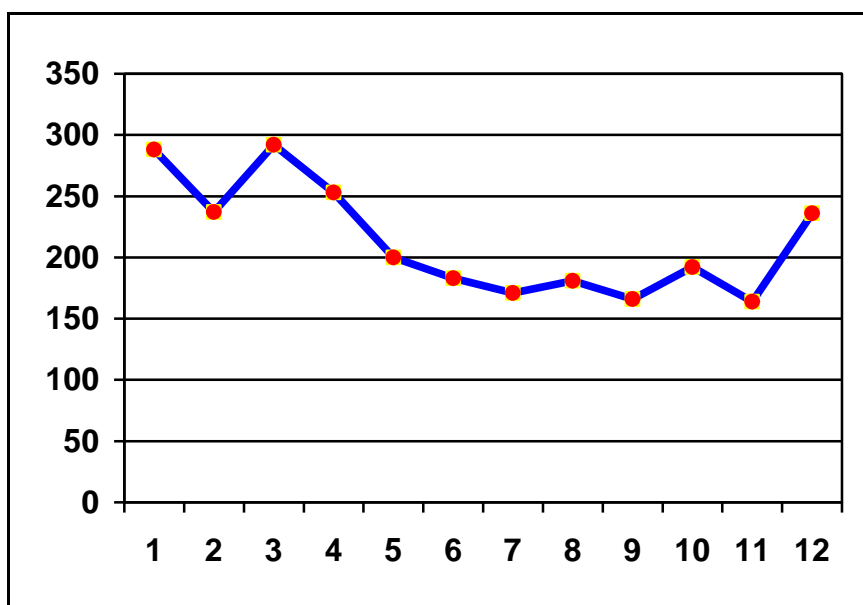
Tabla 213. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1919.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	288	11,2	11,2
Febrero	237	9,2	20,5
Marzo	292	11,4	31,9
Abril	253	9,9	41,7
Mayo	200	7,8	49,6
Junio	183	7,1	56,7
Julio	171	6,7	63,4
Agosto	181	7,1	70,4
Septiembre	166	6,5	76,9
Octubre	192	7,5	84,4
Noviembre	164	6,4	90,8
Diciembre	236	9,2	100
Total	2.563	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>321</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 77. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1919.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En la tabla 214, podemos observar la proporción de fallecimientos de las personas de más de 50 años respecto al total y por sexos.

Tabla 214. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1919.

Total y por sexos	Número de fallecidos $\geq 50$ años	Total fallecidos en 1919	Índice Swaroop – Uemura
Total	1.020	2.563	39,79%
Varón	494	2.563	19,27%
Mujer	526	2.563	20,52%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.20.2. Mortalidad y sexo

El 52% (1.332) de las defunciones en 1919 corresponden a varones y el 48% (1.231) a mujeres. Tanto en los menores como en los mayores de un año, la edad media de fallecimientos es superior en las mujeres que en los hombres (tablas 215, 216 y 217).

**Tabla 215. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1919.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	1.332	52	52
Mujer	1.231	48	100
Total	2.563	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 216. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1919.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	181	130,83	105,50	7,84
	MUJER	151	133,56	111,98	9,13

(p=0.820)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 217. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1919.**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	1.146	41,17	25,26	,74
	MUJER	1.079	44,29	28,29	,86

(p=0.006)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.20.3. Mortalidad y edad

#### 3.20.3.1. Mortalidad en menores de un año

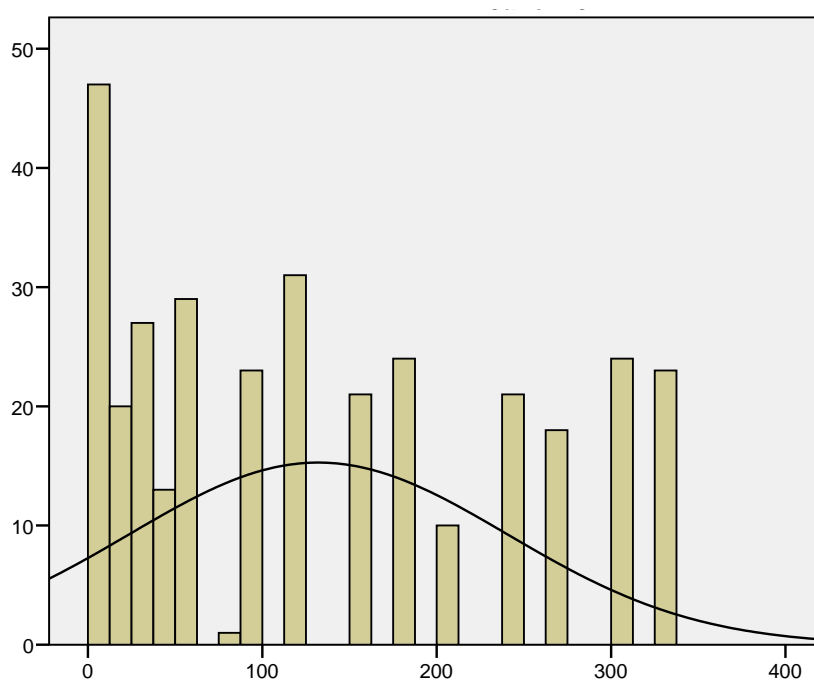
La edad media de los niños fallecidos menores de un año de edad es 132,07 días, con un valor más frecuente en los 120 días, y una desviación típica de 108,34 días. El valor máximo es 330 días (tabla 218 y gráfico 78).

**Tabla 218. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1919.**

N	Válidos	332
Media		132,07
Mediana		120,00
Moda		120
Desv. típ.		108,34
Varianza		11738,67
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	30,00
	75	240,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 78. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1919.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En 1919 la tasa de mortalidad infantil es 192,46 por mil nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal es 52,75, y la tasa de mortalidad postneonatal es 139,71 por mil nacidos vivos.

**Tabla 219. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1919.**

COMPONENTES	TMI POR MIL
TMI	192,46
TMN	52,75
TMPN	139,71

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.20.3.2. Mortalidad en mayores de un año

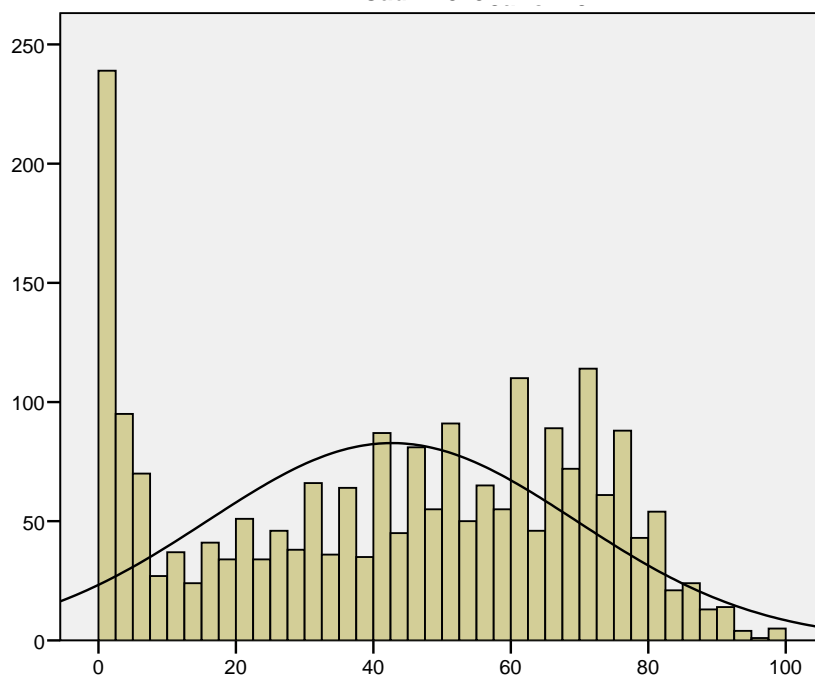
La media de edad de los fallecimientos es de 42,68 años. El valor mínimo es 1 y el máximo 100. La moda es 1 y la desviación típica 26,81 años (tabla 220 y gráfico 79).

**Tabla 220. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1919.**

N	Válidos	2.225
Media		42,68
Mediana		46,00
Moda		1
Desv. típ.		26,81
Varianza		718,89
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	19,00
	75	66,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 79. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1919.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### **3.20.4. Mortalidad y causas**

En 1919, mediante la clasificación propia sigue apareciendo la gripe (113) entre las 10 primeras causas codificadas, en concreto, en el noveno puesto (tabla 221), con una tasa específica de mortalidad de 13,33 por 10.000. El resto de causas se mantiene con algunos cambios, siendo el orden el siguiente: tuberculosis (016), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), bronconeumonía (013), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), bronquitis y catarros bronquiales (014), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110) y, en último lugar, después de la gripe y complicaciones, la arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021).

**Tabla 221. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1919.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	492	19,2	64,97
031	202	7,9	26,67
022	194	7,6	25,62
013	154	6	20,33
112	142	5,5	18,75
114	124	4,8	16,37
014	111	4,3	14,65
110	111	4,3	14,65
113	101	3,9	13,33
021	75	2,9	9,90

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Con la clasificación de Bertillon la gripe (01110) desciende al sexto puesto respecto al año 1918. El resto de causas siguen el siguiente orden: tuberculosis pulmonar (01128), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), bronconeumonía (04491), meningitis simple (02261), diarreas y enteritis para los de dos o más años (05105), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381) y otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis) (04498) (tabla 222).

**Tabla 222. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1919.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	355	13,9	46,88
03385	215	8,4	28,39
02264	147	5,7	19,41
11152	131	5,1	17,30
04491	116	4,5	15,31
01110	101	3,9	13,33
02261	100	3,9	13,20
05105	79	3,1	10,43
03381	75	2,9	9,90
04498	65	2,5	8,58

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.



Con la CIE hay ciertas diferencias si comparamos el orden con el año anterior 1918 (tabla 223). Cambia el primer puesto, que ocupan ahora las enfermedades infecciosas (grupo 1), que llegan a casi la cuarta parte de la mortalidad con una altísima tasa de mortalidad específica de 84,25 por 10.000. Ahora el segundo lugar es ocupado por las enfermedades agrupadas en circulatorias (grupo 7) con casi la otra cuarta parte de la mortalidad proporcional. Las cuatro siguientes son las mismas: enfermedades del aparato respiratorio, del tubo digestivo, del sistema nervioso y las que tienen origen en el periodo perinatal. Tenemos en séptimo lugar, las afecciones del aparato genitourinario. En octavo, las neoplasias. En el noveno, las anomalías congénitas. Y en el décimo los síntomas, signos y estados mal definidos.

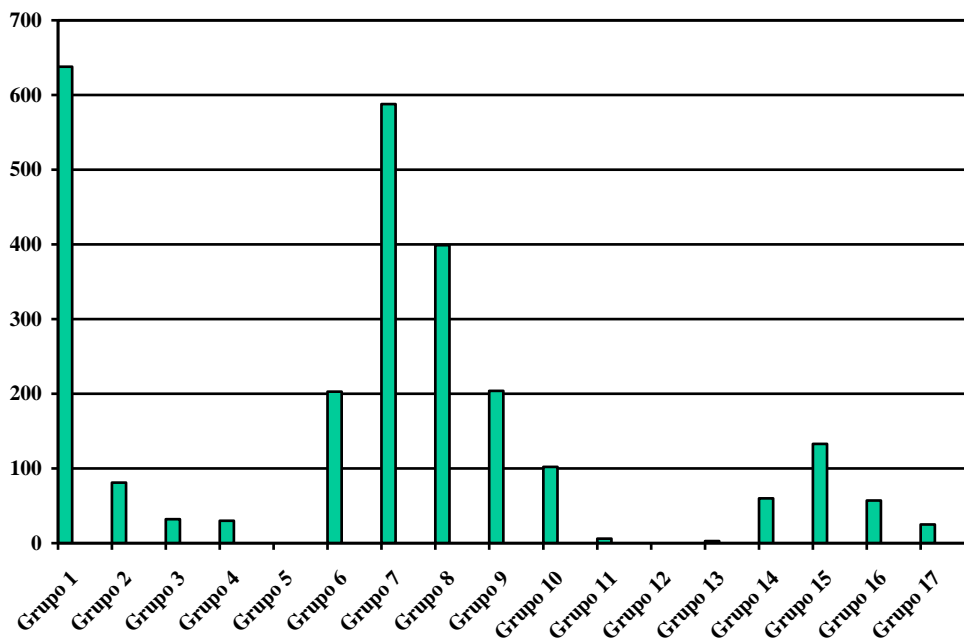
**Tabla 223. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1919.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	638	24,9	84,25
2	81	3,2	10,69
3	32	1,2	4,22
4	30	1,2	3,96
6	203	7,9	26,80
7	588	22,9	77,65
8	399	15,6	52,69
9	204	8	26,94
10	102	4	13,47
11	6	0,2	0,79
13	3	0,1	0,39
14	60	2,3	7,92
15	133	5,2	17,56
16	57	2,2	7,52
17	25	1	3,30

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Gráfico 80. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1919



## 3.21. La mortalidad en el año 1920

### 3.21.1. Mortalidad general

La tasa general de mortalidad se cifró en 29,27 por mil habitantes (2.246/76.718), cifras coincidentes en gran medida con las oficiales de la Reseña Estadística de la Provincia de Cádiz<sup>322</sup>. La distribución mensual se observa en la tabla 224 y el gráfico 81.

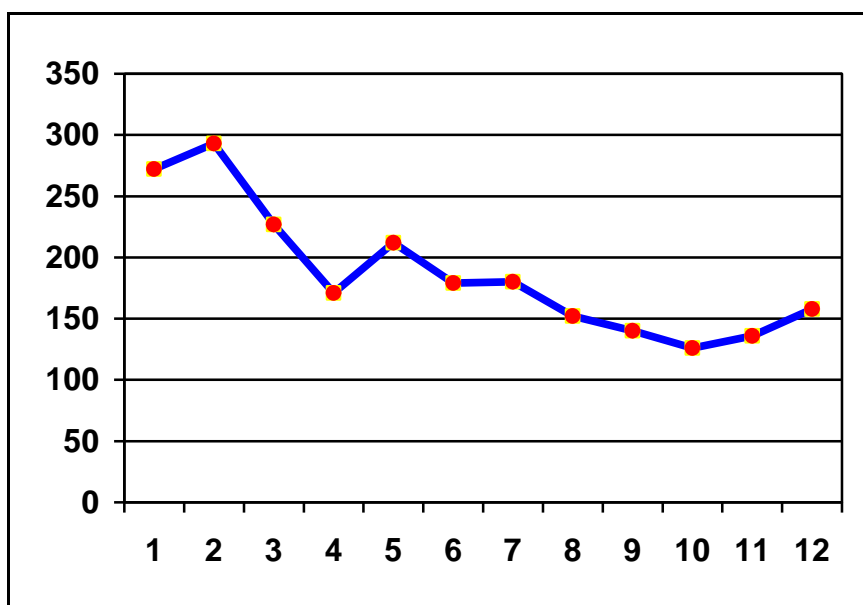
Tabla 224. Distribución mensual de los fallecidos. Cádiz 1920.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enero	272	12,1	12,1
Febrero	293	13	25,2
Marzo	227	10,1	35,3
Abril	171	7,6	42,9
Mayo	212	9,4	52,3
Junio	179	8	60,3
Julio	180	8	68,3
Agosto	152	6,8	75,1
Septiembre	140	6,2	81,3
Octubre	126	5,6	86,9
Noviembre	136	6,1	93
Diciembre	158	7	100
Total	2.246	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

<sup>322</sup> Reseña estadística de la Provincia de Cádiz. Madrid, 1957. Referenciado en Sáinz A. 2007. p.60.

Gráfico 81. Distribución mensual de fallecidos. Cádiz 1920.



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

La proporción de fallecimientos de las personas de 50 años y más con respecto al total de fallecidos es del 38,80%. Como si de una constante se tratara el índice de Swaroop es más elevado en las mujeres (tabla 225).

Tabla 225. Índice de Swaroop – Uemura general y por sexos. Cádiz 1920.

Total y por sexos	Número de fallecidos ≥ 50 años	Total fallecidos en 1920	Índice Swaroop – Uemura
Total	870	2.246	38,73%
Varón	397	2.246	17,67%
Mujer	473	2.246	21,06%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.21.2. Mortalidad y sexo.

El 49,6% (1.113) de las defunciones ocurridas en 1920 corresponden a varones y el 50,4% (1.132) a mujeres. La diferencia de la edad de fallecimiento con respecto al sexo siempre es favorable a las mujeres (tablas 226, 227 y 228).

**Tabla 226. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz 1920.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos Sin datos	1	,0	,0
Varón	1.113	49,6	49,6
Mujer	1.132	50,4	100
Total	2.246	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 227. Edad media en días de los fallecidos menores de un año por sexos. Cádiz 1920**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD DÍAS	VARÓN	191	131,33	96,37	6,97
	MUJER	187	141,17	106,51	7,79

(p=0.347)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Tabla 228. Edad media en años de los fallecidos mayores de un año por sexos. Cádiz 1920**

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EDAD AÑOS	VARÓN	919	41,04	24,97	,82
	MUJER	940	44,84	27,96	,91

(p=0.002)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.21.3. Mortalidad y edad

#### 3.21.3.1. Mortalidad en menores de un año

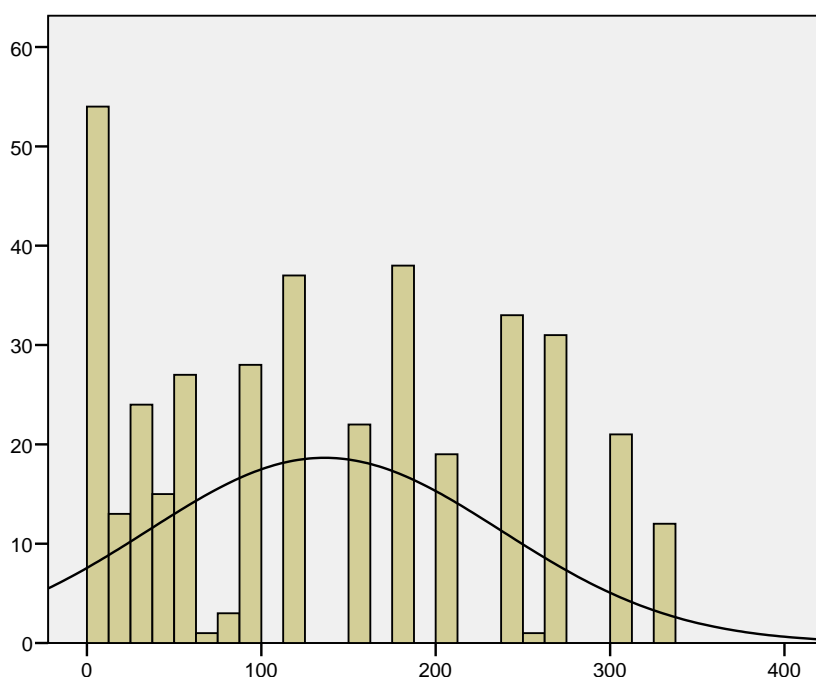
En el año 1920, la edad media de los menores de un año fallecidos es de 136,23 días. La edad más frecuente de fallecimiento se sitúa en 180 días, y la desviación típica es 101,37 días. El valor máximo es 330 días. El comportamiento estadístico de la variable se observa en la tabla 229 y el gráfico 82.

**Tabla 229. Estadísticos descriptivos de la edad en días para los menores de 1 año. Cádiz 1920.**

N	Válidos	379
Media		136,23
Mediana		120,00
Moda		180
Desv. típ.		101,37
Varianza		10275,99
Rango		329
Mínimo		1
Máximo		330
Percentiles	25	40,00
	75	240,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 82. Distribución de la edad en días de los fallecidos menores de un año. Cádiz 1920**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

En la tabla 230 reflejamos la tasa de mortalidad infantil, con un valor de 204,20 por mil nacidos vivos. Predomina la mortalidad por causas exógenas como muestra el mayor valor de la tasa de mortalidad postneonatal sobre la neonatal.

**Tabla 230. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1920.**

<b>COMPONENTES</b>	<b>TMI POR MIL</b>
TMI	204,20
TMN	48,49
TMPN	155,71

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### **3.21.3.2. Mortalidad en mayores de un año**

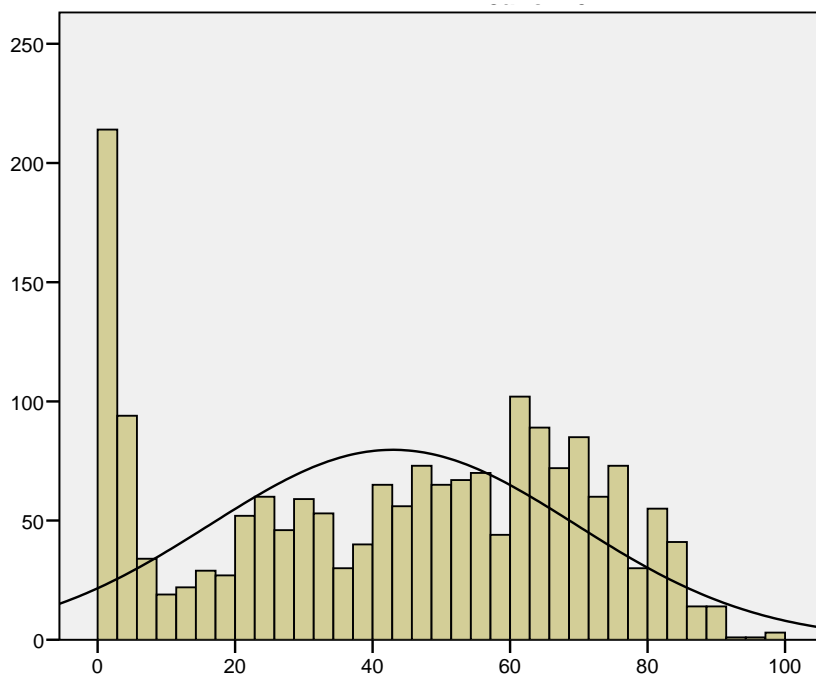
En el último año de nuestra serie, la edad media de los fallecidos es casi 43 años (siendo el valor mínimo 1 y el máximo 104 años). El valor más repetido es 1 año y la desviación típica 26,59 años (tabla 231). En el gráfico 83, observamos la distribución de la mortalidad en mayores de 1 año.

**Tabla 231. Estadísticos descriptivos de la edad en años para los iguales o mayores de 1 año. Cádiz 1920.**

N	Válidos	1.859
Media		42,96
Mediana		47,00
Moda		1
Desv. típ.		26,59
Varianza		707,08
Rango		99
Mínimo		1
Máximo		100
Percentiles	25	21,00
	75	65,00

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 83. Distribución de la edad en años de los fallecidos iguales o mayores de un año. Cádiz 1920.**



Fuente: Registro Civil de Cádiz.  
Elaboración propia, 2015.

### 3.21.4. Mortalidad y causas

En el último año de nuestra serie (tabla 232), se mantienen las ya conocidas causas de muerte según los códigos de la primera clasificación: tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), bronquitis y catarros bronquiales (014), parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardiacos (024) y, finalmente, arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021).



**Tabla 232. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1920.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
016	393	17,5	51,22
013	187	8,3	24,37
031	186	8,3	24,24
112	167	7,4	21,76
022	159	7,1	20,72
110	125	5,6	16,29
114	110	4,9	14,33
014	95	4,2	12,38
024	71	3,2	9,25
021	55	2,4	7,16

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

El orden obtenido al codificar según la clasificación de Bertillon es el que sigue (tabla 233): tuberculosis pulmonar (01128), hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385), bronconeumonía (04491), otras enfermedades peculiares de la primera infancia (11152), hemorragia cerebral y apoplejía (02264), meningitis simple (02261), diarreas y enteritis para los de dos o mas años (05105), diarreas y enteritis para los menores de dos años (05104), afecciones de las arterias, ateroma, aneurisma, etc. (03381) y otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis) (04498).

**Tabla 233. Mortalidad proporcional y tasa de mortalidad específica de las 10 primeras causas de muerte según la clasificación de Bertillon (1910). Cádiz 1920.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
01128	274	12,2	35,71
03385	200	8,9	26,07
04491	155	6,9	20,20
11152	129	5,7	16,81
02264	124	5,5	16,16
02261	122	5,4	15,90
05105	77	3,4	10,03
05104	73	3,3	9,51
03381	57	2,5	7,43
04498	57	2,5	7,43

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Mediante la CIE se obtiene el mismo patrón que en el año anterior (tabla 234 y gráfico 84).

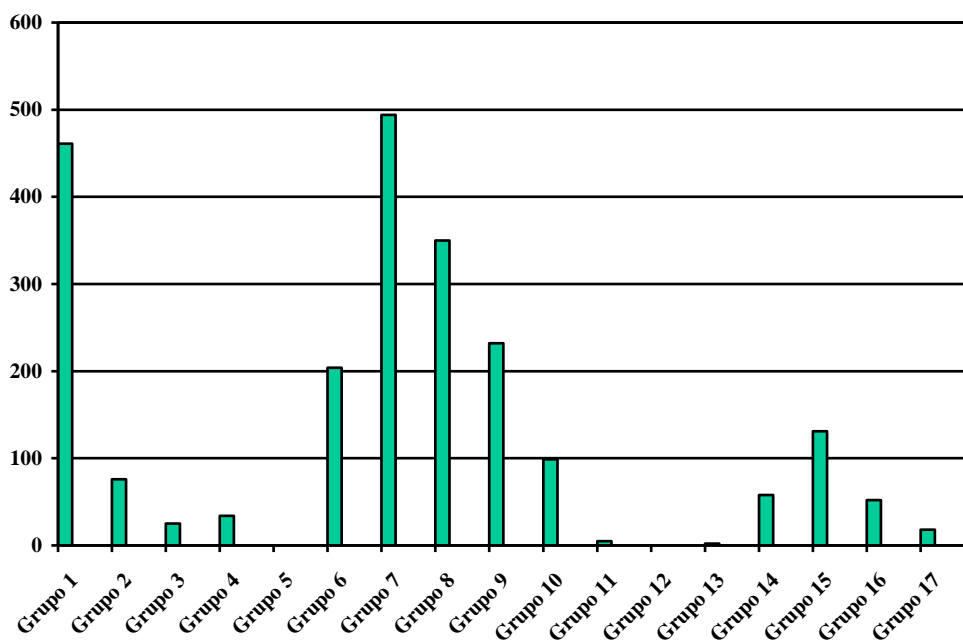
**Tabla 234. Mortalidad proporcional y específica por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1920.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL	TMEC por 10.000 habitantes
1	461	20.5	60.09
2	76	3.4	9.90
3	25	1.1	3.25
4	34	1.5	4.43
6	204	9.1	26.59
7	494	22.2	64.39
8	350	15.6	45.62
9	232	10.3	30.24
10	99	4.4	12.90
11	5	0.2	0.65
13	2	0.1	0.26
14	58	2.6	7.56
15	131	5.8	17.07
16	52	2.3	6.77
17	18	0.8	2.34

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 84. Distribución de fallecidos por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1920**



## 3.22. La mortalidad en el periodo completo (1900-1920)

### 3.22.1. Mortalidad general

En la tabla 235, donde resumimos los valores que hemos obtenido a partir de los datos recogidos en el Registro Civil podemos observar la evolución global de la mortalidad y del Índice de Swaroop – Uemura en el periodo total que ha abarcado nuestro estudio.

En el resumen de gráficas que exponemos a continuación, podemos observar la distribución mensual de fallecidos en cada uno de los años.

Tabla 235. Tasa bruta de mortalidad e índice de Swaroop – Uemura

AÑO	TBM	ISU
1900	33,94‰	35,62%
1901	33,39‰	41,29%
1902	36,03‰	32,15%
1903	28,95‰	39,22%
1904	32,28‰	35,83%
1905	30,93‰	38,74%
1906	32,44‰	37,67%
1907	29,88‰	36,87%
1908	28,58‰	38,71%
1909	30,44‰	38,71%
1910	28,37‰	39,97%
1911	29,14‰	42,18%
1912	29,43‰	39,17%
1913	26,56‰	42,21%
1914	28,99‰	41,13%
1915	27,08‰	41,83%
1916	30,09‰	39,72%
1917	29,29‰	43,93%
1918	34,76‰	38,56%
1919	33,84‰	39,79%
1920	29,27‰	38,73%
1900 – 1920	30,69‰	41,32%

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.22.2. Mortalidad y sexo

El 50,2% (22.740) de las defunciones ocurridas en este periodo de estudio corresponden a varones y el 49,8% (22.522) a mujeres.

**Tabla 236. Distribución de los fallecidos por sexo. Cádiz, 1900 – 1920.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin datos	7	,0	,0
	Varón	22.740	50,2	50,2
	Mujer	22.522	49,8	100
	Total	45.269	100	

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

### 3.22.3. Mortalidad y edad

#### 3.22.3.1. Mortalidad en menores de un año

En el conjunto de los años estudiados, son 7.518 los niños fallecidos que se encuentran incluidos en este periodo de edad. La edad media de los niños que mueren es 136,89 días. El valor que se repite con más frecuencia es el de 90 días. La desviación típica es 105,41 días. El valor máximo es 345 días (tabla 237).

**Tabla 237. Estadísticos descriptivos de los fallecidos menores de 1 año de edad, en el periodo 1900-1920.**

	Válidos
Valores obtenidos	7518
Media	136,89
Error típ. De la media	1,21
Mediana	120,00
Moda	90
Desv. típ.	105,41
Varianza	11111,35
Rango	344
-Mínimo	1
Máximo	345
Suma	1029151

Fuente: Registro civil. Elaboración propia, 2015.

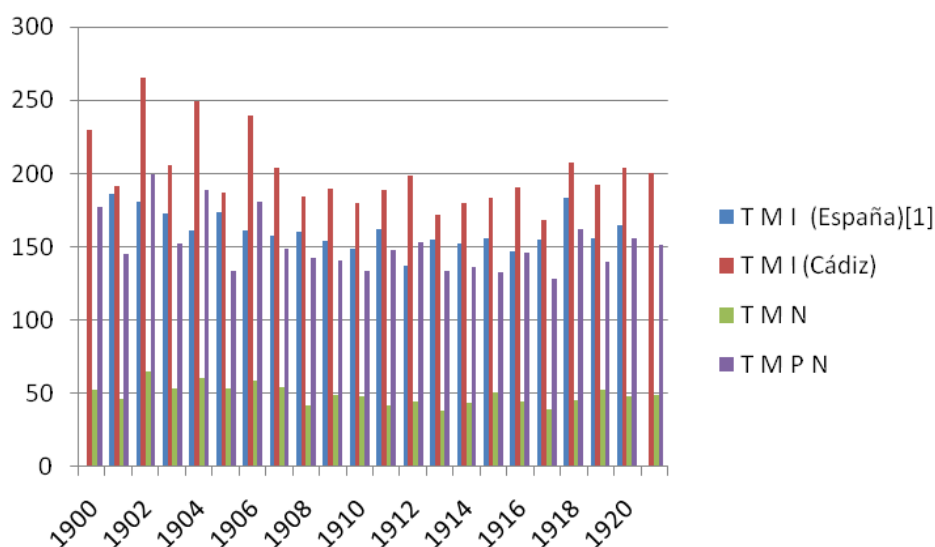
En la tabla 238 resumimos las tasas de mortalidad infantil, neonatal y postneonatal del periodo completo.

**Tabla 238. Tasa de Mortalidad Infantil y componentes de la Mortalidad Infantil. Cádiz 1900 - 1920.**

AÑO	TMI (España) <sup>323</sup>	TMI (Cádiz)	TMN	TMPN
1900	204,4‰ <sup>324</sup>	229,62‰	52,63‰	176,99‰
1901	186‰	191,48‰	46,02‰	145,46‰
1902	181‰	265,63‰	64,58‰	199,48‰
1903	173‰	206,04‰	53,40‰	152,64‰
1904	161‰	249,24‰	60,79‰	188,45‰
1905	174‰	186,69‰	53,58‰	133,11‰
1906	161‰	239,66‰	58,72‰	180,95‰
1907	158‰	203,60‰	54,52‰	149,07‰
1908	160‰	184,06‰	41,43‰	142,63‰
1909	154‰	189,51‰	49,25‰	140,79‰
1910	149‰	179,92‰	48,50‰	133,11‰
1911	162‰	189‰	41,64‰	147,36‰
1912	137‰	198,08‰	44,58‰	153,50‰
1913	155‰	171,99‰	38,42‰	133,57‰
1914	152‰	179,83‰	43,80‰	136,02‰
1915	156‰	183,52‰	50,85‰	132,67‰
1916	147‰	190,18‰	44,62‰	145,57‰
1917	155‰	168,10‰	39,59‰	128,51‰
1918	183‰	207,11‰	45,32‰	161,79‰
1919	156‰	192,46‰	52,75‰	139,71‰
1920	165‰	204,20‰	48,49‰	155,71‰
1900 - 1920	<sup>325</sup>	200,62‰	49,12‰	151,52‰

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 85. Tasas de Mortalidad Infantiles. Años 1900 - 1920**



Elaboración Propia, 2015.

<sup>323</sup> Tomado de Arbelo A. La Mortalidad de la Infancia en España. 1901 – 1950. Madrid: Instituto Balmes de Sociología – Dirección General de Sanidad; 1962. p. 262 - 3.

<sup>324</sup> La TMI de este año la hemos obtenido de: Navarro R, director. Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Madrid: Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible el 26/12/2012 en [www.publicaciones.isciii.es](http://www.publicaciones.isciii.es)

<sup>325</sup> No hemos podido calcular la TMI para nuestro periodo de estudio, puesto que en las fuentes consultadas, los datos que necesitábamos para el cálculo de este indicador, no estaban disponibles de forma completa, sino que presentaban diferentes niveles de desagregación.

### 3.22.3.2. Mortalidad en mayores de un año

Como resumen del periodo estudiado, recogemos 37.616 muertes. La edad media es de 43,12 años. El valor mínimo es 1 y el máximo 107 años. La moda es 1 año y la desviación típica es 27,26 años (tabla 239).

**Tabla 239. Estadísticos descriptivos de los fallecidos con edad igual o superior a 1 año, en el periodo 1900-1920**

	Válidos	
Valores		37.616
Media		43,12
Mediana		47,00
Moda		1
Desv. típ.		27,26
Varianza		743,51
Rango		106
Mínimo		1
Máximo		107

Fuente: Registro Civil. Elaboración propia, 2015.

### 3.22.4. Mortalidad y causas

Según la clasificación propia en todo el periodo estudiado (tabla 240), las causas de muerte principales son: tuberculosis (016), bronconeumonía (013), enfermedades nutricionales infantiles (031), enfermedades cerebrovasculares (022), enfermedades infecciosas del sistema nervioso (110), enfermedades infecciosas del aparato digestivo (112), infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), arterioesclerosis y denominaciones sinónimas (021), bronquitis y catarros bronquiales (014) y lesiones cardiacas y de vasos sanguíneos (027).

**Tabla 240. Mortalidad proporcional de las 10 primeras causas de muerte según clasificación propia. Cádiz 1900 - 1920.**

CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL
016	8.615	19
013	4.155	9,2
031	3.889	8,6
022	3.688	8,1
110	2.517	5,6
112	2.383	5,3
114	1.687	3,7
021	1.472	3,3
014	1.204	2,7
027	1.081	2,4

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

Según la CIE en el periodo completo (tabla 241), nos encontramos un predominio claro de procesos infecciosos y circulatorios, primer y segundo puesto, como causas de muerte. Le siguen, a distancia, enfermedades del aparato respiratorio, del sistema nervioso, del tubo digestivo, las que tienen origen en el periodo perinatal, las enfermedades tumorales, las del aparato genitourinario, las enfermedades endocrinas, nutritivas y metabólicas y trastornos de la inmunidad. Y, cerrando la lista de procesos implicados en el fallecimiento, las anomalías congénitas.

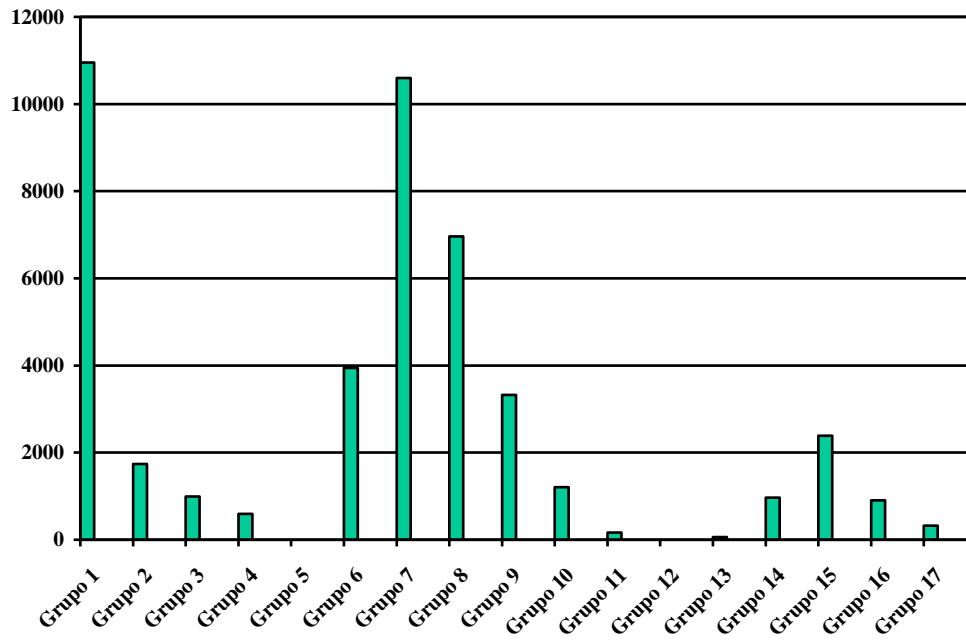
**Tabla 241. Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE – 9. Cádiz 1900 - 1920.**

GRUPO DE CAUSA	FRECUENCIA	MORTALIDAD PROPORCIONAL
1	10.954	24,2
2	1.737	3,8
3	991	2,2
4	593	1,3
5	1	0
6	3.943	8,7
7	10.601	23,4
8	6.963	15,4
9	3.327	7,3
10	1.206	2,7
11	168	0,4
13	64	0,1
14	969	2,1
15	2.387	5,3
16	909	2
17	322	0,7

(1 E. infecciosas; 2 Neoplasias; 3 E. endocrinas y metabólicas; 4 E. sangre; 5 T. mentales; 6 E. s. nervioso; 7 E. apto. Circulatorio; 8 E. apto. respiratorio; 9 E. apto. digestivo; 10 E. apto. genitourinario; 11 C. embarazo; 12 E. piel; 13 E. s. osteomuscular; 14 A. congénitas; 15 E. perinatales; 16 S. mal definidos; 17 L. y envenenamientos.)

Fuente: Registro Civil de Cádiz. Elaboración propia, 2015.

**Gráfico 86. Distribución de la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte según clasificación CIE-9. Cádiz 1900-1920**





## 3.23. Estudios específicos de mortalidad

### 3.23.1. Crisis de mortalidad

En este capítulo, estudiaremos las crisis de mortalidad que se produjeron empleando dos índices diferentes, que nos permitirá un abordaje de la misma desde un punto de vista global, en los años en los que se puede estudiar y en los que hipotéticamente se produjeron, y desde un punto de vista particular, considerando determinadas enfermedades que pudieron tener un comportamiento epidémico.

Para la primera parte de este epígrafe, hemos calculado el índice de Dupâquier, que como comentamos antes, ofrece una expresión matemática que estima la intensidad de la mortalidad durante un intervalo definido:

$$I = (D - M) \sigma^{-1}.$$

Dónde  $I$  es la intensidad de la crisis;  $D$  es el número de muertos en el año estudiado;  $M$  y  $\sigma$  son la media y la desviación típica de las defunciones de todos los años sin incluir el año estudiado, el anterior y el posterior. Este índice ( $I$ ) toma siempre valores positivos para años con mortalidades superiores a la media y, según su magnitud, permite clasificar las crisis de mortalidad según su intensidad<sup>326, 327</sup>:

Tabla 242.  
Intensidad de las crisis según índice de Dupâquier

	<b>CRISIS MENOR</b>	<b>CRISIS MEDIA</b>	<b>CRISIS FUERTE</b>	<b>CRISIS IMPORTANTE</b>	<b>GRAN CRISIS</b>	<b>CRISIS CATASTRÓFICA</b>
<b>I.D.</b>	1 – 2	2 – 4	4 – 8	8 – 16	16 – 32	> 32

Elaboración propia. 2015.

De todos los años estudiados, hemos visto que existe *sobremortalidad* en cifras absolutas por encima de 2.200 fallecidos en 1901, 1902, 1904, 1906,

<sup>326</sup> Álvarez E, 2008. p. 96.

<sup>327</sup> Criado FJ. 1999. p. 175.

1918 y 1919. Hemos excluido del cálculo de ese índice a los años 1901 y 1909 ya que faltan los datos de 1900 y de 1920. A modo de resumen, reseñamos lo obtenido en la tabla 244 donde queda claro cuando ha existido *sobremortalidad* con respecto al resto de años considerados.

**Tabla 243.**  
**Índice de Dúpaquier**

	1901	1902	1904	1906	1918	1919
I.D.		1,75	0,30	0,31	3,6	
I.D.		CRISIS MENOR	NO HAY CRISIS	NO HAY CRISIS	CRISIS MEDIA	

Elaboración propia, 2015.

Del año 1902 no podemos determinar a qué es atribuible la crisis menor que se presenta, ya que no hemos podido obtener el Índice Epidémico de ese año. De 1918 donde sí existe una crisis media, sí podemos atribuirla a la conocida epidemia de gripe de ese año.

Detectados los años con *sobremortalidad*, podemos particularizar cada año respecto a las enfermedades potencialmente epidémicas y, en los años con crisis globales de mortalidad, podemos estudiar a que podría ser atribuible. Para ello, disponemos del Índice Epidémico (IE). El cálculo del mismo lo hemos hecho, recurriendo a los datos obtenidos de la clasificación generada por nosotros y de la basada en Bertillon que se genera a partir del Movimiento Natural de la Población. Hemos empleado una u otra según que los datos fuesen más accesibles. Hay enfermedades que están englobadas en epígrafes más amplios, de forma que cuando esto se producía recurríamos a la que tenía mayor nivel de desagregación. Hay ciertas particularidades, por ejemplo el cólera, que aparece en la clasificación de Bertillon como dos entidades diferentes (cólera asiático y cólera nostras) y hemos citado los dos. De nuestra clasificación hemos manejado los datos de difteria, tos ferina, sarampión, gripe, paludismo, viruela. De la de Bertillon, cólera asiático, cólera nostras, fiebre tifoidea, tifus exantemático, escarlatina, y septicemia puerperal.

Además, sólo se puede valorar dicho IE a partir de 1905 ya que no podemos obtener el estadístico mediana desde 1900 a 1904, necesario para el

cálculo del mismo. Precisar, además, que en esta expresión algebraica los datos observados corresponden a la incidencia actual y los casos esperados a la incidencia habitual<sup>328</sup>:

$$\text{I.E.} = \text{N}^{\text{a}} \text{ DE CASOS OBSERVADOS} / \text{N}^{\text{o}} \text{ DE CASOS ESPERADOS.}$$

Cuando dicho índice es mayor, igual o menor que 1, las incidencias observadas son mayores, iguales o menores que las esperadas, lo que nos permite determinar si nos encontramos ante un brote. Hemos considerado que los valores positivos más cercanos a 1, por las razones expuestas, no los vamos a considerar episodios de *sobremortalidad*<sup>329</sup>.

En la tabla siguiente, vemos los IE de las distintas enfermedades consideradas a modo de resumen, datos que serán comentados, también, en el apartado de discusión.

**Tabla 244.**  
**Resumen de índices epidémicos de las principales enfermedades infecciosas**

	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
<b>DIF</b>	1,42	0,42	1,85	0,57	1	2	1,57	1,09	0,54	1,09	0,66	0,72	1,25	1,5	1	0,4
<b>TF</b>	2,5	2,2	2,2	1,8	0,22	0,1	0,44	1	0	0	5	0,5	2	1	3	0,5
<b>SAR</b>	3,75	0,06	0,1	4	0,75	0,22	1	5,33	0,22	9,33	0,33	1,33	0,25	3,25	0,38	0
<b>GRI</b>	0,91	0,61	1,64	0,67	1,28	1,04	0,77	0,81	0,85	0,88	0,88	1,29	1,77	9,94	4,59	0,71
<b>PAL</b>	1	2,5	3,5	0,5	1	0,5	0,5	3	4	0,33	2	2	1	1	2	1
<b>VIR</b>	6,5	15,5	7,54	0,15	0	0,15	9	21	6,5	0	0,23	0,46	0	10	18,33	0,16
<b>CAS</b>																
<b>CON</b>																
<b>FT</b>	0,65	0,43	1	0,71	0,61	1,6	1,3	0,38	0,7	0,62	0,85	1,16	1	1,66	1,33	0,71
<b>TE</b>																
<b>ESC</b>		2			1,5	3,5				1	1			1		
<b>SP</b>	1,2	1,2	1,16	1,16	0,83	0,16	1,17	0,14	1,2	1,6	1,83	0,42	1,33	0,87	0,37	0,71

Elaboración propia, 2015.

**DIF (DIFTERIA), TF (TOSFERINA), SAR (SARAMPIÓN), GRI (GRIPE), PAL (PALUDISMO), VIR (VIRUELA), CAS (COLERA ASIÁTICO), CON (COLERA NOSTRAS), FT (FIEBRE TIFOIDEA), TE (TIFUS EXANTEMÁTICO), ESC (ESCARLATINA), SP (SEPTICEMIA PUERPERAL).**

<sup>328</sup> Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Ordenación Sanitaria. 1988. p. 18.

<sup>329</sup> Es importante señalar que hay que hacer ciertas acotaciones al respecto, en aquellas situaciones en las que no es fácil llegar al diagnóstico de epidemias. Ver: Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Ordenación Sanitaria. 1988. p. 18.

Sólo unas referencias sobre un par de enfermedades. La primera de ellas el Tifus exantemático con un IE de 1 que no permite definir una crisis epidémica clara. De la escarlatina encontramos que el IE está elevado en los años de 1906, 1909 y 1910 y respecto de la septicemia puerperal solamente encontramos un IE elevado en el 1915.

## 4. DISCUSIÓN



Para analizar los cambios en el patrón de mortalidad por causa, ocurrida en un periodo determinado, es preciso definir una agregación de los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), exhaustiva, significativa y manejable. Además, dado que la CIE es revisada periódicamente, para el estudio de la evolución temporal de las causas de muerte, se debe disponer de una agrupación de las rúbricas de las diversas revisiones de la CIE, que permita el seguimiento de los mismos grupos de causas para el conjunto del periodo estudiado<sup>330</sup>. Nosotros hemos planteado algunas modificaciones en este planteamiento inicial. En la fase de recogida de datos, una de las primeras cosas que llama la atención es la variedad terminológica que hemos encontrado. Ello nos ha exigido realizar un glosario de términos que hemos agrupado en una clasificación terminológica propia. Para un trabajo de estas características consideramos necesario aplicar varias clasificaciones de enfermedades para minimizar la pérdida de información.

Las primeras clasificaciones de las enfermedades se basaron en las interpretaciones que de los procesos de enfermar tenían los médicos<sup>331</sup>. Las clasificaciones de enfermedades permiten establecer comparaciones transversales y longitudinales para conocer la distribución de los problemas de salud<sup>332</sup>. Adjuntamos al final y en las explicaciones del capítulo Material y Método los diferentes criterios que hemos empleado y algunos antecedentes que nos permitieron definir nuestra propia lista de enfermedades. Dichas adscripciones no necesariamente coinciden en cada clasificación.

La colocación de una afección en un capítulo u otro es dificultosa porque aunque inicialmente se colocan según un criterio que era el considerado en la época, posteriormente, en la clasificación más actual que hemos utilizado, aparece en otro lugar porque se ha considerado otro criterio completamente diferente. Podemos citar ejemplos que involucran tanto a la clasificación elaborada por nosotros, como a las diferentes versiones de la clasificación

---

<sup>330</sup> Viciano F. Mortalidad. En: Arroyo A, coordinador. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Instituto Nacional de Estadística, Universidad de Sevilla; 2004. p. 99. Organización Mundial de la Salud. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción 8ª Revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1968. Ramos AJ, Vázquez-Barquero JL, Herrera S. CIE-10 (I) : Introducción, historia y estructura general. Papeles Médicos 2002; 11 (1): 24 – 35.

<sup>331</sup> Segura A et al. 1998. p. 21.

<sup>332</sup> Segura A et al. 1998. p. 18.

internacional de enfermedades. Así, en el primero de los casos, tenemos neumonía, enfermedades infecciosas de los riñones, meningitis, incorporadas en nuestra clasificación en el capítulo de enfermedades infecciosas, parasitarias y posibles complicaciones infecciosas, mientras que en las clasificaciones, tanto de Bertillon como CIE 9, aparecen englobadas en las enfermedades del órgano respectivo con una clara determinación anatómica<sup>333</sup>. De igual forma, si nos fijamos en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión y la que hemos elaborado a partir de la relación de enfermedades obtenidas del movimiento natural de la población de los años 1901 y 1910, observamos que en la primera las enfermedades tumorales son un capítulo separado mientras que en la segunda, se encuentran dentro de las enfermedades generales. (Véanse anexos 3, 4 y 5).

Hay que considerar que una clasificación de estas características plantea dificultades porque no solo cambia el patrón epidemiológico de la enfermedad a lo largo del tiempo, sino también el conocimiento médico y la capacidad de diagnóstico<sup>334</sup>. Nosotros, por ejemplo, hemos optado por incluir la congestión pulmonar en problemas vasculares siguiendo la estructura que se presenta tanto en la Clasificación Internacional de Bertillon y la CIE 9. Y eso a pesar que en esta época la principal causa de muerte era de origen infeccioso y el sector más afectado es el infantil, por lo que este modelo unicausal de muerte es perfectamente aplicable, lo que no es tan factible en el caso de muerte por enfermedades crónicas y degenerativas<sup>335</sup>.

Un primer aspecto a destacar es la diversidad terminológica que encontramos a la hora de recoger los datos<sup>336</sup>. Esta complejidad semántica encontrada en el archivo en el que hemos trabajado plantea problemas a la hora de interpretar los diagnósticos de muerte al dificultar el trasvase de esta

---

<sup>333</sup> Torrents A. La transición epidemiológica en la Cataluña rural: Sant Pere de Riudebitlles, 1880 – 1935. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (2): 197.

<sup>334</sup> Torrents A. 1996. p. 178.

<sup>335</sup> Librero J. Las estadísticas de causa médica de muerte: coordenadas históricas, herramientas actuales. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1993; 11 (3): 168.

<sup>336</sup> Micó JA. Morir en Xert (1852-1884). Aproximación al estudio de los diagnósticos de muerte en una comunidad rural del Baix Maestrat. En: Barona JL, Micó J, editores. *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 239 – 48.



información a una nomenclatura normalizada de causas de muerte<sup>337</sup>. Las expresiones diagnósticas que aparecen de modo simultáneo en las actas de defunción de los diferentes registros son, en su mayoría, el sedimento terminológico resultante de la difusión social de conocimientos científico – médicos procedentes de diferentes épocas, sistemas o escuelas<sup>338,339,340,341</sup>. E, incluso, del acceso de la población a los servicios de salud<sup>342</sup>. Si consideramos el caso de la tuberculosis pulmonar y sus complicaciones observamos la aparición de formas neumónicas, bronconeumónicas, adenopatía traqueobronquial, tabes escrofulosa, tumores escrofulosos, granúlica, etc. Esta última, por ejemplo, depende de la diseminación desde un foco primario a través del torrente circulatorio a diversos territorios de la economía<sup>343</sup>.

Hemos encontrado un predominio de terminología anatomoclínica entre las causas de muerte. En ocasiones, las expresiones diagnósticas no fueron formuladas de acuerdo con criterios estrictamente científicos; por el contrario, aparecen centradas en otro tipo de consideraciones como relacionar la causa de muerte con los síntomas más prominentes de la enfermedad que presenta el fallecido con la afectación anatómica más destacada, con las etapas de la vida de la persona fallecida o con las interpretaciones que la cultura médica popular realiza de determinadas enfermedades y causas de muerte<sup>344</sup>.

Al realizar el vaciado de datos procedentes del Registro Civil nos encontramos con que una misma causa de muerte puede ser empleada de varias formas diferentes, seguida o no de un adjetivo que clarifique de forma

---

<sup>337</sup> Micó JA, Martínez F. La utilización de las técnicas del análisis semántico – documental en el estudio e interpretación de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 175.

<sup>338</sup> Bernabeu J. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 11.

<sup>339</sup> Micó JA. 1993. p.175.

<sup>340</sup> Perdiguero E. Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 69.

<sup>341</sup> Bernabeu J, López JM. Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1987; 5 (2): 76 - 7. Disponible el 04/08/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/node/6271>

<sup>342</sup> García F, Bolumar F, Rosado M, Megía MJ, Gómez ML, Nájera E. Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. España 1900 – 1978. I. Enfermedades respiratorias crónicas. Rev San Hig Pub 1984; 58: 246.

<sup>343</sup> Correspondería al concepto actual de tuberculosis miliar o diseminada. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Principios de Medicina Interna. 15ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2002. P. 1214.

<sup>344</sup> Bernabeu J. 1993. p.11.

más o menos exacta lo que se pretende definir. Se plantea un problema diacrónico o de recorrido cronológico: una misma causa de muerte aparece con expresiones diagnósticas diferentes. De manera simultánea, ante una misma enfermedad, diferentes profesionales emiten diferentes expresiones diagnósticas. Y, por último, hay que tener en cuenta que la presencia de la enfermedad en los grupos humanos no ha tenido siempre idénticas características<sup>345,346</sup>.

Pero aparecen reflejados otros problemas que van desde la consideración de vergonzantes de ciertas enfermedades con fuerte influencia social a la propia evolución de las clasificaciones y nomenclaturas de enfermedades y de muerte<sup>347</sup>. E, incluso, podemos considerar casos como el raquitismo, que siendo una deficiencia de vitamina D, también podría ser un término más coloquial referido al aspecto de los individuos<sup>348</sup>. Se atribuyen, en ocasiones, como causas de muerte unos procesos que enmascaran a otros. Es el caso de la dentición y las consecuencias de ésta, incluidos los remedios que se administraban para facilitar la expulsión de balsas, por ejemplo<sup>349</sup>. Está contrastada la influencia que sobre las llamadas “causas médicas” de la muerte ha tenido la propia historia de las clasificaciones y nomenclatura de enfermedades y de causas de muerte<sup>350</sup>.

No se puede olvidar que las clasificaciones son aproximativas, pues no solo es difícil encontrar equivalencias de términos antiguos a modernos, sino que la indefinición de muchos de ellos no proporciona ninguna información. Como ejemplo en nuestros datos, “restos humanos, de cadáver”. También observamos falta de causas de muerte que algunas estadísticas nacionales no reflejan: el infanticidio y la nutrición defectuosa<sup>351</sup>.

Trabajos relacionados con épocas posteriores también han puesto de manifiesto problemas que podríamos citar como relacionados con los

---

<sup>345</sup> Bernabeu J. Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1995. p. 62

<sup>346</sup> Micó JA. 1993. p. 179 - 80.

<sup>347</sup> Bernabeu J. 1995. p. 63.

<sup>348</sup> Jiménez SA, Gómez M. Salud y enfermedad en el siglo XIX en la sierra granadina de la Alfaguara. En VII Congreso de la ADEH; 2004; Granada; 2004. p. 14.

<sup>349</sup> Perdiguero E. 1993. p.74 - 5

<sup>350</sup> Bernabeu J. 1993. p.11.

<sup>351</sup> McKeown T. Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica; 1990. p. 126.

anteriormente expuestos, aunque en un contexto y en una época diferente. Sí coinciden plenamente con la irrupción de enfermedades que fueron catalogadas posteriormente a la aparición de los primeros casos de muerte por ella provocados. Es el caso del SIDA, de problemas relacionados con el consumo de drogas, etc<sup>352</sup>.

En determinadas ocasiones, la agrupación se produce por razones de edad como en los casos de inanición infantiles, dispepsias infantiles, accidentes de la dentición difícil.

Un ejemplo curioso es el referido al reblandecimiento cerebral y, sobre todo, a la explicación que se ofrece sobre cómo se produce: *“Las arterias del cerebro son terminales, es decir, no tienen anastomosis (comunicaciones) unas con otras de suerte que si se obtura la luz de una de ellas el territorio que tiene bajo su dependencia queda sin riego sanguíneo. El reblandecimiento cerebral es el proceso de mortificación que sufre un territorio o zona cerebral como consecuencia de la obliteración (cierre) de una arteria”*<sup>353</sup>.

Existe abundancia de coloquialismos a pesar de utilizar fuentes consideradas ya estadísticas o postregistrales<sup>354,355</sup>, a modo de muestra: cáncer de carrillo izquierdo, tumor de la órbita, cáncer abdominal, eclampsia (“eclancia”). Esto puede parecer un contrasentido porque en la mayoría de los casos, las causas de muerte y las expresiones diagnósticas que informaban de ellas debían ser el resultado de una certificación facultativa. Pero este mismo requisito planteaba dos problemas: disponibilidad real de profesionales médicos (distribución, accesibilidad económica y geográfica) por un lado, y por otro, escasa asistencia al grupo de edad más afectado, la infancia<sup>356</sup>. Y no podemos dejar de considerar la variabilidad en los registros médicos que se relacionan con el propio impacto de las crisis epidémicas o con la calidad de los diagnósticos que se pueden ver en los libros de defunción del Registro Civil, donde coexisten algunos de gran precisión junto con expresiones de calidad

---

<sup>352</sup> Génova R. La mortalidad juvenil en la comunidad de Madrid. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 115 – 49.

<sup>353</sup> Domingo F. Prontuario del enfermero psiquiátrico. Valencia: Imp. V. Climent Vila; 1936. p. 142.

<sup>354</sup> Bernabeu J. 1995. p.33.

<sup>355</sup> Mico JA. 1996. p. 246.

<sup>356</sup> Bernabeu J. 1995. p. 58 - 9

más deficiente<sup>357</sup>. En una investigación basada en una serie de pacientes que murieron en hospitales entre 1975 y 1976, los diagnósticos ante mortem de los clínicos se compararon con los que se hicieron después del examen post mortem. La causa de muerte que se anotó en el certificado de defunción se apartaba mucho de la verdadera en cerca de una cuarta parte de los casos<sup>358</sup>. La calidad de ese diagnóstico, salvo por falta de cumplimiento de la ley o por errores de transcripción, va a estar relacionada directamente con el facultativo que firme dicha certificación, aunque éste puede depender de otras variables<sup>359,360</sup>. En gran medida, éste es uno de los defectos que pretenden remediar las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades, al intentar facilitar la comunicación entre las personas interesadas en conocer como tratar, cuidar o prevenir los problemas de salud<sup>361</sup>. Este fenómeno también se puede comprobar en los apuntes realizados en los libros parroquiales y también en los libros de enterramientos (cementeros) de distintos puntos de la geografía nacional<sup>362</sup>.

En el caso de la morbimortalidad infantil, lo que ciertos higienistas y puericultores denominaban “errores de la sabiduría popular que tantos niños llevan a la tumba” tenían tras de sí una construcción cultural con un concepto de salud y de enfermedad, y con una forma de interpretar el funcionamiento del cuerpo humano y de explicar la aparición de los episodios de enfermedad y los problemas de salud<sup>363,364</sup>.

---

<sup>357</sup> Bernabeu J. 1993. p. 11.

<sup>358</sup> Waldron HA, Vickerstaff L. Intimations of quality. Ante – mortem and post – mortem diagnoses. Londres: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1977. Citado en: McKeown T. 1990. p. 112.

<sup>359</sup> Bernal E, Dabrio ML. Fuentes extrasanitarias civiles para el estudio de la mortalidad: el Registro Civil. Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina; 21 – 23 de Septiembre de 1989; Zaragoza. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1991. p. 1162.

<sup>360</sup> Libro J. 1993. p. 162 - 3.

<sup>361</sup> García F. Prólogo. En: Cirera LL, Vázquez E, editores. La implantación en España de la Clasificación Internacional de enfermedades 10ª Revisión (CIE – 10). Santiago De Compostela. Sociedad Española de Epidemiología; 1998. p. 9.

<sup>362</sup> Pérez V. La evolución demográfica española en el siglo XIX (1797 – 1930): tendencias generales y contrastes regionales. En: La popolazione demográfica italiana nell'Ottocento. Continuità e mutamenti. Bolonia; 1985. Referenciado en: García A, Guerrero A. El inicio de la mortalidad infantil en el País Vasco - Navarro. En: Livi M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert; 1991. (2). p. 68.

<sup>363</sup> Bernabeu J. Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea. Revista de Demografía Histórica 2002; 20 (2): 157.

<sup>364</sup> Rodríguez E. La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. Dynamis 2003; 23: 27 – 36.

A lo largo del siglo XX los comportamientos demográficos se han modificado radicalmente. En un siglo de profundos cambios sociales y económicos, las condiciones de vida y salud de la población han estado en el centro de estas transformaciones<sup>365</sup>. Hemos hablado en la introducción de la situación socioeconómica del país. En general, se consideran posturas eclécticas sobre la influencia e importancia de la enfermedad en la mortalidad de forma que hay que valorar la influencia de factores económicos, culturales, etiológicos, ambientales en la misma<sup>366,367,368,369</sup>. La aplicación de los conocimientos científicos también tuvo su importancia<sup>370</sup>. La teoría microbiana permitió que alguna de las recomendaciones que los higienistas postulaban, se dotasen de respaldo científico y se convirtieran en medidas eficaces capaces de cambiar la evolución de los procesos infecciosos. Algunas se aplicaron con mayor rapidez que otras: tal es el caso de la cloración de aguas y mejora de los sistemas de alcantarillado después del descubrimiento por Koch del vibrio del cólera y su aislamiento en las aguas de muchas ciudades. Otras, como la pasteurización, cuya eficacia era conocida desde 1860, tardaron más en ser aplicadas tanto por las dificultades técnicas en el control del proceso de producción, distribución como por la indiferencia de los consumidores<sup>371</sup>. Sin embargo, en el caso de las crisis de mortalidad epidémicas, para explicar las desigualdades entre provincias se apunta para su posible explicación la influencia de otros factores como la extensión del contagio o morbilidad, inmunidad adquirida y nivel de vida<sup>372</sup>.

---

<sup>365</sup> Viciana F. 2004. p. 79.

<sup>366</sup> Mamelund SE. Geography may explain adult mortality from the 1918 - 20 influenza pandemic. *Epidemics* 2011; 3 (1): 55.

<sup>367</sup> Bernabeu J. 1987. p. 71.

<sup>368</sup> Bauer RL, Charlton JRH. Area variation in mortality from diseases amenable to medical intervention: the contribution of differences in morbidity. *Int J Epidemiol* 1986; 15 (3): 408 - 12.

<sup>369</sup> Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988; 2 (4): 5.

<sup>370</sup> Pujadas JM. Reforma sanitaria y movimiento puericultor en la lucha contra la mortalidad infantil en la ciudad de Palma de Mallorca (siglos XIX Y XX). *Asclepio* 2012; 64 (1): 97 - 120.

<sup>371</sup> Cussó X. 2000. p. 547 - 8.

<sup>372</sup> Bernabeu J. 1987. p. 70.

## 4.1. Mortalidad general

El control de la mortalidad es el motor que provoca una reacción en cadena de los comportamientos demográficos<sup>373</sup>. El descenso de la mortalidad comienza en el siglo XIX de forma apreciable, y es en los años inmediatamente anteriores a nuestro periodo de estudio cuando las disminuciones son más claramente visibles<sup>374,375</sup>. La disminución secular de la mortalidad empezó desde niveles distintos, materializándose en diferentes etapas y con unos factores intervinientes que no fueron exactamente los mismos<sup>376,377</sup>. Los cambios producidos son importantes aunque con desigualdades entre diferentes áreas geográficas dentro de un mismo país<sup>378</sup>. Globalmente, la ganancia de años de vida a lo largo del siglo XX es muy notable, pasando de 34,76 años en 1900 a 78,71 en el conjunto del país<sup>379</sup>.

En España, hasta finales de los cincuenta y exceptuando los periodos de crisis, el número de defunciones ha seguido una tendencia claramente descendente, desde el millón de defunciones anuales de principio de siglo hasta el poco más de un cuarto de millón de 1958<sup>380</sup>. Si comparamos con algunos países europeos encontramos que, en 1910, por ejemplo, la tasa de mortalidad general en Inglaterra era de un 15‰, en Alemania era de 17‰, en Francia, de un 19‰, en Italia, de un 21‰ y en España, ascendía a un 24‰<sup>381</sup>.

Cádiz no se encuentra en 1900 entre las ciudades españolas que superan una tasa general de mortalidad del 40‰, entre las que sí están, por

---

<sup>373</sup> Arbaiza M. La transición sanitaria en Vizcaya. En: González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. Bilbao: Universidad del País Vasco; 1998. p. 112.

<sup>374</sup> González ME. Mortalidad e industrialización en el País Vasco. Vizcaya ( 1860 – 1930). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1994; 12 (1): 38.

<sup>375</sup> Schofield RS, Reher DS. El descenso de la mortalidad en Europa. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1994; 12 (1): 13.

<sup>376</sup> Nicolau R. Trayectorias regionales en la transición demográfica española. En: Livi Bacci M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert; 1991; (2). p. 59.

<sup>377</sup> Pujadas JM. 2012. p. 165 - 84.

<sup>378</sup> “Las series del movimiento natural europeas y de algunos países de colonización anglosajona mostraban un descenso fuerte y continuado de las tasas brutas de mortalidad y natalidad durante los últimos decenios del siglo XIX y los primeros del XX”. En: Nicolau R. 1991. p. 49.

<sup>379</sup> Goerlich FJ, Pinilla R. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA 2006; (11): 21. Disponible el 14/05/2013 en: <http://www.fbbva.es>

<sup>380</sup> Viciano F. 2004. p.82.

<sup>381</sup> Murillo F. 1918. p. 17.

ejemplo Toledo, Salamanca, Gerona, León y Sevilla<sup>382</sup>. Tampoco está tan bien situada como las provincias vascas que ofrecen unas tasas de mortalidad en 1900 (Vizcaya, 26,1‰, Guipúzcoa, 21,9‰, Álava, 27,0‰) y 1920 (Vizcaya, 20,4‰, Guipuzcoa, 17,5‰, Álava, 20,5‰) o la región valenciana con unas cifras también inferiores (26,67 y 21,97‰) que comparadas con nuestra ciudad (1900, 33,91‰; 1920, 29,25‰), son muy inferiores<sup>383,384</sup>. Hay que precisar que solo dos capitales presentaban valores inferiores al 20‰: Santa Cruz de Tenerife y Pontevedra<sup>385</sup>. También vemos cifras inferiores en Cuba (1907, 24,1‰ y 1919 23,7‰) y en La Habana (1907, 22,2‰ y 1919, 21,0‰)<sup>386</sup>.

Si comparamos con Málaga, observamos que la mortalidad es llamativamente superior en Cádiz los años 1909 (27,4‰, 30,44‰) y 1912 (25,4‰, 29,43‰) e, incluso, los años de la pandemia de gripe tanto 1918 (32,1‰, 34,76‰) como 1919 (31,8‰, 33,84‰). Es más baja en Cádiz, en cambio, en 1920 (32,7‰, 29,25‰)<sup>387</sup>. Los valores citados entre paréntesis corresponden en primer lugar a Málaga y, en segundo lugar, a Cádiz.

Hemos obtenido datos de capitales de provincia limítrofes con nuestra ciudad, de Madrid y la media nacional, algunos en la sede provincial del INE y otros en la bibliografía consultada correspondientes a varios años (tabla 245). Hay un detalle que nos parece resaltable: las dos capitales de provincia occidentales presentan valores significativamente más altos que Málaga y Madrid. Y, además, las tres capitales de provincia andaluzas, tienen tasas de mortalidad mayores que la media nacional. Madrid es la que se acerca más a la misma presentando años en los que la tasa es incluso menor que la nacional.

---

<sup>382</sup> Carrillo JL. 1998. p. 182.

<sup>383</sup> Cifras igualmente bajas podemos encontrar en la página 137 relativas a los mismos años para las distintas provincias de Cuba. En: González ME. 1994. p. 12

<sup>384</sup> Gonzalez V. Natalidad y mortalidad de la población valenciana (1858 – 1960). Cuad de Geogr 2003; 73/74: 297.

<sup>385</sup> Carrillo JL. 1998. p. 184.

<sup>386</sup> Losada AF. Cuba (1898 – 1958). El triunfo sobre la mortalidad elevada. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1999; 17 (1): 140.

<sup>387</sup> Campos C. La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social. Papeles de Trabajo. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales 1999; (25): 13. Disponible el 27/07/2013 en <http://externos.uma.es/cuadernos/pdfs/papeles39.pdf>

**Tabla 245**  
**Tasas Brutas de Mortalidad en diversas Capitales de provincia**<sup>388</sup>

	1901 <sup>389</sup>	1910 <sup>390</sup>	1911 <sup>391</sup>	1912 <sup>392</sup>	1913 <sup>393</sup>	1914 <sup>394</sup>	1915 <sup>395</sup>	1917 <sup>396</sup>	1918 <sup>397</sup>	1919 <sup>398</sup>	1920 <sup>399</sup>
<b>CÁDIZ</b>	33,27	28,24	29,59	30,71	27,78	30,82	29,44	32,54	39,31	39,21	33,97
<b>SEVILLA</b>	37,44	31,22	34,56	32,74	34,42	31,37	32,70	34,25	39,53	36,05	35,38
<b>MÁLAGA</b>	31,09	28,03	28,21	25,38	25,90	27,47	28,17	28,67	32,02	31,76	32,69
<b>MADRID</b>	22,07	24,32	23,40	24,50	25,32	26,23	24,57	24,20	29,21	28,03	27,67
<b>MEDIA NACIONAL</b>		25,08	25,38	24,12	25,06	25,74	24,91	26,26	33,70	28,42	28,14

Elaboración propia, 2015.  
(El valor de las tasas está expresado en tantos por mil)

Además, la mortalidad en la ciudad es mayor que en el campo por variadas razones: densidades de población más alta, suciedad e insalubridad

<sup>388</sup> Los datos referidos en esta tabla son los editados por el organismo correspondiente en el Movimiento Anual de la Población y que se citan en las notas siguientes. Son sensiblemente distintos a los obtenidos por nosotros, aunque para los objetivos de esta tabla, consideramos pertinente recogerlos como se citan.

<sup>389</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año de 1901. Madrid: Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico; 1903. p. IX, X, XI, XII y 276.

<sup>390</sup> Dirección General del Instituto y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año de 1910. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1916. p. 48, 56, 60, 64, 182, 200, 215.

<sup>391</sup> Dirección General del Instituto y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Anual de la Población de España. Año de 1911. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1916. p. 62, 66, 67, 72, 78, 80, 231.

<sup>392</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Movimiento Natural de la población de España. Año 1912. Madrid: Establecimiento Tipográfico "Sucesores de Rivadeneyra; 1917. p. 58, 62, 63, 68, 72, 225.

<sup>393</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la población. Año 1913. Madrid: Establecimiento Tipográfico "Sucesores de Rivadeneyra"; 1917. p. 58, 62, 63, 68, 72, 74, 225.

<sup>394</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la población. Año 1914. Madrid: Establecimiento Tipográfico "Sucesores de Rivadeneyra"; 1917. p. 58, 62, 63, 68, 72, 74, 225.

<sup>395</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento de la población de España. Año 1915. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1917. p. 250, 254, 255, 260, 268, 266.

<sup>396</sup> Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Movimiento Natural de la población. Año 1917. Madrid: Talleres del Instituto Geográfico y Estadístico; 1919. p. 62, 66, 67, 72, 78.

<sup>397</sup> Dirección General de Estadística. Movimiento de la población de España. Año 1918. Madrid: Sobrinos de los sucesores de M. Minuesa de los Ríos; 1923. p. 22, 24, 28, 29.

<sup>398</sup> Jefatura Superior de Estadística. Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Movimiento de la población de España. Años 1919 - 1920. Madrid: Sobrinos de los Sucesores de M. Vinuesa de los Ríos; 1924. p. 48, 50, 54, 55.

<sup>399</sup> Jefatura Superior de Estadística. Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Movimiento de la población de España. Años 1919 - 1920. Madrid: Sobrinos de los Sucesores de M. Vinuesa de los Ríos; 1924. p. 162, 164, 168, 169.



por el propio urbanismo, presencia de grupos heterogéneos de habitantes (nativos, emigrantes, población militar), presencia de hospitales, casa de expósitos, orfanatos, cárceles, fecundidad y nupcialidad más bajas en el campo, etc<sup>400</sup>. Sin embargo, con el paso del tiempo, los núcleos urbanos más populosos alcanzaron una posición ventajosa<sup>401</sup>.

El lento crecimiento de la población en las sociedades europeas invitan a considerar el proceso de transición demográfica como el paso entre dos sistemas en equilibrio. En la península ibérica existían una serie de regímenes de población de distinta presión demográfica que aparecen delimitados con claridad a finales del Antiguo Régimen y que perduran en sus elementos básicos hasta los albores del siglo XX<sup>402</sup>.

Entre 1860 y 1910, el grupo de regiones con mortalidad más intensa está formado por ambas Castillas, Extremadura y Andalucía<sup>403</sup>.

La mortalidad en Cádiz en todo el periodo estudiado no tiene una distribución homogénea. Aunque la tendencia que encontramos es descendente, sufre oscilaciones que hacen que esa disminución no siga una línea uniforme.

Estas cifras, al menos en su valor máximo difieren con otras encontradas en la literatura<sup>404</sup>.

Si atendemos a las tasas de mortalidad bruta, los valores oscilan entre un máximo en 1902 del 36,02‰ y un mínimo en 1913 del 26,56‰. Estas cifras son más elevadas que las españolas que oscilan desde un mínimo de 21‰ en 1913, hasta un valor máximo de 33,2‰ en 1918<sup>405</sup>.

En la ciudad de Pamplona las cifras de mortalidad entre 1900 y 1920 son superiores a la media nacional como sucede en el caso de Cádiz, con un valor

---

<sup>400</sup> Dopico F, Reher DS. El declive de la mortalidad en España, 1860 – 1930. Monografía 1. Asociación de Demografía Histórica; 1998. p. 60.

<sup>401</sup> Galiana ME, Bernabeu J. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio* 2006; 58 (2): 140.

<sup>402</sup> Dopico F et al. 1998. p. 52 –5.

<sup>403</sup> Muñoz F. 2005. p. 280.

<sup>404</sup> En este artículo, se pueden ver cifras de la provincia de Cádiz, que son inferiores a las de la capital aunque el periodo que abarca comienza dos años después de cuando iniciamos nuestro estudio. Herrera F. 2009b. p. 9.

<sup>405</sup> Anaut S. Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona (1880 – 1935). Pamplona: Universidad Pública de Navarra. Ayuntamiento de Pamplona; 1998. p. 238.

mínimo del 24,39‰ en 1912 hasta el 42,28‰ en 1918<sup>406</sup>. Resulta llamativo que las cifras de mortalidad más elevadas en España y, en este caso, en Pamplona, coinciden en el año 1918, año de la pandemia de gripe, cosa que no sucede en Cádiz, con un máximo de mortalidad en 1902 que estudiaremos más detenidamente en el apartado de las causas de mortalidad.

En Valencia, en cambio, entre 1901 y 1912, las cifras son bastante inferiores con unos valores mínimos de 21,8‰ en 1911 y máximos de 29,3‰ en 1901<sup>407</sup>. Aunque las fuentes tienen ciertas diferencias, lo cierto es que entre estos años la ciudad de Valencia presenta un descenso mantenido en la mortalidad general con la excepción de los años 1905 y 1909 – 1910, según la fuente<sup>408,409</sup>.

La evolución de la mortalidad en la provincia de Tarragona, sigue una pauta también descendente, partiendo de cifras más pequeñas en el quinquenio 1901 – 05, un 22‰ que las encontradas en Cádiz<sup>410</sup>.

En Palma de Mallorca, las tasas brutas de mortalidad son muy inferiores. Para el decenio 1900 – 1910, está en el 21,03‰ y para el decenio 1910 – 1920, esa tasa desciende al 20,15‰<sup>411</sup>.

En el resto de la geografía nacional encontramos otros pueblos con tendencia también descendente en la tasa de mortalidad general<sup>412</sup>. Es el caso de Zahinos (Badajoz) con unas cifras cercanas al 30‰ a comienzos de siglo pero llegando a un entorno del 20‰ al final del periodo que hemos considerado, con los picos de 1917 – 1919 de la gripe<sup>413</sup>.

---

<sup>406</sup> Anaut S. 1998. p. 77.

<sup>407</sup> Ramos E, Marset P. Enfermedad y desarrollo socioeconómico en la ciudad de Valencia entre 1891 y 1912. *Medicina Española* 1977; (76): 322.

<sup>408</sup> Barona JL, Barea E. Enfermedad y muerte en la ciudad de Valencia (1901 – 1920). *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (2): 70.

<sup>409</sup> Ramos E. 1977. p. 322.

<sup>410</sup> Gonzalvo M. p. 82.

<sup>411</sup> Bujosa F. 1998. p. 240.

<sup>412</sup> Para una visión global de la mortalidad en España véase Blanes A. *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2007. disponible el 07/10/2015 en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/Blanes2007.pdf>

<sup>413</sup> Bobadilla EM. *Causas de mortalidad en Zahinos (Badajoz) de 1800 a 1999*. Disponible el 10/03/2013 en [http://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex\\_digital/reex\\_LXI/2005/T%20LXI%20n.%201%202005%20en.-abr/RV000022.pdf](http://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXI/2005/T%20LXI%20n.%201%202005%20en.-abr/RV000022.pdf)

En el norte y en el sur de la Toscana, en el periodo entre 1909 – 1913, las tasas de mortalidad son, respectivamente, 18,1‰ y 17,9‰, bastante alejados de las cifras que hemos recogido en nuestra ciudad<sup>414</sup>.

Podemos considerar otros ejemplos. En la ciudad de Córdoba, Argentina, las cifras medias obtenidas en los periodos calculados entre paréntesis son 30,9‰ (1900 – 1904), 34,4‰ (1905 – 1909), 27,6‰ (1910 – 1914) y 27,2‰ (1915 – 1919). Y aunque son cifras obtenidas por quinquenios, si nos permiten ver un comportamiento de la mortalidad, más o menos similar en los tres primeros periodos con respecto a la ciudad de Cádiz. En cambio, el último periodo es bastante inferior al encontrado en Cádiz<sup>415</sup>.

En otras ciudades de la provincia, San Fernando, las cifras medias de mortalidad por decenios son 23,25 (1901 – 1910), 25,97 (1911 – 1920), que son cifras medias más bajas que las que existen en ese periodo en Cádiz<sup>416</sup>.

En Alcalá de los Gazules<sup>417</sup>, Medina Sidonia y Vejer de la Frontera<sup>418</sup>, las cifras son sustancialmente inferiores en los años finales de nuestro periodo de estudio (1916 – 1920). Así, en Alcalá de los Gazules, el año con menor tasa de mortalidad es 1919, 16,49‰, mientras que el de mayor mortalidad es 1920, 23,19‰.

En Medina Sidonia, las cifras son respectivamente 19,04‰, en 1916, y 27,62‰ en 1918. En este caso, si coincide con la pandemia mundial de gripe.

En Vejer de la Frontera, también coinciden los años mínimo, 1916 y máximo, 1919, con los recogidos en Medina Sidonia. Las cifras en este caso son 16,49‰ y 29,36‰<sup>419</sup>. De los tres pueblos citados, es Vejer de la Frontera la que tiene un valor máximo más cercano al que hemos calculado nosotros para

---

<sup>414</sup> Del Panta L. Fattori e condizioni Della mortalita'tra 1800 e 1930: igiene, salute e ambiente. La situazione in Italia. Bolletino di Demografia Storica (numero congiunto SIDES – ADEH che raccoglie le relazioni invitate del I Congreso Hispano – Luso – Italliano de Demografia Historica tenutosi a Barcelona, Spagna il 22 – 25 Aprile, 1987) 1988; 5: 49.

<sup>415</sup> Celton DE. La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1992; 10 (1): 34.

<sup>416</sup> Molina D. Mortalidad – migración y la transformación de una ciudad: el caso de San Fernando (Cádiz) 1870 – 1930. VII Congreso de la ADEH. Sesión 16; 1 - 3 de Abril 2004; Granada. p. 6. Disponible el 24/04/2010 en <http://www.urg.es/~adeh/comunicaciones.htm>

<sup>417</sup> Molanes P et al. 2012. p.82 - 7.

<sup>418</sup> Marín AJ, Morales A, Sáinz AM, Molanes P. Mortalidad infantil en Vejer de la Frontera y Medina Sidonia (1916 – 1921). Temperamentum 2012; (16): Disponible el 08/04/2013 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t1612.php>

<sup>419</sup> Marín AJ. Mortalidad en Vejer de la Frontera (1916 – 1921). Memoria para la obtención del postgrado “Master en Investigación en Cuidados de la Salud”. Curso 2011 – 2012. Inédito.

Cádiz, coincidente también con el año de máxima incidencia de mortalidad en la pandemia de gripe.

Volviendo a Cádiz, observamos en los tres primeros años que el número de fallecidos es considerable. Las causas podrían estar relacionadas con la coincidencia con los años posteriores a la repatriación de los heridos y enfermos (más de éstos últimos que de los primeros) de las guerra del Caribe y del Pacífico, aunque no hemos estudiado la mortalidad hospitalaria de forma independiente y, por tanto, esta hipótesis debe ser tomada con cautela. De forma indirecta habrían influido también la pérdida de las colonias y los impuestos necesarios para equilibrar la hacienda pública que originó un menoscabo en la economía nacional y local<sup>420</sup>.

En 1903, hay un descenso importante de mortalidad con respecto a los tres años precedentes. En los siguientes cuatro años, de nuevo se incrementan las cifras de fallecidos aunque son inferiores a los del comienzo de siglo.

Hasta 1915, los números alternan prácticamente año a año con un intervalo que varía desde la cifra más baja, 1.857 fallecidos en 1913, hasta la más alta, 2.056 finados en 1909. Es un periodo de 8 años, en el que no hay cambios significativos en las causas de fallecimiento que se puedan remarcar.

Desde 1916 hasta 1920 hay un ascenso importante en la mortalidad coincidiendo con la gran epidemia de gripe de 1918. Sin embargo, el incremento ya se empieza a notar en 1916 y persiste todavía en 1920, una vez pasada la ola gripal de 1917 - 1919 se mantienen altas con tendencia a disminuir hasta aproximadamente 1908, donde ya se recuperan unas cifras más bajas hasta prácticamente 1916, previo a la aparición de la gran epidemia de gripe en 1918. Aunque de este tema hablaremos más extensamente en el apartado de discusión de las crisis de mortalidad gaditanas.

Respecto a la distribución mensual de fallecidos, aunque no están disponibles todos los Movimientos Naturales de Población en la Delegación Provincial en Cádiz del Instituto Nacional de Estadística, y su accesibilidad en la página web no es posible, sí disponemos de algunos años que nos permiten comparar la distribución mensual de fallecidos a nivel nacional y local de algunos años.

---

<sup>420</sup> Millán JL. Vol. IV. 1993. p. 22 – 34.

El patrón que encontramos viendo los datos recogidos y tabulados disponibles en el anexo 6 no son siempre coincidentes en los años en los que hemos podido realizar comparaciones. En 1901, 1909 y 1917 si son los mismos meses a nivel nacional y local: Diciembre, Marzo y, otra vez, Diciembre. En otros años, se comparte el carácter estacional de la mortalidad aunque no sean estrictamente los mismos meses y, en otros casos, años 1904, 1908, 1911, 1913, 1915 hay una clara diferencia con predominio local invernal y de verano en el conjunto del país<sup>421</sup>.

Merece la pena resaltar que en algunos años como 1918, en los que debe haber unas *sobremortalidad* en algunos meses como Octubre producidos por la gripe, a nivel nacional y en otros lugares hemos comprobado que así sucede, caso de Betanzos<sup>422</sup>. En nuestra ciudad, no es así. En este mes, el mes de mayor mortalidad no es Octubre sino Diciembre.

## 4.2. Mortalidad y sexo

Es relevante calcular las tasas de mortalidad separadas por sexos, porque la mortalidad afecta de forma diferente a los dos géneros<sup>423</sup>. La *sobremortalidad* masculina es un hecho conocido en muchas poblaciones, al que se han atribuido causas biológicas de complicado origen y que se verifica prácticamente para todas las causas de muerte, con poquísimas excepciones<sup>424</sup>. A diferencia de otros lugares y otros periodos, donde existe una razón de masculinidad en la mortalidad general<sup>425</sup>, caso de la comunidad levantina entre 1860 y 1870 con un valor de 108,1, tenemos un comportamiento irregular de la mortalidad referenciada por sexos en todo nuestro periodo de estudio. Si atendemos al porcentaje de muertes según el sexo, vemos que

---

<sup>421</sup> Todos los datos expuestos en esta tabla son obtenidos de nuestra extracción de los libros de defunción del Registro Civil y del Movimiento Anual de la Población en España de esos años que aparecen completamente referenciados en el apartado correspondiente de fuentes impresas.

<sup>422</sup> Fernández CM, Veiga XM. La “gripe” de 1918 – 19 en Betanzos. Anuario Brigantino 1995; (18): 153.

<sup>423</sup> Goerlich FJ. 2006. p. 10.

<sup>424</sup> Livi M. Introducción a la demografía. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1993. p. 149.

<sup>425</sup> Bernat JS, Badenes MA. Muerte y comportamiento demográfico de los valencianos (siglos XVII – XIX). En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert; 1991; (5). p. 30.

mueren más mujeres que hombres en 1900, 1902, 1903, 1905, 1906, 1907, 1911, 1912, 1913, 1914 y 1920.

En cambio, predominan los fallecimientos de los varones sobre las mujeres, en los años 1901, 1904, 1908 a 1910, 1915 a 1919. No podemos afirmar dado el reparto casi equitativo de la mortalidad en uno y otro sexo, con otros casos citados en la literatura donde hay una *sobremortalidad* femenina en los años de mayor crisis social y económica<sup>426</sup>. Si consideramos el computo global, aunque por una escueta diferencia de 4 décimas porcentuales, la mortalidad es superior en los hombres.

Si desagregamos los datos por sexo considerando además la variable edad, tenemos los siguientes resultados:

- En menores de un año, fallecen más varones que mujeres en todos los años desde 1900 a 1920, con excepción del año 1914 y 1916, en el que aunque fallecen más mujeres la diferencia entre los dos sexos es mínima, 157 y 155 respectivamente. Igualmente la diferencia en 1916 también es mínima, aunque en este caso fallecen más varones: 172 y 169.
- En mayores de un año, fallecen más mujeres que hombres en casi todos los años, con excepción de 1904, 1909, 1918 y 1919<sup>427</sup>. Pero también merece la pena resaltar que en los años 1908, 1910, 1916 y 1917, la diferencia de mortalidad entre los dos sexos es muy pequeña, aunque en contra de las mujeres: 792 y 790, 793 y 791, 923 y 920, 930 y 923, respectivamente. Varias son las razones que se postulan para explicar este comportamiento en la mortalidad según el sexo: desde causas migratorias que impulsaban al varón a buscar mejoras económicas fundamentalmente, a vejez más breve en los varones y *sobremortalidad* femenina en la época fértil<sup>428,429</sup>.

---

<sup>426</sup> Campos C. 1999. p. 22.

<sup>427</sup> Los datos obtenidos para la mortalidad por sexo en mayores de un año en el bienio de la pandemia de gripe, indican que en esta ciudad, los fallecimientos no siguieron el patrón establecido de mortalidad en hombres y en edad activa, sino al contrario, con una mortalidad predominantemente femenina para este grupo de edad.

<sup>428</sup> Arana E, Gutiérrez I. Estudio epidemiológico y causas de mortalidad en una comunidad de pequeñas dimensiones (Getxo) a finales del siglo XIX y su comparación con la actualidad. Gac Med Bilbao 1998; 94 (3): 66.

<sup>429</sup> Bernat JS. 1991. p. 30.

Estos datos obtenidos tienen importancia porque en varios de los años donde predomina la mortalidad masculina, ésta se produce a expensas sobre todo del incremento de la misma en los mayores de un año.

### 4.3. Mortalidad y edad

Es este uno de los capítulos más interesantes que podemos abordar en nuestro trabajo, sobre todo, porque el control de la enfermedad y de la muerte en la infancia aparece como uno de los elementos claves<sup>430</sup> para poder entender el proceso de modernización demográfica que vivieron las poblaciones occidentales durante el siglo XIX y la primera mitad del siglo XX<sup>431,432</sup>. En ese proceso de modernización demográfica se produce la incorporación de la medicina al campo de intervención sobre la salud de la infancia y que se une con los modernos procesos de medicalización y especialización<sup>433</sup>. La especialidad de medicina de la infancia que contribuye a la mejora de las expectativas de vida de los niños se produce por razones morales y políticas además de novedades técnicas y científicas en todos los campos de la medicina<sup>434</sup>. Podemos considerar en torno a las 10 defunciones por mil nacidos la culminación de la Transición Sanitaria de manera exitosa<sup>435</sup>.

La mortalidad infantil es considerada como un índice de las consideraciones sanitarias y morales de un pueblo<sup>436,437,438,439,440,441</sup>, además de

---

<sup>430</sup> Pujadas JM. 2012. p. 97 – 120.

<sup>431</sup> Rollet C. La mortalité des enfants dans le passé. *Annales de Demographie Historique* 1994; 7 – 21. Citado en: Bernabeú Mestre J. 2002. p. 147 – 62.

<sup>432</sup> Gómez R. Sesión plenaria: La transición de la mortalidad infantil y juvenil. En: Sanz A, Ramiro D, editores. IV Congreso de la ADEH. Los retos de la Demografía Histórica: los fenómenos demográficos del pasado, presente y futuro. Una apuesta por la creatividad y el análisis. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1995; 13 (3): 96.

<sup>433</sup> Rodríguez E. La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Dynamis* 2003; 23: 31.

<sup>434</sup> Rodríguez E. 2003. p. 34.

<sup>435</sup> Gonzalvo M. p. 29.

<sup>436</sup> Bosch J. El niño español en el siglo XX. Discurso para la recepción pública del académico electo. Madrid: Instituto de España - Real Academia Nacional de Medicina, Gráficas González; 1947. p. 8.

<sup>437</sup> Sanz A, Ramiro D. Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0 – 4 años) en la España del siglo XX. *Historia Contemporánea* 1999; (18): 138 - 9.

<sup>438</sup> Del Campo S. 1975. p. 19.

<sup>439</sup> Sanz A. Infancia, mortalidad y causas de muerte en el primer tercio del siglo XX (1906 – 1932). *Reis* 2001; (95): 129 – 54.

<sup>440</sup> Sanz A, Ramiro D. La caída de la mortalidad de la infancia en la España interior, 1860 – 1960. Un análisis de las causas de muerte. *Cuadernos de Historia Contemporánea* 2002; 24: 151 – 88.

indicador de desarrollo económico<sup>442</sup>. En Europa, se diferencian claramente dos grupos de países agrupables geográficamente en cuanto a estos índices de mortalidad infantiles. Las menores cifras se localizan en el grupo norte (Suecia, destacadamente, Noruega, Dinamarca e Irlanda), seguidos del grupo Oeste (Finlandia, Inglaterra, Holanda, Bélgica, Francia y Suiza), del grupo Sur (Italia y España) y, el último, el grupo Este (Alemania, Austria, Hungría, Checoslovaquia, Rumania y la URSS)<sup>443</sup>.

En España, al inicio de 1900, las tasas de mortalidad infantil se encuentran en claro retraso si lo comparamos con otros países<sup>444,445</sup>, aunque si exceptuamos los periodos de crisis, epidemia de gripe y guerra civil, la mortalidad infantil desciende a lo largo del siglo XX muy significativamente<sup>446,447,448</sup>. Pero el descenso de la mortalidad infantil no sólo se somete a un ritmo y a una intensidad, sino que también se manifiesta por cambios en su estructura, esto es, en los distintos componentes según la edad de fallecimiento<sup>449</sup>. En nuestro caso, todos los años considerados tienen unas tasas de mortalidad infantil local muy superiores a la media nacional, con cifras medias entre 30 y 60 puntos por mil superiores<sup>450,451</sup>.

En 1900 existe una mayor mortalidad infantil y juvenil en España para las capitales de provincia. Estarían en el fundamento de esta *sobremortalidad*, la localización en las ciudades de las incluidas<sup>452</sup>, mayor facilidad de contagio de

---

<sup>441</sup> Santos M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873 – 1918). Disponible el 07/11/2015 en <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf>

<sup>442</sup> Dopico F. Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860 – 1950). *Dynamis* 1985 – 6; 5 – 6: 381.

<sup>443</sup> Gómez R. La mortalidad infantil española en el siglo XX. 1ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España editores; 1992. p. 39 - 41.

<sup>444</sup> Robles E, Pozzi L. La mortalidad infantil en los años de la transición: una reflexión desde las experiencias italiana y española. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1997; 15 (1): 167 y 172.

<sup>445</sup> Gómez R. 1992. p. 31.

<sup>446</sup> Viciano F. 2004. p. 85.

<sup>447</sup> En el periodo 1901 – 1954, la disminución de la mortalidad infantil es del 77,7 %. En: Arbelo A. 1962. p. 261.

<sup>448</sup> Del Campo S. 1975. p. 19.

<sup>449</sup> Soriano J. La mortalidad infantil en los inicios de la transición demográfica. Análisis de una parroquia de Yecla (Murcia): 1852 – 1930. *Historia contemporánea* 1999; (18): 256.

<sup>450</sup> Gómez R. 1992. p. 34.

<sup>451</sup> En otros textos consultados, hemos encontrado diferencias de hasta 83 puntos entre una y otra tasa. Se puede consultar una tabla más completa sobre natalidad y mortalidad infantil en: Arbelo A. 1962. p. 262 – 3.

<sup>452</sup> Martín NM, Cobo AI. La mortalidad infantil y sus causas en la incluida de Toledo entre 1900 – 1910. *Cultura de los Cuidados* 2013; (35): 55 – 62.



las enfermedades, afluencia de inmigrantes, condiciones de trabajo y la educación de la mujer, que estaba muy condicionada por la situación sociopolítica de la época<sup>453</sup>.

Si comparamos Cádiz con la media nacional, (podemos ver ambos resultados en la tabla 238 reseñada más arriba), en todos los años, la TMI es superior a nivel local con respecto a la media nacional. El valor más bajo en Cádiz se presenta en 1917 (168,10‰) y en España en 1912 (137‰); el más alto en Cádiz en 1902 (265,63‰) y en España en 1901 (186‰).

Dentro del país, no en todas partes sucede igual. Las Islas Baleares contaban con un alto nivel sanitario en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, que se refleja en unos índices de mortalidad infantil a principios de siglo inferiores al 100‰<sup>454,455</sup>. Mallorca, desde el punto de vista demográfico llevaba un adelanto de 60 – 70 años con respecto a la península ibérica<sup>456</sup>.

Pero no es el único caso. Valencia también presenta unas cifras de mortalidad, tanto en tasa bruta como en el segmento infantil, más bajas de las que nosotros hemos manejado<sup>457</sup>. Podemos citar también el caso de Tarragona provincia que ostenta unos bajos niveles de mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas<sup>458</sup>. Torrents encuentra en una localidad industrial y agrícola del Alto Penedés, Sant Pere de Riudebitlles, unos cocientes de mortalidad infantil, también muy inferiores a los de Cádiz. Para el decenio 1900 – 1909, es del 92,7‰, y para el decenio 1910 – 1919, es del 94,1‰<sup>459</sup>.

En Yecla, las tasas de mortalidad infantiles, calculadas decenalmente son 193‰ y 184‰ respectivamente para las decenas 1901 – 10 y 1911 – 20<sup>460</sup>.

De todas formas, se considera que las zonas con menor mortalidad infantil, coinciden con las zonas donde existen ciertas características: mayor

---

<sup>453</sup> Sanz A. 2001. p. 147. Véase nota 139 y texto al que referencia, en la que realizamos una aproximación a la situación de la mujer en la época.

<sup>454</sup> Bujosa F, Moll I, Sureda B. La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 2000; 18 (2): 125 - 8. Disponible el 29/10/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/system/files/Revista/2>

<sup>455</sup> Bujosa F. 1998. p. 234 – 5.

<sup>456</sup> Bujosa F et al . 2000. p. 129.

<sup>457</sup> Ramos E. Evolución de la mortalidad de los niños en Valencia desde 1860 a 1920. Medicina Española 1972; (66): 46 – 7.

<sup>458</sup> Gonzalvo M. p. 169.

<sup>459</sup> Torrents A. 1996. p. 181.

<sup>460</sup> Soriano J. 1999. p. 257.

consumo de leche, mayoría de población residente en zonas rurales lo que facilitan los intercambios comerciales a corta distancia, y mayor proporción de población agrícola en condiciones de propiedad o casi propiedad<sup>461</sup>.

En definitiva, encontramos una gran disparidad de situaciones que encerraba la geografía española, con valores extremos entre diversas provincias<sup>462,463,464</sup>.

Como hemos podido observar anteriormente, hemos estudiado la relación entre mortalidad y edad considerando dos franjas etarias: menores y mayores de un año. Aún dentro de los menores de un año, diferenciamos la mortalidad neonatal y la postneonatal. Con todos estos datos podemos esbozar un dibujo bastante aproximado de lo que sucedió en esos 21 años de estudio al cruzar datos de mortalidad y edad.

En relación con la mortalidad en los menores de un año, el valor más repetido es el de 60 días. Si consideramos la mortalidad en su conjunto, el valor más repetido es el de 90 días. Estudiando los gráficos podemos observar que existe una distribución irregular de la mortalidad aunque hay ciertas edades, sobre todo 60, 90 y en menor medida, 120 y 240 días que son algo más frecuentes.

Respecto de los componentes de la mortalidad infantil, ya hemos comentado previamente que la Tasa de Mortalidad Infantil tiene el valor más alto en 1902 con un 265,03‰ y un valor más bajo en 1917 de 168,10‰. La Tasa de Mortalidad Neonatal varía con el valor más alto en 1902 de 64,58‰ y el más bajo en 1913 de 38,42‰. La Tasa de Mortalidad Postneonatal se mueve entre 199,48‰ de 1902 y 128,51‰ de 1917. Los valores medios del periodo considerado son 200,62‰ para la TMI, 49,12‰ para la TMN y 151,52‰ para la TMPN. Resulta evidente que predominan la mortalidad por causas exógenas sobre la implícitamente relacionada con la mortalidad neonatal, es decir, causas congénitas y hereditarias. Este hecho para algunos autores es coincidente con

---

<sup>461</sup> Muñoz F. Geografía de la mortalidad española del siglo XIX: una exploración de sus factores determinantes. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles 2005; (40): 301.

<sup>462</sup> Bernabeu J, Perdiguer E, Barona JL et al. Factores explicativos en el descenso de la mortalidad de la infancia: reflexiones desde la experiencia española. Sesión 11: Mortalidad y desigualdad social. VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica; 31 de Mayo y 1 y 2 de Junio de 2007; Maó (Menorca). Disponible el 07/08/2009 en <http://www.adeh.org/menorca07/sesiones.html>

<sup>463</sup> García A. 1991. p. 70.

<sup>464</sup> Gómez R. El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900 – 1970. Reis 1985; (32): 101 – 40.

los inicios de la transición demográfica<sup>465</sup>. No es el caso, por ejemplo, de la Sevilla de la Restauración, donde predomina la mortalidad en el primer mes de vida y, por tanto, con predominio de las causas endógenas<sup>466</sup>. Sí coincide con otras poblaciones como Guadix, con similares cifras y localización de las muertes<sup>467,468</sup>.

No obstante, tenemos que considerar un hecho que nosotros no podemos evitar y que es la infravaloración de la mortalidad infantil que pueda haberse deslizado en estos años estudiados como consecuencia de la consideración de “criatura abortiva” o de nacido vivo en función de lo establecido en el Código Civil de la época<sup>469,470,471</sup>. Será a partir de 1930 cuando se especifiquen en los Movimientos Naturales de la Población los muertos al nacer y antes del primer día de vida, diferenciados del resto de los abortos<sup>472</sup>.

Se citan varias como causas aceptables que explican una mortalidad infantil tan elevada y que van desde la falta de cuidados, a la mala lactancia, pasando por el destete mal dirigido y por la deficiente asistencia médica<sup>473</sup>. Este último apartado incluye tanto la pasividad punible y la llamada tardía al médico, como la medicina casera y las preocupaciones populares<sup>474,475,476,477</sup>. Si

---

<sup>465</sup> Soriano J. 1999. p. 258

<sup>466</sup> Bernal E. La mortalidad infantil en la Sevilla de la Restauración (1875 – 1924). En: Carrillo JL, Olagüe G, editores. Actas del 33 Congreso Internacional de Historia de la Medicina; 1 – 6 Sept 1992; Granada – Sevilla, España. Sevilla; 1994. p. 462.

<sup>467</sup> De los Reyes E. Demografía e innovación. Reflexiones sobre un caso andaluz entre los siglos XVIII y XX. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales 1 de Agosto de 2000; 69 (24). Disponible el 11 de Febrero de 2004 en <http://www.ub.es/geocrit/sn-6924.htm>

<sup>468</sup> Para un análisis más detallado de la mortalidad geográfica y su evolución temporal, véase: Sanz A. Infancia, mortalidad y causas de muerte en el primer tercio del siglo XX (1906 – 1932). Reis (95): 129 – 54.

<sup>469</sup> Gómez R. Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1984; 2(1): 7. Disponible el 25/05/2008 en <http://adeh.org/pt/node/6475>

<sup>470</sup> Ramiro D, Sanz A. Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860 – 1990. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1999; 17 (1): 55 - 6.

<sup>471</sup> Sobre este respecto, véanse: Blanes A. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial. Tesis doctoral. Barcelona: Departament de Geografia, Universitat Autònoma de Barcelona; 2007. Disponible el 07/10/2015 en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/Blanes2007.pdf>; Gómez R. Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1984; 2 (1): 6 – 19. Disponible el 25 /05/2008 en <http://adeh.org/pt/node/6475>

<sup>472</sup> Gómez R. 1984. p. 10.

<sup>473</sup> Se puede consultar una revisión bibliográfica sobre la evolución de la salud infantil y su atención en: Rodríguez E. La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. Dynamis 2003; 23: 27 - 36.

<sup>474</sup> Bernabeú J. 2002. p. 148.

<sup>475</sup> Bosch J. 1947. p. 43.

añadimos procesos de tratamiento deficiente del ciclo del agua y urbanización, una desnutrición crónica y deficiente higiene alimentaria<sup>478,479</sup>, encontramos los determinantes de las altas cifras de mortalidad infecciosa digestiva, por lo que la actuación, entre otros, en estos aspectos supuso en España una reducción de la mortalidad infantil por enfermedades infecciosas, especialmente en los aparatos digestivo y respiratorio.

Es interesante comentar el llamativo incremento que se observa en el capítulo de enteritis y diarreas en los menores de dos años. Aunque en nuestro caso, lo documentamos a partir de 1910, está descrito en la literatura desde 1904 relacionado con los progresos de índole científico – médica, que se tradujeron en una importante mejora diagnóstica y en la sustitución de expresiones diagnósticas como dentición, pasmo, etc. por el ya comentado de diarreas y enteritis en menores de dos años (05106 y 05104)<sup>480</sup>. Esta situación también la encontramos en Alcalá de los Gazules (Cádiz), donde aparece como segunda causa de muerte después de los vicios de conformación<sup>481</sup>. Parecida situación encontramos tanto en Vejer de la Frontera como en Medina Sidonia (ambos en Cádiz), donde en este caso la diarrea sí aparece como primera causa de muerte<sup>482</sup>. En Madrid, la mortalidad por diarrea y enteritis en menores de dos años era muy alta, pero presentaba valores inferiores a los de la media española<sup>483</sup>. Interesa hacer una precisión llegados a este punto. La sistemática de trabajo que hemos seguido, a veces, nos impide hacer comparaciones más exactas pero no evita el poder comparar las grandes líneas generales empleadas por otros autores, porque aunque no coincidan las clasificaciones

---

<sup>476</sup> Santos M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873 – 1918). Disponible el 15/04/2009 en <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20i>

<sup>477</sup> Balaguer E, Ballester R, Bernabeu J, Nolasco A, Perdiguero E, Pérez S. La transición sanitaria española en el periodo 1879 - 1919. En: Livi M, editor. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert, Diputación de Alicante; 1991. (2). p. 142.

<sup>478</sup> Castelló I. Higiene alimentaria y mortalidad en la España contemporánea (1900 – 1974): el ejemplo de la fiebre tifoidea y la diarrea y enteritis (en menores de dos años). Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 2001; 15 (2): 41 – 6.

<sup>479</sup> Sobre la situación alimentaria, problemas, abastecimiento, higiene véase: Calero ML. Higiene y alimentación: El abasto de la carne en Huelva (1855 – 1870). Universidad Internacional de Andalucía; 2014

<sup>480</sup> Balaguer E. 1990. p. 152.

<sup>481</sup> Molanes P et al. 2012. p. 85.

<sup>482</sup> Marín AJ et al. 2012. p. 16.

<sup>483</sup> Porras MI. 2002. p. 235.

empleadas, si podemos comparar los epígrafes establecidos como causas diagnósticas generales. En el conjunto español, los porcentajes de mortalidad por diarrea y enteritis en este periodo fue alto, entre el 38,0‰ de 1912 y el 56‰ de 1919<sup>484</sup>. Pero también debemos aclarar que sigue existiendo una importante mortalidad que nosotros hemos englobado como “*otras enfermedades peculiares de la primera infancia*” (11153 y 11152). En ambos casos, podemos hacer esta precisión basándonos en la clasificación de Bertillon obtenida a partir de los movimientos naturales de la población de 1901 y 1910.

El descenso de las enfermedades intestinales está particularmente asociado a avances en la salubridad pública, especialmente, en el tratamiento del agua potable y las aguas residuales, en la higiene personal y en la cantidad, calidad y manipulación de los alimentos. Igualmente ocurre con la mortalidad por enfermedades de vías respiratorias y otras transmitidas preferentemente por el aire, que descienden por las mejores condiciones de vida y una mejor alimentación, junto con la disminución del riesgo de contagio debido a la extensión de la vacuna en el caso de la viruela<sup>485,486,487</sup>. Por consiguiente, el descenso de la mortalidad que se sitúa en el proceso de transición demográfica, se desarrolla con una periodización e intensidad distintas en función de factores como el desarrollo económico – social, el grado de urbanización, la higiene y salud públicas, las costumbres sobre la lactancia y crianza de los hijos y la educación de las madres entre otros<sup>488,489,490</sup>.

En el grupo de los mayores de un año, el valor más frecuente (moda) es 1 año, tanto si consideramos año a año como en el conjunto de los años investigados. La edad media en el periodo completo es 43,12 años. Considerados aisladamente, la edad media oscila entre 38,43 años del año

---

<sup>484</sup> Navarro R, director. Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002; p. 109. Disponible el 26/12/2012 en [www.publicaciones.isciii.es](http://www.publicaciones.isciii.es)

<sup>485</sup> Dopico F. 1985 – 6. p. 390.

<sup>486</sup> Rosado M, Megía MJ, García F, Bolumar F, Najera E. Evaluación epidemiológica de la importancia de la mortalidad por enfermedades transmisibles en España. I. Mortalidad general (1900 – 1978). Rev San Hig Pub 1984; 58 (9 – 10): 905.

<sup>487</sup> Hablaremos en el capítulo de crisis de mortalidad del comportamiento epidemiológico de la viruela tanto en nuestra época como en otros periodos posteriores. Véase, también: Sáinz A. 2007. p. 323 – 5.

<sup>488</sup> Ramiro D. 1999. p. 61.

<sup>489</sup> Ramiro D. 1999. p. 68.

<sup>490</sup> Del Campo S. 1975. p. 11.

1902 hasta 46,18 del año 1917. El rango de edad oscila entre 1 año y los 106 años<sup>491</sup>.

#### 4.4. Mortalidad y causas

Como hemos explicado anteriormente, hemos estudiado las causas de muerte en los 21 años de estudio considerando tres clasificaciones diferentes, de las cuales, dos son comunes a todos esos años, la que hemos elaborado particularmente y la fundamentada en los grandes grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión y otra que cambia según se trate del tiempo comprendido entre 1900 y 1910 y el comprendido entre 1911 y 1920, al basarse en las obtenidas a partir del Movimiento Natural de la Población que, a su vez, se elaboraron según la clasificación de Bertillon de 1901 y 1910 y que aparecen detalladas, todas, en los anexos al final de esta obra.

Pero es interesante remarcar que cuando planteamos los cuadros resumen de las enfermedades año a año, encontramos que según sea el criterio establecido por nosotros o el construido a partir del movimiento natural de la población, podremos encontrar diferencias sensibles en el orden de importancia de las diferentes causas de muerte.

No es el caso de la causa principal de fallecimiento en todos los años de estudio. Y es que si hay una enfermedad que destaca por encima de las demás en cuanto a preponderancia en el cómputo global de fallecimientos, ésta es la tuberculosis. Y esto se puede corroborar desde antiguo<sup>492</sup>. Es la enfermedad que más mortalidad causa y en eso coincide la información obtenida según nuestra clasificación particular, como con la generada a partir del Movimiento Natural de la Población que se fundamenta en la Clasificación Internacional de Bertillon de 1901 y 1910.

Entre 1901 y 1939, según los sucesivos Anuarios Estadísticos de España, los muertos por tuberculosis en el país presentaron unas tasas de

---

<sup>491</sup> Sobre la esperanza de vida, véase el detallado estudio de Goerlich FJ, Pinilla R. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Documentos de Trabajo nº 11. Bilbao: Fundación BBVA 2006. Disponible el 14/05/2013 en <http://www.fbbva.es>

<sup>492</sup> Herrera F. 1998a. p. 803.

mortalidad que oscilaron entre 202,8 por 100.000 habitantes en 1901 y 102,6 en 1936<sup>493,494</sup>.

En Barcelona, por ejemplo, la tuberculosis pulmonar dejaba ente 1913 y 1920 unas 1.500 muertes anuales, con un importante incremento en el año 1918, que llega a 1966<sup>495</sup>.

Las características propias de la tuberculosis tanto desde el punto de vista clínico, por la alta mortalidad y por los numerosos enfermos crónicos que originó<sup>496</sup> como su asociación con ambientes de pobreza e insalubridad<sup>497</sup> así como el que trascendiese el límite de lo patológico y diese lugar a una especie de subcultura nutrida en aspectos variados de la política, el arte y la cultura<sup>498,499,500,501,502</sup>, nos manifiesta que se trata durante todo nuestro periodo de estudio de una auténtica epidemia en la que la tendencia es decreciente, desde 1904 baja definitivamente del 20%, pero de forma muy tenue. En 1912 se alcanzan las cifras más bajas, un 15,4%, coincidiendo con las menores cifras de mortalidad a nivel nacional por esta enfermedad<sup>503</sup>. Y en 1914 y 1919 sube a más del 19%. Coincide con el primer descenso de la enfermedad a partir de

---

<sup>493</sup> Palao MC. Una perspectiva social de la tuberculosis en España: 1900 – 1939. Disponible el 17/03/2013 en <http://academia.edu/329152>

<sup>494</sup> Molero J. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Dynamis* 1989; 9: 185- 223.

<sup>495</sup> Buj A. La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 1 de Agosto de 2003; 7 (146): 5. Disponible el 14/04/2013 en [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(012\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(012).htm)

<sup>496</sup> Báguena MJ. La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914). En: Bernabeu J, coordinador. *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert - Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, Diputació de Alicante; 1991* 5. p. 193.

<sup>497</sup> Báguena MJ. La tuberculosis en la historia. *An R Acad Med Comunitat Valenciana* 2011a; 12: 3.

<sup>498</sup> Marcelo C. La frontera de lo público y lo privado en torno a la experiencia de la salud y de la enfermedad: la tuberculosis y los sanatorios chilenos. *An chil hist med* 2007; 17: 188.

<sup>499</sup> Montiel L. La cura climática en “La Montaña Mágica” de Thomas Mann. *Balnea* 2006; 1: 63 – 78.

<sup>500</sup> Montiel L. “¡Señor, no, señor!”. Una reflexión melancólica con motivo de la nueva edición de *La montaña mágica*. *El lápiz de Esculapio* 2005; 6 (21 – 22): 390 – 1.

<sup>501</sup> Herrera F. Los adioses, de Juan Carlos Onetti [comentario de texto]. *Temperamentum* 2012; 16, Disponible el 01/11/2015 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t2612.php>

<sup>502</sup> Una visión global de la tuberculosis en todos estos aspectos, la podemos encontrar en: Urkía JM. La tuberculosis. *Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas* 2. Donostia: Eusko Ikaskuntza; 1992. p. 139 – 53. Disponible el 01/10/2015 en

<https://www.euskoikaskuntza.org/es/publicaciones/colecciones/cuadernos/articulo.php?o=10755>

<sup>503</sup> Báguena MJ. Los saberes en torno a la tuberculosis en Valencia a través de la prensa médica (1882 – 1914). *El argonauta español* 2011b; (8): 4. Disponible el 13/02/2013 en <http://argonauta.imageson.org/document152.html?&format=print>



1900 hasta 1936. El segundo se producirá de 1950 a 1959<sup>504</sup>. Tónica general, por otra parte en el resto del país. En Valencia, por ejemplo, representaba el 5% de la mortalidad general a principios de siglo, con una incidencia más elevada de la forma pulmonar entre los 20 y los 40 años y de la forma meníngea en los menores de 14<sup>505</sup>. En Madrid, en 1900 se alcanzan en todos los casos valores superiores al 3%, rebasándose con mucho las cifras correspondientes a España<sup>506</sup>. En otros países, el descenso de la mortalidad por esta causa de forma continua se produce desde 1838. Es el caso de Inglaterra y País de Gales. Concretamente supuso el 17,5% del descenso de la mortalidad entre 1848 – 1854 y 1971<sup>507</sup>.

La tuberculosis, desde finales del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, es un problema médico con un gran componente de alarma social<sup>508,509,510</sup>. Su alta morbimortalidad, junto con la ausencia de un tratamiento efectivo, y unido a que recaía en los elementos productivos de la sociedad, la definían como una enfermedad desastrosa<sup>511</sup>. Desde 1901, se incluye como enfermedad de declaración obligatoria<sup>512</sup>. En el caso de Cádiz, esta preocupación ha sido ampliamente estudiada por Herrera, sobre todo, a través de la figura del Inspector Provincial de Sanidad, Don Leonardo Rodrigo Lavín y su ingente labor de divulgación médica amén de rigurosos estudios científicos que intentaron mejorar la salud de la población<sup>513</sup>. En el ámbito local, la preocupación por la enfermedad se manifiesta también en la actitud de algunos políticos. Hemos encontrado una interesante disertación, manuscrita por el concejal Antonio Urtubey sobre los valores que la higiene y la cultura tendrían

---

<sup>504</sup> Benavides A. 1984. p 437- 62. Referenciado en: Báguena MJ. 1991. p. 194.

<sup>505</sup> Báguena MJ. 2011b. p. 4.

<sup>506</sup> Porras MI. 2002. p. 241.

<sup>507</sup> McKeown T. 1990. p. 116.

<sup>508</sup> Herrera F. Higiene y acción social: médicos hispanoamericanos y la tuberculosis en el congreso de San Sebastián (1912). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*. 2010b; 33 (1 – 2): 133.

<sup>509</sup> Lugo S. Enfermedad, industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. Ramón Pla y Armengol (1880 – 1958), entre el olvido y la heterodoxia. *Medicina e Historia* 2012; (2): 4.

<sup>510</sup> Molero J. 1989 p. 185- 223.

<sup>511</sup> Molero J. Clase obrera, medicina y estado en la España del siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950. En: Castellanos J, Jiménez I, Ruiz MJ, Gardeta P. *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre Medicina, sociedad y Estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina; 1998. p. 221.

<sup>512</sup> Báguena MJ. 2011. p. 4.

<sup>513</sup> Herrera F. *La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950)*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz; 2007. p. 65 – 82.



en el control de la enfermedad, tanto con medidas coercitivas sobre los que incumplan las medidas higiénicas como mentalizadoras sobre una población, la gaditana, que debe mentalizarse en ese sentido higienista<sup>514</sup>.

Debemos recordar que hablamos de una sociedad, la gaditana, que en estos momentos empieza a contar con un incipiente tejido industrial, que no está totalmente desarrollado<sup>515</sup>. Es decir, encontramos las características de una sociedad pre o protoindustrial en la que predominan los efectos adversos sobre los positivos que todo desarrollo socioeconómico deberían acarrear. Y uno de los elementos definidores de este estado social es la prevalencia de estas enfermedades sociales<sup>516</sup>. Paralelamente, la lucha contra esta enfermedad supone una prioridad para los distintos países, con especial hincapié en el periodo comprendido entre 1918 y 1939<sup>517,518,519</sup>.

Hasta la aparición de los programas nacionales e internacionales de lucha antituberculosa efectivos sobre todo en los países más desarrollados, la tuberculosis es una causa de muerte importante en adultos jóvenes, sobre todo hombres, que incide sobre clases pobres que viven en condiciones laborales pésimas y de hacinamiento en barrios insalubres<sup>520,521,522,523,524</sup>, extremo que se puede comprobar con estudios como el realizado por Comenge y Ferrer en la ciudad de Barcelona, a principios del siglo XX<sup>525</sup>. Consideremos que cada

---

<sup>514</sup> Urtubey A. Medidas contra la tuberculosis que propone el Sr. Concejal D. Antonio Urtubey. Ayuntamiento de Cádiz. Negociado de Policía Urbana. Año 1901. Ubicado en la caja 2283 presente en el Archivo Municipal de Cádiz

<sup>515</sup> Millán JL. Vol.IV. 1993. p. 110 – 20.

<sup>516</sup> Fernández A. Clase obrera y tuberculosis en Madrid a principios del siglo XX. En: Huerta R, Campos R, coordinadores. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas; 1992. p. 93 – 124.

<sup>517</sup> Bolumar F. Aspectos sociales de la lucha contra la tuberculosis en la Valencia de entreguerras. Medicina e Historia 1972; (11) : 7 – 26.

<sup>518</sup> Molero J. 1989. p. 185- 223.

<sup>519</sup> Herrera F. “José Gómez-Plana y el estado sanitario del distrito médico de Palma (Cádiz, 1929)”. En: Pérez-Bustamante JA et al, coordinadores. Actas del IX Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 27 – 30 Sep 2005; Cádiz, España. Cádiz: SEHCYT; 2006. p. 267 – 80.

<sup>520</sup> Alcaide J, Altet MN. Generalidades. Impacto social de la tuberculosis en la historia de la humanidad. Med Integr May 1994; 23 (10): 423 – 6.

<sup>521</sup> Pareja A. El papel del hospital de Basurto en la transición sanitaria. En: González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. 1998; Bilbao: 318

<sup>522</sup> Molero J. 1990. p. 253.

<sup>523</sup> Herrera F. 2006. p. 274.

<sup>524</sup> Báguena MJ. 1992. p. 33.

<sup>525</sup> Comenge L. Estudios demográficos de Barcelona. Tuberculosis (1898 – 1900). Gaceta Médica Catalana 1901, 24; 447 – 8. Referenciado en Molero J. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. Dynamis 1989; 9: 194. En este artículo, existe una

paciente no tratado, y en esta época ninguno lo era salvo un porcentaje minoritario y esto con medidas físicas y nutricionales, contagia al año de 10 a 15 personas<sup>526</sup>. Aunque la enfermedad había empezado a declinar desde la mitad del siglo XIX, no será hasta la aparición de los quimioterápicos (el primero la estreptomina en 1946) cuando se consiga controlar definitivamente la misma<sup>527</sup>.

Si seguimos observando las tablas, sí se producen modificaciones en los determinantes de fallecimiento. De forma que la bronconeumonía (013) y términos relacionados tiene un peso específico importante oscilando entre el segundo, en casi todos los años excepto 1908, 1909, 1911, 1917 y 1919, y el tercer y cuarto lugar. En este grupo de las neumonías, las dificultades son especialmente serias para establecer un diagnóstico, donde las pruebas se ven perjudicadas por los cambios en la forma de diagnosticar y en la clasificación de las causas de muerte<sup>528</sup>. Pero esto sucede si lo estudiamos desde nuestro criterio clasificatorio. En esos años citados, las causas de muerte son enfermedades cerebrovasculares (022) y las enfermedades nutricionales infantiles (031).

Si consideramos la clasificación de Bertillon, la congestión y hemorragia cerebrales (02265, hasta 1910 y 02264 hasta 1920) ocupa el segundo puesto los años 1900, 1901, 1903, 1904, 1908, 1909, 1910, 1911, 1915. En España, las tasas por 100.000 habitantes, varían desde un valor mínimo de 143,6 en 1916 hasta un valor máximo de 176,5 en 1900<sup>529</sup>. La bronconeumonía (04493) lo ocupa los años 1902, 1905, 1906, 1907 y 1914. Es una importante causa de mortalidad en todo el país y con una fuerte reducción en el valor de la misma a lo largo del siglo XX<sup>530</sup> gracias a la introducción de medidas higiénicas, sociales y terapéuticas<sup>531</sup>. Las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes que

---

descripción detallada de los estudios realizados en la época sobre tuberculosis e influencia social poniéndose de manifiesto la importante interrelación entre ambos.

<sup>526</sup> Casal M. Tuberculosis. Enfermedad reemergente. En: V.V.A.A. Epidemias. Temas Investigación y Ciencia 1999; (18): 41.

<sup>527</sup> Báguena MJ. 2011a. p. 7.

<sup>528</sup> McKeown T. 1990. p. 113.

<sup>529</sup> Navarro R 2002. p. 278.

<sup>530</sup> Porras MI. 2002. p. 244.

<sup>531</sup> García F, Bolumar F, Gómez ML, Cortés M, Nájera E. Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. España 1900 – 1978. II. Enfermedades respiratorias transmisibles. Rev San Hig Pub 1984; 58: 452.

encontramos oscilan desde un valor mínimo de 140,3 en 1915 hasta un valor máximo de 283,5 en 1918, mismo año con la máxima virulencia de la epidemia gripal<sup>532</sup>. En los años 1912, 1916, 1917, 1918, 1919 y 1920, la causa de muerte son las hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio (03385).

No existe una causa clara que justifique esta falta de coincidencia según que consideremos una u otra clasificación. La explicación más plausible probablemente se relacione con el hecho de la codificación original en el propio parte de defunción, mucho menos estricto que ahora, y con la génesis de nuestra clasificación que exigió, por criterios obvios de operatividad, la agrupación de una gran cantidad de conceptos bajo un mismo epígrafe.

Continuando con las otras enfermedades, según nuestra clasificación, de auténtico drama se puede considerar la preponderancia de las enfermedades nutricionales infantiles (031) como una de las principales causas de muerte en general y, por tanto, con una influencia determinante en la mortalidad infantil. Podemos afirmar que se trata de un problema auténticamente endémico. También ampliamente representada según la Clasificación de Bertillon como enfermedades peculiares de la primera infancia (11153), o las diarreas y enteritis para los menores de dos años (05106).

Los trastornos circulatorios (arterioesclerosis y otras denominaciones sinónimas), 021, enfermedades vasculares cardíacas y pulmonares, 023, la parada cardiorrespiratoria, arritmias y traumatismos cardíacos, 024, lesiones valvulares, 026, y las lesiones cardíacas y de vasos sanguíneos, 027, también tienen un papel determinante en el total de la mortalidad.

A pesar de encontrarnos en un periodo de transición todavía las enfermedades infecciosas, además de las citadas, determinan la mayoría de los años la mortalidad que hemos encontrado en los libros de defunción<sup>533,534</sup>. La persistencia y constancia de enfermedades infecciosas sirve de ayuda para

---

<sup>532</sup> Navarro R. 2002. p. 295.

<sup>533</sup> Murillo F. Principios básicos de la defensa antiparasitaria. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 5 de Marzo de 1942 de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Imprenta de J. Cosano; 1942. p. 11.

<sup>534</sup> Gorina N, Sánchez-Aldeguer J. La hospitalización de los enfermos tuberculosos en la medicina barcelonesa de principios de siglo. *Todo Hospital* Junio 1992; 87: 63 – 7.

comprender los aspectos socioeconómicos de la sociedad y el nivel científico y organizativo de la época<sup>535</sup>.

Es necesario hacer una precisión metodológica. El estudio de la mortalidad por enfermedades infecciosas en un periodo largo de tiempo, conlleva la introducción de algunos sesgos: los cambios que se producen en la clasificación de enfermedades, que en este periodo llegan a ser hasta tres; la escasa precisión de las causas de mortalidad, la descripción de otras enfermedades antes incluidas en otros grupos, el mejoramiento de la infraestructura higiénico sanitaria que, aunque lentamente, se va produciendo a lo largo del periodo estudiado y, la forma de recopilar los datos a lo largo de los años, que, en nuestro caso, entendemos no se ha presentado<sup>536</sup>.

Si nos centramos en el problema derivado de considerar sólo las enfermedades infectocontagiosas que aparecen como tales en el correspondiente capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Revisión<sup>537</sup> o en las construidas a partir del Movimiento Natural de la población de los años 1901 y 1910, lo hemos obviado de dos formas: utilizando los procesos infecciosos que aparecen en otros epígrafes, caso de la gripe, incluida en las enfermedades respiratorias, y manejando la clasificación que hemos generado nosotros<sup>538</sup>.

Entre éstas, tenemos las meningitis y encefalitis (110), con unas cifras bastante elevadas en el periodo considerado que oscilan entre el 4,7% de los años 1901 y 1916 y la cifra más alta de 1913 que llega al 7,1%. Son números que indican que es una enfermedad endémica en la ciudad y en la que coinciden tanto la clasificación elaborada por nosotros y la derivada del Movimiento Natural de la Población. Aunque no hemos tenido acceso a tasas relativas de mortalidad, si conocemos los valores absolutos a nivel nacional, que arrojan unas cifras mínimas en 1909 de 17.888 y máximas en 1918 de

---

<sup>535</sup> Herrera F. La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María. Revista de Historia de El Puerto 1996b; 17: 35.

<sup>536</sup> Mirón JA, Alonso M, Méndez M, López I, Sáenz MC. Mortalidad prematura por enfermedades infecciosas en España, 1908 – 1995. Rev Panam Salud Publica 2002; 12 (4): 265.

<sup>537</sup> Mirón JA. 2002. p. 265.

<sup>538</sup> Este problema de adscripción de enfermedades también se ha producido en otros conjuntos de enfermedades. Es el caso de las enfermedades que causan mortalidad de origen nutricional. Ver: Castello I, Wanden – Berghe C. Nueva clasificación de las causas de mortalidad de origen nutricional por el método Delphi. Arch Latinoam Nutr 2011; 61 (2): 124.

22.414, coincidentes con el periodo álgido de la gripe<sup>539</sup>. No están incluidos aquellas enfermedades que han podido ser catalogadas de forma más específica por conocer el germen causante, como es el caso de las meningitis tuberculosas y gripales, por ejemplo, y que están encuadradas en el respectivo epígrafe causante. No hemos encontrado ningún caso nombrado como meningoencefalitis epidémica o encefalitis letárgica en nuestra nómina, a pesar de estar documentado un incremento epidémico en los últimos años de nuestro estudio<sup>540,541</sup>.

En el capítulo de las enfermedades infecciosas, parasitarias y posibles complicaciones infecciosas del aparato digestivo (112), la lista que encontramos es muy numerosa. En nuestra clasificación la heterogeneidad de las enfermedades englobadas hace que no podamos realizar un estudio desagregado de los distintos procesos. No obstante podemos afirmar que se encuentra siempre entre las diez primeras causas de muerte en todos los años oscilando entre el cuarto puesto en 1920 y el séptimo puesto en 1909, 1912 y 1914.

Sin embargo, merced a la clasificación de Bertillon que hemos construido a partir del Movimiento Natural de la Población podemos precisar y desagregar más detalles: en primer lugar, aparece como causa principal de muerte, entre las diez primeras en 12 años en lugar de en todo el periodo estudiado. En segundo lugar, se limita fundamentalmente a los cuadros diarreicos, diferenciados entre los que se presentan en los menores de 2 años, caso de los años 1909, 1911, 1912, 1913, 1915, 1916, 1917, 1918, 1920; y los que se presentan en mayores de 2 años, en 1905, 1914, 1915, 1916, 1918, 1919 y 1920. Son valores que oscilan entre el 3,4% que encontramos en 1920, y para los mayores de 2 años y 1,9% que encontramos en 1914, para los menores de 2 años. Si consideramos valores absolutos, a nivel nacional, las diarreas y

---

<sup>539</sup> Navarro R. 2002. p. 290.

<sup>540</sup> Fernández E. La meningo-encefalitis epidémica. (Encefalitis letárgica y procesos similares). Estudio crítico y clínico. (Extraído de El Siglo Médico). Madrid: Imprenta del Sucesor de Enrique Teodoro; 1920.

<sup>541</sup> Encontramos una valoración epidemiológica aproximada de esta enfermedad en el siguiente artículo, con un recuento de los casos publicados. Corral I, Quereda C. La enfermedad misteriosa: Encefalitis letárgica en España (1918 – 1936). Medicina e Historia 2006; 3: 2 – 6.

enteritis en los adultos, presentan en 1900 hasta 30.000 fallecidos, con picos que superan en 1906 y 1918 los 80.000 decesos<sup>542</sup>.

No encontramos la fiebre tifoidea entre las primeras, a pesar de estar considerada como entidad independiente, aun cuando aparece referida como una de las principales causas de mortalidad como la tuberculosis<sup>543</sup>. De hecho, están documentadas numerosas epidemias en distintos territorios de España<sup>544</sup> pero no aparece ninguna relacionada en Cádiz, aunque utilizando el IE encontramos criterios de *sobremortalidad* los años de 1910, 1911, 1918 y 1919<sup>545</sup>. A pesar de ello, Cádiz se mantiene en el grupo de capitales de provincia con pocas diferencias en el número de casos en el periodo 1906 - 1927<sup>546,547</sup>. En cualquiera de los casos, es un índice de la situación sanitaria de una comunidad. Es indudable que, con la presencia de este tipo de enfermedades y con la mortalidad que ocasiona, la situación sanitaria de una ciudad no es buena.

Otro gran capítulo es el que representan las infecciones del aparato cardiocirculatorio (114), también tremendamente heterogéneo, pero al menos con la coincidencia de su situación morfológica. Lo encontramos en todos los años excepto en 1900 y 1907, según nuestra clasificación. Con la clasificación de Bertillon, encontramos la endocarditis aguda, 03379 desde 1900 a 1910 y 03378 en los siguientes diez años, y con representación en los años 1908, 1910, y de 1911 a 1917.

Comentario separado merece el capítulo de otras infecciones (116). Se trata de un grupo heterogéneo en el que hemos agrupado desde los abscesos cerebrales hasta la varicela pasando por ántrax, fiebre amarilla o cuadros gangrenosos. Más que los diversos términos que encontramos, nos parece llamativo las altas cifras mantenidas en todo el periodo, desde el 1,2% del año

---

<sup>542</sup> Navarro R. 2012. p. 102.

<sup>543</sup> Palanca JA. El problema de la fiebre tifoidea en España. Discurso leído en a Real Academia Nacional de Medicina para la recepción del académico electo. Madrid: Imprenta Gráfica Universal; 1929. p. 9.

<sup>544</sup> En 1914, se documenta una epidemia en la ciudad de Barcelona que ocasionó 2267 defunciones. Planteó la necesidad de una red de saneamiento y un sistema de cloacas con criterios saludables e higiénicos. Buj A. 2003. p. 5.

<sup>545</sup> Para conocer más sobre la fiebre tifoidea en Cádiz, véase el capítulo que sobre “Abastecimiento de aguas y fiebres tifoideas” se puede consultar en: Herrera F. La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz; 2007a. p. 99 – 117.

<sup>546</sup> Palanca JA. 1929. p. 53 y siguientes.

<sup>547</sup> Herrera F. 2007a. p.

1912 hasta el 2,8% del año 1900 que son muy elevadas y que le hacen estar en tres años entre los diez primeros causantes de fallecimiento ( años 1900, 1908 y 1910).

Si lo comparamos con la basada en el Movimiento Natural de la Población ya hemos comentado la presencia de la tuberculosis (01127 o 01128 según el año y demás términos relacionados), la meningitis (02262), gripe (01110), la neumonía (04494), la pericarditis (03378) o la endocarditis (03379).

Pero el mayor grado de desagregación de esta división de enfermedades, permite la aparición de otras que de otro modo pasarían desapercibidos. Ejemplo de esto lo representa las afecciones de los huesos, excepto la tuberculosis (09147), las enfermedades orgánicas del corazón (03380), otras afecciones del aparato circulatorio (03387), las diarreas y enteritis para los de dos o más años (05105), las anemias y clorosis<sup>548,549</sup> (01154) y las nefritis (06119).

Otra enfermedad vergonzante es la lepra. En nuestra clasificación está incluida en las infecciones dermatológicas, por lo que no permite un estudio demasiado extenso. En la clasificación de Bertillon, encontramos que en 1901, con 2 fallecimientos y 1909, con uno son los años en los que se producen muertes por esta enfermedad. En España, los números conocidos oscilan entre los 74 fallecidos recogidos en 1907 y 1909 y los 118 que aparecen en 1918<sup>550</sup>. No podríamos precisar si existe un infrarregistro de la misma, ya que se trata de una enfermedad ocultada por la familia para evitar la exclusión social y de la que existen testimonios escritos sobre la existencia de un numeroso contingente de enfermos sin que exista traslación en las estadísticas de la época<sup>551</sup>.

---

<sup>548</sup> Bernabeu J. Una enfermedad de mujeres: medicina e ideología en el ejemplo histórico de la clorosis. Symposium: Well-being as a Social Gendered Process. Session 3: Health; 2006 Jun 26 – 28; Modena, Italy. Disponible el 01/11/2015 en <http://www.ub.edu/tig/GWNet/ModenaPapers/BernabeuEsp.pdf>

<sup>549</sup> Bernabeu J, Cid AP, Esplugues JX, Galiana ME. Categoría diagnóstica y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877 – 1936). *Asclepio* 2008; 60 (1): 83 - 102.

<sup>550</sup> Navarro R. 2002. p. 159.

<sup>551</sup> Herrera F. La Tesis doctoral sobre la lepra de Ángel Ferrer Cagigal (Cádiz, 1911). *Llul: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas* 1995; 18 (35): 460- 1.

## 4.5. Las crisis de mortalidad en Cádiz

Una crisis de mortalidad es un episodio de mortalidad extraordinariamente alta respecto a un entorno espacio – temporal determinado<sup>552</sup>. Considerando que la estabilización de las crisis de mortalidad se consideró un prerrequisito para explicar los avances y mejoras en los niveles generales de mortalidad<sup>553</sup>, tradicionalmente estas crisis se han clasificado en tres tipos:

- Crisis de subsistencias, de origen fundamentalmente económico.
- Crisis epidémicas, resultado de procesos patológicos.
- Crisis mixtas, con rasgos pertenecientes a ambos grupos sin que los de ninguno de ellos resultaran predominantes<sup>554,555</sup>.

Por otra parte, el estudio de las enfermedades catastróficas ha formado parte de la historia de la medicina desde el siglo XVIII y se ha visto estimulada por la presencia de nuevas y viejas o reemergentes amenazas para la salud de las poblaciones<sup>556</sup>.

En España, los ejemplos más característicos de epidemias, en el periodo 1800 a 1930, son fundamentalmente el cólera, la fiebre amarilla y, en menor medida, la gripe<sup>557</sup>. En Cádiz se describen numerosas crisis de mortalidad en su historia más reciente que incrementaron los fallecimientos de forma extraordinaria. En el siglo XVIII aparece la primera epidemia de lo que posteriormente se denominará dengue en España y, que primero se la conoce como “piadosa” o “epidemia gaditana” y que nuevamente aparecerá en 1864, conociéndosela ya como dengue o “tracazo”<sup>558</sup>.

---

<sup>552</sup> Álvarez E, Fernández A, González F et al. Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918. *Magister. Revista Miscelánea de Investigación* 2008; (22): 96.

<sup>553</sup> Muñoz F. Geografía de la mortalidad española del siglo XIX: una exploración de sus factores determinantes. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* 2005; (40): 271.

<sup>554</sup> Pérez V. Las crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI – XIX. Madrid: Siglo XXI. Referenciado en: Pérez V, Collantes F. Crisis y problemas demográficos en España desde el antiguo régimen hasta el presente. Documento de trabajo de la Asociación Española de Historia Económica 1206. p. 8. Disponible el 03/03/2013 en [www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf](http://www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf)

<sup>555</sup> Criado FJ. La mortalidad catastrófica en la Tarifa de la primera mitad del siglo XVIII (1682 – 1752). *Almoraima. Revista de estudios campogibaltareños* 1999; 21: 176.

<sup>556</sup> Rodríguez E. Nuevos Aires, aguas y lugares. Luchas contra la malaria y la historia social de las enfermedades. *Dynamis* 2009; 29: 366.

<sup>557</sup> Bernabeu J. 1987. p. 70.

<sup>558</sup> Orozco A. La primera epidemia de dengue en España. *Asclepio* 1977; 31: 211.



En el siglo XIX tenemos en 1800, 1804, 1810 y 1819 la fiebre amarilla<sup>559</sup>; al final del primer tercio de siglo el cólera morbo<sup>560,561</sup>, epidemia representativa también del siglo XIX, la prolongada crisis epidémica de 1854 a 1856 en Cádiz donde coinciden cólera y, además, todavía en 1857 debieron confluír con la viruela, la carestía y las crisis de subsistencia<sup>562,563</sup>. Sólo contabilizamos 7 casos en todo el periodo de cólera, a razón de 1 por año, en 1902, 1906, 1908, 1918, 1919 y 1920; en estos años, como cólera nostras (01113) y en 1907 como cólera asiático (01112). Debemos recordar que la asignación numérica que reflejamos esta basada en la Clasificación de Bertillon del año correspondiente y extraída a partir del Movimiento Natural de la Población de los años 1901 y 1910. Son un número tan exiguo de casos que, al menos en esta enfermedad, no podemos extraer conclusiones como se ha podido hacer en otras epidemias de cólera<sup>564</sup>. Las principales causas que contribuyeron a la desaparición del cólera como enfermedad social son de carácter sanitario: instalación de modernos sistemas de abastecimiento de aguas y alcantarillado, así como la elevación del nivel de vida<sup>565</sup>.

Como hemos comentado antes, en esos primeros veintiún años del siglo XX en nuestra ciudad, hemos encontrado una mortalidad llamativa, por encima de los 2200 fallecidos en los años 1901, 1902, 1904, 1906, 1918 y 1919. Los años 1900 y 1920, a pesar de tener una cifra superior a la establecida como límite, no pueden calcularse ya que faltan los datos necesarios para el cálculo del índice, año anterior y posterior respectivamente.

En 1902, el valor del I.D. (Índice de Dûpaquier) es 1,75, que nos indica una Crisis Menor; en 1904, 0,30, por lo que no hay crisis; en 1906, 0,31 tampoco hay crisis, y en 1918, 3,06 por lo que se presenta una crisis de intensidad media. Son apreciables los incrementos de la Tasa Bruta de

---

<sup>559</sup> Iglesias JJ. La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800. Jerez de la Frontera: Diputación Provincial de Cádiz; 1987. p. 31 – 39.

<sup>560</sup> Nogueroles P. Las epidemias de cólera – morbo en Cádiz durante el siglo XIX. Estudio médico-social. [Tesis Doctoral]. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1991.

<sup>561</sup> Nogueroles P, Ruiz MA, Burgos A. El casino gaditano ante las crisis sanitarias del Cádiz decimonónico. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1999.

<sup>562</sup> Rodríguez JM. Las crisis demográficas gaditanas de mediados del siglo XX. (Las epidemias de 1854 y 1856). Gades 1978; (1): 133 – 62.

<sup>563</sup> Ramos A. 1986. p. 253.

<sup>564</sup> Aliño S. Aspecto social del cólera de 1885 en Alcira. Medicina e Historia Jul 1973; (26): 18.

Disponible el 27/02/2008 en [www.fu1838.org/publicacions\\_med.php](http://www.fu1838.org/publicacions_med.php)

<sup>565</sup> López JM. 1990. p. 144.

Mortalidad en 1902 y 1918; de igual forma están incrementados los valores de la Tasa de Mortalidad Infantil y sus componentes. Sin embargo, éstas no son tan llamativas porque existen incrementos también importantes en otros años, 1900 por ejemplo, donde no se han detectado crisis de mortalidad.

Establecido este criterio estadístico, hemos elegido, además, aquellas enfermedades que consideramos transmisibles y que aparecen con picos incrementados en los distintos años de estudio. Salvo el año en concreto que ocurría la epidemia no eran especialmente ni mortíferas ni afectaban a un gran número de población<sup>566</sup>.

La difteria afectó de forma endemo - epidémica a los países industrializados entre mediados de los siglos XIX y XX<sup>567</sup> y podemos considerarla como la primera enfermedad humana en la que se desarrolló de forma completa el programa de la medicina de base bacteriológica: detección del patógeno, producción de un tratamiento biológico, establecimiento de una prueba de reconocimiento y empleo de una vacuna y produjo cambios en los comportamientos exigibles ante la presencia de una enfermedad sofocante en niños, propiciando nuevas estructuras y dinámicas hospitalarias<sup>568</sup>. Utilizando el IE encontramos sobre mortalidad llamativa en los años 1905, 1907, 1910, 1911, 1917 y 1918. Y eso a pesar que en valores relativos, encontramos que sus valores de presentación son bastantes constantes teniendo incrementos poco apreciables: llega a 0.8 % en 1900 y a 0.7 % en 1910. En Madrid, presenta una tendencia al descenso a lo largo del siglo, solo interrumpida con motivos de las epidemias de 1907 y, sobre todo, de las de 1912 – 13 – 14<sup>569</sup>. En estos años, las cifras alcanzadas en Cádiz fueron del 0,6 %, en 1907, 1912 y 1914, algo más altas indudablemente pero con un impacto mínimo. En España, entre 1911 y 1930, la mortalidad específica por esta causa disminuyó un 74,6 %<sup>570</sup>.

Respecto a la tos ferina, el valor relativo más alto que tenemos es un 0.5% tres años seguidos (1906, 1907 y 1908). Aunque la repercusión sobre las cifras globales de la mortalidad es nimia, si nos atuviésemos al concepto estricto

---

<sup>566</sup> Pareja A. 1998. p. 324.

<sup>567</sup> Rodríguez E. La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, “nuncio de la nueva medicina”. *Dynamis* 2007; 27: 33.

<sup>568</sup> Rodríguez E. 2007. p. 34 - 5.

<sup>569</sup> Porras MI. 2002. p. 245.

<sup>570</sup> Rodríguez E. 2007. p. 40.

de brote epidémico, al menos en los años citados, debemos pensar que lo hubo<sup>571</sup>. Sin embargo si utilizamos el IE encontramos criterios de *sobremortalidad* los años 1905, 1906, 1907, 1908, 1915, 1917 y 1919. En ningún caso, se corresponde con valores altos a nivel nacional, salvo 1908<sup>572</sup>. En definitiva, se pueden considerar enfermedades endémicas que sufren elevaciones y declinaciones frecuentes como sarampión, viruela, tuberculosis, difteria, etc<sup>573</sup>.

La poliomielitis o parálisis flácida, enfermedad que había tenido una aparición esporádica entre 1893 y 1909, sí tuvo algunos picos epidémicos en 1896 y entre 1910 y 1912<sup>574</sup>. Hemos encontrado otro pico epidémico referenciado en 1916<sup>575</sup>. Nosotros no hemos podido constatar un exceso de casos en el periodo estudiado y, más concretamente, en los periodos citados. Es probable que exista un subregistro de mortalidad relacionado con el hecho de no haber recogido ningún caso bajo los epígrafes citados. En nuestra clasificación, véase Anexo 2, hemos encontrado casos de parálisis infantil, parálisis infantil aguda, poliomielitis anterior, anterior subaguda, de Landry que hemos englobado dentro del grupo “Otras Infecciones”. No es posible realizar un estudio más desagregado porque tanto en nuestra clasificación como en la generada a partir del Movimiento Natural de la Población según la clasificación de Bertillon están incluidos junto con otros procesos y no es posible separarlo<sup>576</sup>.

Dentro del grupo “Meningitis y Encefalitis” encontramos polioencefalitis aguda y crónica. Las enfermedades encontradas como parálisis espinal, parálisis general, “parálisis general complicado con...”, con atrofia, de los alienados, de los enajenados, espástica, progresiva no consideramos que puedan tener el origen vírico de la poliomielitis y las hemos considerado como

---

<sup>571</sup> Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Ordenación Sanitaria. Investigación de brotes epidémicos. Manuales. Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1988. p. 7. “Un brote epidémico se puede considerar como...existencia de un número de personas afectadas por una determinada enfermedad...con una frecuencia claramente superior a la esperada en condiciones normales”.

<sup>572</sup> Navarro R. 2002. p. 209.

<sup>573</sup> Murillo F. 1942. p. 45.

<sup>574</sup> Ballester R, Porras MI. La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica. *Dynamis* 2012; 32 (2): 277 – 8.

<sup>575</sup> Navarro R. 2002. p.172.

<sup>576</sup> Sobre una visión global de la poliomielitis, véase: Herrera F. Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomielitis (1948). *Cultura de los Cuidados* (edición digital) 2015; 19 (41): 60 – 5. Disponible el 10/10/2015 en <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.08>>

“Enfermedades Degenerativas del Sistema Nervioso Central” con lo que no pueden ser contabilizadas como de causa epidémica. En cualquier caso, al estar englobadas en otros epígrafes más generales no se puede hacer una cuantificación individual de los casos y tampoco son cifras excesivas en esos capítulos.

El sarampión, que afecta casi exclusivamente a niños<sup>577</sup>, tiene una presentación parecida a lo expresado anteriormente para la difteria y la tos ferina, pero con unas cifras algo más elevadas. Aparece prácticamente todos los años excepto en 1920 pero donde hemos documentado valores más altos y que se pueden considerar de brote epidémico claro, con cifras que exceden de los valores basales en todo el estudio, son en los años 1902, 1904, 1905, 1914 y 1916, coincidentes en otros territorios del país como Bilbao en los años 1901 y 1916<sup>578</sup>. Como citaremos más adelante con la viruela, en Barcelona es una enfermedad que en 1913 tiene 525 decesos y en 1920 bajan a 120<sup>579</sup>. Si recurrimos de nuevo al IE, además de los años citados aparecen criterios de mortalidad excesiva en 1908, 1912 y 1918. En España, en cambio, las tasas más altas se dan en 1901 y 1900 y 1905, este año sí coincidente con Cádiz<sup>580</sup> (Tabla 245)<sup>581</sup>. En valores absolutos, si consultamos el Anuario Estadístico de España, también aparece 1902 con cifras de defunciones por sarampión superiores a 10.000 fallecidos<sup>582</sup>.

**Tabla 246**  
**Fallecidos de sarampión en Cádiz entre 1900 - 1920 según la clasificación de Bertillon**

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
FA	5	8	57	1	38	30	2	3	12	9	2
%	0,2	0,3	2,3	0,1	1,7	1,4	0,1	0,1	0,6	0,4	0,1
		1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
FA		3	16	2	30	1	41	4	13	5	0
%		0,2	0,8	0,1	1,5	0,1	1,9	0,2	0,5	0,2	0

F.A. Frecuencia Absoluta. %. Porcentaje de casos sobre el total de fallecidos.

Fuente: Registro Civil.

Elaboración propia, 2015.

<sup>577</sup> Pareja A. 1998. p. 326.

<sup>578</sup> Pareja A. 1998. p. 326-7.

<sup>579</sup> Buj A. 2003. p. 5.

<sup>580</sup> Navarro R. 2002. p. 185.

<sup>581</sup> Podemos encontrar una descripción del comportamiento epidémico mediante ondas de mortalidad en Sáinz A. 2007. p. 325 – 6.

<sup>582</sup> Presidencia del Gobierno. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España; 1949. p. 826 – 7. Disponible el 26/05/2014 en

<http://www.ine.es/inebaseweb/treeNavigation.do?tn=164782&tns=165065>

La gripe nos ocupará un importante comentario por diversas causas. Es una enfermedad presente todos los años, con valores relativos altos en 1900, 1901, 1907 y, por supuesto, 1918 y 1919, en nuestra ciudad. Según el IE existen criterios de *sobremortalidad* en 1907, 1909, 1916, 1917, 1918 y 1919 (Tabla 245). Se trata de una enfermedad con un gran número de fallecimientos en valores absolutos en todo el tiempo que hemos estudiado en España con especial hincapie en los años descritos anteriormente<sup>583</sup>. Aparece en un momento en que la sociedad española se encontraba en pleno proceso de transición demográfica y sanitaria y en el que España es el tercer país europeo con mayores tasas de mortalidad a principios de siglo<sup>584</sup>.

**Tabla 247**  
**Fallecidos de gripe en Cádiz entre 1900 - 1920 según la clasificación de Bertillon**

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
FA	80	61	29	35	25	31	19	46	21	32	22
%	3,4	2,6	1,2	1,8	1,1	1,5	0,9	2,3	1,1	1,6	1,2
		1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
FA		17	18	18	16	16	22	32	178	101	23
%		0,9	0,9	1	0,8	0,8	1	1,5	6,9	3,9	1

F.A. Frecuencia Absoluta. %. Porcentaje de casos sobre el total de fallecidos.

Fuente: Registro Civil.

Elaboración propia, 2015.

En esta última gran epidemia, sobre la que se genera una amplia bibliografía de manera continua<sup>585</sup>, se plantea una gran controversia sobre su

<sup>583</sup> Presidencia del Gobierno. Instituto Nacional de Estadística. 1949. p. 826 – 7.

<sup>584</sup> Martínez M, Barona C. Repercusiones de la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia. En: Barona JL, Mico J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. Valencia: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 249.

<sup>585</sup> Véase: Taubenberger JK, Reid AH, Fanning TG. The 1918 influenza virus: a killer comes into view. *Virology* 2000; 274: 241 – 5. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 influenza: the mother of all pandemics. *Emerging Infectious Diseases* 2006; 12 (1): 15 – 22. Taubenberger JK. The origin and virulence of the 1918 “Spanish” influenza virus. *Proceedings of the American Philosophical Society* 2006; 150 (1): 86 – 112. Gamboa LP, Rodríguez PR, Martínez AF. Impacto de la pandemia de gripe de 1918 – 1919 en Aquitania y Tinjacá (Boyacá Colombia). *Rev Salud Hist Sanito on-line* 2007; 2 (1): 21 – 37. Marín A. el tratamiento informativo de la gran gripe en España y Francia (1918). Proyecto de Fin de Master. Oviedo: Departamento de Historia Contemporánea, Universidad de Oviedo 2013 disponible el 01/11/2015 en [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/19343/1/TFM\\_AdelaidaMG.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/19343/1/TFM_AdelaidaMG.pdf). Rodríguez E. La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. *Epidèmies de 1889 – 90 i 1918 – 19*. En: Roca A, coordinador. Cent anys de salut pública a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1991. p. 131 – 56. Murillo G. Recordando a la gripe española. *Med Int Mex* 2011; 27 (5): 463 – 6. Porras MI. Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918 – 19 en Madrid. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid; 1994 disponible 01/11/2015 en

origen. El primer antecedente de la enfermedad hay que buscarlo en la pandemia gripal de 1889 – 1890, con la que tiene aspectos diferenciales y aspectos comunes<sup>586</sup>. Estas características comunes se mantienen también como persistencia genética en la aparición de los casos de gripe, algunos con carácter epidémico (1957 y 1968), que se han presentado hasta la actualidad<sup>587</sup>. Tampoco está claro el lugar de comienzo de esta enfermedad ni la fecha de la misma, incluso se cita como precedente la aparición previa con carácter epidémico, en 1916, de ciertas enfermedades del aparato respiratorio entre las tropas indochinas que lucharon en el frente francés en la Primera Guerra Mundial<sup>588</sup>. Pero, además del origen, también generó problemas de diagnóstico diferencial entre el tifus exantemático y peste pulmonar y las complicaciones médicas de la gripe. En algunas ocasiones, por ejemplo en Jerez de la Frontera, coinciden en el mismo año 1918, crisis sanitaria relacionadas con la viruela, el tifus exantemático, la triquinosis y la propia gripe, amen de una crisis política que hace que sean tres los alcaldes que desempeñan el cargo, una crisis de subsistencia y una crisis socioeconómica con repetidas huelgas obreras, campesinas y de sanitarios<sup>589</sup>. Y, además, es un cuadro con múltiples denominaciones y afectación orgánica variada<sup>590,591</sup>.

En este bienio, a nivel mundial, generó una mortalidad estimada entre 50 y 100 millones de personas<sup>592</sup> según algunas fuentes y entre 20 y 50 millones según otras<sup>593</sup>, lo que se explica porque en ámbitos geográficos más modestos donde la morbilidad no puede ser establecida con precisión<sup>594</sup>, es más difícil

---

<http://biblioteca.ucm.es/tesis/1991/1996/D/0/AD0052501.pdf>. De Prado A. La epidemia de gripe en 1918 en Palencia. Disponible el 01/10/2015 en <http://vufind.uniovi.es/Record/ir-ART0000189435/Details>

<sup>586</sup> Erkoreka A. Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918 – 1920) and its relations to the First World War. *Journal of Molecular and Genetic Medicine* 2009; 3 (2): 191.

<sup>587</sup> Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med* 2009; 361 (3): 225 – 6.

<sup>588</sup> Erkoreka A. 2009. p. 192.

<sup>589</sup> Herrera F. 1997. p. 112.

<sup>590</sup> Herrera F, Almenara J. La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz). *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz* 1994; 30 (1): 136.

<sup>591</sup> Herrera F. Un texto argentino sobre la gripe de 1918 – 1919. *Anales de la Real Academia de Medicina de Cádiz* 1992; 28 (1): 294.

<sup>592</sup> Jonson NPAS, Mueller J. 2002. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 “Spanish” influenza pandemic. *Bull Hist Med* 2002; 76: 105 - 15. Referenciado en Mamelund SE. Geography may explain adult mortality from the 1918-20 influenza pandemic. *Epidemics* 3 (2011): 46 - 60.

<sup>593</sup> Trilla A, Trilla G, Daer C. The 1918 “Spanish Flu” in Spain. *Clin Infect Dis* 2008; 47 (5): 668.

<sup>594</sup> Herrera F. 1996b. p. 49.

recoger los datos correspondientes. En España murieron 174.114, 21.235 y 17.825 en 1918, 1919 y 1920, respectivamente<sup>595</sup>. Aunque es probable que la cifra total de fallecidos llegase a más de 260.000 personas, si se incluyen otras enfermedades relacionadas como neumonía o influenza<sup>596</sup>. Si comparamos el exceso de mortalidad en España en varios grupos de enfermedades que encontramos en la media de defunciones del periodo 1913 – 1917 con respecto a 1918, observaremos que se produce un incremento entre el 18 y el 88 % ( desde la Debilidad Congénita hasta las Enfermedades del Aparato Respiratorio; incluso el capítulo de Otras Enfermedades tiene un incremento del 15%)<sup>597</sup>.

En nuestra relación, este efecto documentado en otras ciudades como Alicante no lo hemos podido corroborar para la “broncopneumonía” y relacionados, pero sí hay un ligero incremento en la frecuencia de las bronquitis aunque los primeros lugares de fallecimiento se mantienen en la tónica habitual, con la excepción de la propia irrupción de la gripe como causa de muerte en lugares destacados en estos años<sup>598</sup>. Si observamos los datos codificados según los grandes grupos de la CIE, vemos que se produce un incremento importante en 1918 y 1919 de la mortalidad proporcional de las enfermedades del aparato respiratorio con respecto a los años precedentes (grupo 8). Las enfermedades del grupo 1 (infecciosas) se mantienen en valores elevados pero no hay un exceso llamativo<sup>599</sup>.

En El Puerto de Santa María si está documentado un incremento de fallecimientos por bronquitis, neumonía o “broncopneumonía”<sup>600</sup>. Esta influencia entre diferentes enfermedades se plantea desde el principio, incluyendo a la gripe, síndromes pseudo-gripales de tipo respiratorio y la tuberculosis<sup>601</sup>. Este mismo hecho está documentado en la Ciudad de México, donde además de los

---

<sup>595</sup> Trilla A et al. 2008. p. 671.

<sup>596</sup> Trilla A et al. 2008. p. 671.

<sup>597</sup> Ver información mas detallada en el Cuadro 27. Defunciones clasificadas por causa (nomenclatura del doctor Bertillon). Periodo 1903 -1917 y 1918. En: Echeverri B. La gripe española. La pandemia de 1918 – 1919. 1ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España; 1993. p.118.

<sup>598</sup> Palazón S. La pandemia de gripe de 1918 – 1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante. En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert - Seminari d’Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 5. p. 92.

<sup>599</sup> Véanse los valores de mortalidad proporcional de las enfermedades infecciosas (grupo 1) y respiratorias (grupo 2) en las tablas 212 y 223.

<sup>600</sup> Herrera F. 1996b. p. 49.

<sup>601</sup> Herrera F. Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918. Medicina Marítima 2009; 2 (9): 3.

fallecimientos por influenza española, se declaran otras por gripe y neumonía, bronconeumonía y bronquitis, todas ellas enfermedades respiratorias de gravedad<sup>602</sup>. En definitiva, si parece claro que el impacto de la epidemia sobre la mortalidad fue superior a lo que reflejan las estadísticas oficiales ya que la inespecificidad de su cuadro clínico dificulta un diagnóstico y favorece el subregistro por gripe; además, esta enfermedad ejerce un poderoso influjo sobre el curso de diferentes procesos crónicos<sup>603</sup>. Como han señalado varios autores, el estudio de las variaciones habidas por la mortalidad general resulta imprescindible para conocer el verdadero impacto de las epidemias gripales<sup>604</sup>.

Nos parece interesante, en este momento, hacer hincapié en el aspecto socioeconómico de la enfermedad. Por un lado, porque la mayoría de las medidas que se adoptaron tenían una vertiente higiénica, de limitación de la movilidad de trabajadores, de limpieza de calles, de concurrencia en locales públicos, etc<sup>605,606</sup>. Y, por otra parte, citando la importancia que Luis Urtubey otorga a la enfermedad desde el punto de vista económico. En primer lugar, considera que si se quieren resolver los problemas que causan las enfermedades hay que hacer grandes inversiones de dinero para evitarlas.

En segundo lugar, defiende la aplicación de los criterios económicos en las cuestiones sanitarias amparándose en los trabajos del italiano Rasserri (1908) y en los cálculos de Engel sobre los hombres activos, los costes de producción, las unidades de consumo y el “gravamen impuesto por el valor negativo de los individuos improductivos (fallecidos prematuramente, enfermos, niños, ancianos, etc)”<sup>607</sup>. Sobre todo si tenemos en cuenta que esta epidemia afectó, sobre todo a la población entre 20 y 50 años de edad, económicamente activa en todo el mundo<sup>608</sup>. Todas estas cuestiones le hacen ver, y a otros

---

<sup>602</sup> Márquez L, Molina del Villar A. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos* 2010; (32): 127.

<sup>603</sup> Porras MI. Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918 – 1919 en la mortalidad de la ciudad de Madrid. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (1): 78.

<sup>604</sup> Porras MI. 1996. p. 78.

<sup>605</sup> Fernández CM. 1995. p. 150 - 1.

<sup>606</sup> Martínez AF, Manrique FG, Meléndez BF. La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Dynamis* 2007; (27): 305.

<sup>607</sup> Herrera F. 2009a. p. 4.

<sup>608</sup> Martínez AF et al. 2007. p. 300.



autores, la importancia del control de estas enfermedades aun cuando impliquen la necesidad de inversión económica para su control<sup>609</sup>.

Volviendo a la enfermedad en sí, fue la peor pandemia que ocurrió en España en el siglo XX. La primera oleada llegó en mayo de 1918 en los trenes que transportaban obreros españoles y portugueses de regreso a Francia afectando sobre todo, a Extremadura, Madrid, Andalucía, y puntos de Castilla y León. La segunda oleada llegó en Septiembre de 1918, en el país valenciano con una mayor virulencia en Octubre<sup>610</sup>, y afectó principalmente a zonas no afectadas por la primera<sup>611</sup>. Es la que causó una mayor mortalidad debido a su extrema malignidad clínica<sup>612</sup>. Comienza con una sospechosa elevación de la mortalidad por gripe en Tarragona, Castellón y Murcia durante el mes de Agosto<sup>613</sup>. La tercera y última oleada de la epidemia en España, más leve, se produjo entre enero y junio de 1919<sup>614</sup>. Algunos trabajos han llegado a establecer que más de 8 millones de españoles padecieron la gripe<sup>615</sup>. Hay documentada una cuarta oleada en los primeros meses de 1920 que nosotros no hemos constatado en nuestros datos<sup>616</sup>.

No fue Cádiz de las provincias mayormente afectadas en la segunda y tercera oleadas, correspondiendo estos casos a Burgos, Almería, Zamora, Orense y Palencia, cambiando Palencia a tercer lugar en la tercera oleada y descendiendo Zamora y Orense un puesto correspondiente<sup>617</sup>.

Una cuarta oleada de la enfermedad está descrita a nivel nacional en 1920 que afectó principalmente a la población menor de 1 año<sup>618</sup>.

En Cádiz, la gripe comenzó en la guarnición militar que fue hospitalizada casi en su totalidad, afectando posteriormente a la población civil. La epidemia otoñal es atribuida por Rodrigo Lavín al licenciamiento de soldados del cupo

---

<sup>609</sup> Porras MI. 1994. p. 174 – 5.

<sup>610</sup> Gonzalvez V. 2003. p. 288.

<sup>611</sup> Losada JC. La gripe española. La Aventura de la Historia 2003; (56): 38 – 40.

<sup>612</sup> Fernández CM, Veiga XM. La “gripe” de 1918 – 19 en Betanzos. Anuario Brigantino 1995; (18): 149.

<sup>613</sup> Echeverri B. 1993. p.30.

<sup>614</sup> Herrera F. 1996b. p. 32.

<sup>615</sup> López M. Las lecciones de la “gripe española”. Siete Días Médicos 20 – Feb - 2009; 777: 10.

<sup>616</sup> Erkoreka A. 2009. p. 190.

<sup>617</sup> Echeverri B. 1993. p. 98.

<sup>618</sup> Echeverri B. 1993. p. 94..

militar de Algeciras que diseminó la epidemia por toda la provincia<sup>619</sup>. Pero el papel de los militares en la diseminación de la enfermedad por el interior de otros países es citado en otros trabajos<sup>620</sup>. La oleada que revistió más gravedad, como hemos dicho previamente y coincidente con otros lugares como Colombia<sup>621</sup>, fue la de Septiembre de 1918, con incrementos de la mortalidad hasta llegar al máximo en Diciembre de 1918.

La mortalidad infantil es uno de los fenómenos demográficos más sensibles frente a cualquier clase de crisis<sup>622</sup>. Igualmente la tasa de mortalidad infantil en 1918 también fue la más alta<sup>623</sup>, aunque en España sus efectos sobre la mortalidad infantil no alcanzaron la gravedad reseñada en otros países<sup>624</sup>. Si desagregásemos los datos a nivel provincial, Cádiz, Jaén, Teruel, Castellón y Valencia, los incrementos de la mortalidad infantil oscilaron entre un 2 y un 8%, frente a otras provincias como Álava, Burgos, León, Logroño y Zamora con incrementos entre un 40 y 50%<sup>625</sup>. En Cádiz, en 1919 y 1920 se produce un incremento de la TMI que desde 1908 se había mantenido por debajo de 200‰, y en estos dos años alcanza valores de 207 y 204‰, respectivamente. Estas tasas se incrementaron en todo el país, la media nacional sube en estos años con respecto a la tendencia del decenio precedente, con valores de 183 y 156‰, aunque con alguna diferencia en el año de presentación, como es el caso de Madrid, donde aumenta en 1918, aunque para en 1919 y 1920<sup>626</sup>. Comportamiento parecido tuvo la TMPN que tuvo incrementos significativos esos dos años, por encima de la media de todo el periodo y de los últimos años, 161 y 155‰ respectivamente. Merece comentar que el incremento de la mortalidad infantil en este periodo gripal se produce, a nivel nacional, básicamente a expensas de enteritis, gripe y enfermedades del aparato respiratorio e “inmaturidad”<sup>627</sup>. A nivel local, la mortalidad se produce a expensas de enfermedades peculiares de la primera infancia, diarreas y enteritis

---

<sup>619</sup> Herrera F. Incidencia social de la gripe de 1918 – 19 en la provincia de Cádiz. Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 1996a; 19 (37): 458.

<sup>620</sup> Herrera F. 1992. p. 288.

<sup>621</sup> Martínez AF. 2007. p. 299.

<sup>622</sup> Arbelo A. 1962. p. 266.

<sup>623</sup> Trilla A et al. 2008. p. 672.

<sup>624</sup> Gómez R. 1992. p. 80.

<sup>625</sup> Gómez R. 1992. p. 82.

<sup>626</sup> Porras MI. 1996. p. 88.

<sup>627</sup> Arbelo A. 1962. p. 274.

tanto para menores como para mayores de dos años, además de la propia gripe. Sabemos además, que la enfermedad afectó también a edades mayores y adultos jóvenes<sup>628,629</sup>. Encontramos que la TBM sube en 1918 y 1919 por encima de la media, 34 y 33‰. No hay modificaciones significativas en el ISU.

Comparativamente, la enfermedad alteró tasas en todos los lugares en los que se presentó. En Puerto Real en 1918, por ejemplo, ocasionó una *sobremortalidad* llamativa con una tasa bruta de mortalidad fue del 31,03‰, un índice de Swaroop Uemura de un 32,5% y una mortalidad en menores de un año que supuso el 26,3% de toda la mortalidad de dicho año en el municipio<sup>630</sup>.

En Jerez de la Frontera, las cifras de mortalidad absoluta en los años de la epidemia, bajo distintas denominaciones, alcanzan en 1918, 93 fallecidos y 61 en 1919. En 1917, 1918 y 1919, hay un exceso de mortalidad con respecto a lo que se encuentra en el quinquenio 1915 – 1920<sup>631</sup>.

La enfermedad también permitió sacar otras conclusiones. En lugares como Málaga, la primera oleada evidenció las pésimas condiciones de vida de gran parte de los habitantes de la ciudad y la escasa actividad de las autoridades para evitarlas. Pero en la segunda oleada, se puso de manifiesto la inexistencia de una estructura sanitaria científica y profesional y la que existía, estaba descoordinada con la legislación por lo que difícilmente podía resolver los problemas, en este caso, de los habitantes malagueños<sup>632</sup>. A nivel nacional la epidemia de gripe de 1918 – 19 debió presentarse, ante aquellos interesados en poner de relieve la necesidad de mejorar la situación sanitaria española, como buen argumento en apoyo de sus posiciones<sup>633</sup>. La irrupción de la epidemia supuso no solo una grave crisis demográfica, sino también una crisis sanitaria que aumentó las disputas entre la administración central, local y provincial que venían desarrollándose con motivo de las dificultades económicas, conflictividad social, huelgas y encarecimiento de las

---

<sup>628</sup> Mamelund SE. 2011. p. 46.

<sup>629</sup> Palazón S. 1991. p. 92.

<sup>630</sup> De los Reyes SM, González del Pino CA, Varo E. La mortalidad en la epidemia de gripe de 1918 en Puerto Real (Cádiz). Revista El Drago 2012; (20): 15.

<sup>631</sup> Podemos estudiar las tasas brutas de mortalidad y las defunciones en Herrera F. 1997. p. 134.

<sup>632</sup> Carrillo JL, Castellanos J, Ramos MD. Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga (1918). En: Rosado J. Instrucciones sobre la profilaxis colectiva e individual de la “grippe”. Málaga: Tipografía de EL CRONISTA; 1918. Edición facsimil realizada en Málaga, en 1918. p. 17 – 8.

<sup>633</sup> Porras MI. 1994. p. 164 - 6.

subsistencias. Estos problemas marcaron, sin duda, el transcurso de la epidemia: las malas condiciones higiénico – urbanísticas, el fuerte endeudamiento de los ayuntamientos, la carestía de subsistencias y la mendicidad<sup>634</sup>.

Hay una última consecuencia de esta epidemia de gripe que resultó llamativa y es su participación junto con otros factores sociales, económicos, intelectuales, como elemento explicativo en la aparición del régimen político que seguiría al *turnismo* imperante hasta esa época, el régimen de Primo de Rivera. El discurso de la elite intelectual, médica y periodística, contribuyó a la desestabilización del sistema político de la época<sup>635</sup>.

Respecto al paludismo<sup>636</sup>, no es hasta 1902, cuando se dispone de la información adecuada para iniciar la acción sanitaria contra la enfermedad. En España, además, la campaña antipalúdica puede considerarse como el origen de la sanidad rural<sup>637</sup>. La malaria podemos considerarla una enfermedad endémica sin prácticamente oscilaciones en los veintiún años que abarca nuestro estudio, como sucedía en los países del arco mediterráneos<sup>638</sup>. Aunque existían documentados episodios catastróficos en el siglo XVIII, no sucede así en estos años de nuestra memoria y eso a pesar que a finales del siglo XIX, Cádiz, junto con Cáceres, Huelva, Badajoz, Córdoba, Sevilla, Murcia, Ciudad Real y Salamanca tenían una alta mortalidad por esta enfermedad<sup>639,640</sup>.

En esta afección, al estar definida etiológicamente, coinciden los datos sea cual sea la clasificación considerada. Los valores son discretos, desde un solo caso en 1904, hasta el año 1907 en el que aparecen siete casos. En 1903

---

<sup>634</sup> González A. Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918 – 1919. Vínculos de Historia 2013; (2): 318.

<sup>635</sup> González A. 2013. p. 318.

<sup>636</sup> Molero J. Militares, “moros y mosquitos”. El paludismo en el protectorado español de Marruecos (1912 – 1956). Disponible el 05/05/2015 en [http://www.academia.edu/2915567//Militares\\_moros\\_y\\_mosquitos\\_.El\\_paludismo\\_en\\_el\\_Protectorado\\_espa%C3%B1ol\\_en\\_Marruecos\\_1912-1956](http://www.academia.edu/2915567//Militares_moros_y_mosquitos_.El_paludismo_en_el_Protectorado_espa%C3%B1ol_en_Marruecos_1912-1956)

<sup>637</sup> Galiana ME. 2006. p. 153.

<sup>638</sup> Bruce-Chwatt LJ, Zulueta J de. The rise and fall of malaria in Europe. A historico-epidemiological study. Oxford: Oxford University Press & The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 1980. Referenciado en: Rodríguez E, Ballester R, Perdiguero E, Medina RM, Molero J. La lucha contra el paludismo en España en el contexto internacional. Enf Emerg 2003; 5 (1): 41.

<sup>639</sup> Rodríguez E, 2003. p. 41.

<sup>640</sup> Perdiguero E. Huerta, arroz y mosquitos: La lucha contra el paludismo en la provincia de Alicante. Cuad Hist Esp 2005; 79: 205 Disponible el 14/06/2011 en : [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-11952005000100007&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-11952005000100007&Ing=es&nrm=iso)

no hay un fallecimiento por esta causa. Tengamos en cuenta que el paludismo es una forma endémica en España relacionada con aguas, lagunas y zonas estancadas. El otro gran origen estuvo en la repatriación de los ejércitos derrotados en las guerras coloniales libradas en Cuba y Filipinas<sup>641</sup>. Cádiz fue uno de los lugares de repatriación y existían zonas pantanosas en las cercanías, de modo que reunía los requisitos para la presentación de casos. Considerando el I.E. existen criterios de *sobremortalidad* los años 1906, 1907, 1912, 1913, 1915, 1916 y 1919. Según Marcelino Pascua, la mortalidad palúdica en España estuvo marcada por una tendencia a la disminución, con dos momentos de repunte (1904 – 1906 y 1914-18). A partir de 1910 bajan las cifras globales de mortalidad por malaria en España por debajo del 10 por 100.000<sup>642</sup>.

También nos gustaría hacer una mención al importante componente socioeconómico que presenta esta enfermedad estrechamente vinculado con la acción humana. Es una enfermedad, endémica en gran medida, mediada por componentes geoclimáticos pero también dependiente de la organización social. Por ello, los éxitos y fracasos en el control de la malaria no han sido fruto solamente de intervenciones médicas o técnicas, sino dependientes de factores socioeconómicos concomitantes. Tal es el caso de las transformaciones agrarias derivadas de la acción humana, las modificaciones violentas de la medio ambiente por guerras, minería o desarrollo de infraestructuras de comunicación y que determinan su persistencia endémica y su ocasional exacerbación epidémica<sup>643</sup>.

El último caso que vamos a estudiar es la viruela<sup>644</sup>. La opinión más generalizada entre los estudiosos coincide en señalar el año 1771 como el momento a partir del cual se difunde y generaliza en España la variolización, considerablemente más tarde que en otros lugares de Europa<sup>645</sup>. En lo que

---

<sup>641</sup> Perdiguero E. 2005. p. 204.

<sup>642</sup> Rodríguez E, 2003. p. 41.

<sup>643</sup> Rodríguez E. 2009. p. 373 - 4.

<sup>644</sup> Marín AJ, Morales A, Sáinz AM, Molanés P. Mortalidad por brotes epidémicos de sarampión y viruela en Vejer de la Frontera (1916 – 1920). En: Álvarez CC, Hernández FJ, editores. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862 – 2012). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2013. p. 569 – 76.

<sup>645</sup> Riera J. Los comienzos de la inoculación de la viruela en la España ilustrada. Medicina e Historia 1985; 8: 9.

respecta a la vacunación jenneriana, las primeras tuvieron lugar en Cataluña en Diciembre de 1800<sup>646</sup>. Hasta 1805 el Estado con el objeto de garantizar el abastecimiento permanente de fluido y cuantificar estadísticamente la marcha de la vacunación en España, no estableció la obligatoriedad de habilitar salas de vacunación en los hospitales<sup>647</sup>. Consideremos previamente que la vacuna de la viruela no se hizo obligatoria en España hasta 1903 y durante el siglo XIX tuvo una difusión irregular<sup>648</sup>.

En Cádiz, también es una enfermedad de presentación constante aunque en los años 1901, 1903<sup>649</sup>, 1909, 1914 y 1917 no hay ningún caso registrado. En los años 1906, 1907, 1918 y 1919, existe un incremento relativo de enfermos fallecidos importante: 1,4%, 4,1%, 1,2% y 2,1% respectivamente (tabla 246). Es interesante comentar, que en las cifras obtenidas en valores absolutos de mortalidad por viruela en toda España, salvo 1906 con valores significativamente más altos que en los otros años citados, en el resto no existe paralelismo en el comportamiento de la mortalidad por viruela entre Cádiz y España<sup>650</sup>. Según el IE, en Cádiz detectamos *sobremortalidad* los años de 1905, 1906, 1907, 1911, 1912, 1913, 1918 y 1919. Estas fechas coinciden, entre otras, con un brote en Bilbao en 1919<sup>651</sup>. Es una enfermedad con mortalidad decreciente en Barcelona con unas cifras en 1913 de 532 muertes y bajando a 1920 a 173 fallecidos<sup>652</sup>. En Madrid, se presentaron epidemias de viruela en los años 1900, 1903 como ya hemos dicho, 1909 y 1918, que no coincide con los casos por nosotros registrados, salvo el episodio de 1918 que coincide con la epidemia de gripe y que también en Cádiz tiene un rebrote epidémico. De Madrid, desapareció casi completamente después de este último brote<sup>653</sup>. En Soria, también se describe un brote de esta enfermedad en 1919 y,

---

<sup>646</sup> Olague G, Astrain M. Propaganda y Filantropismo: los primeros textos sobre la vacunación jenneriana en España (1799 – 1801). *Medicina e Historia* 1995; 56: 6.

<sup>647</sup> Olague G et al. 1995. p. 9.

<sup>648</sup> Jiménez SA. 2004. p. 16.

<sup>649</sup> Esta documentada una epidemia de viruela en 1903. Sin embargo, curiosamente no hay ningún caso registrado en Cádiz en esa época. Campos R. La vacunación antivariólica en Madrid en el último tercio del siglo XIX. Entre el especialismo médico y el mercantilismo. *Medicina e Historia* 2001; 4: 2.

<sup>650</sup> Presidencia del Gobierno. Instituto Nacional de Estadística. 1949. p. 826 – 7.

<sup>651</sup> Pareja A. 1998. p. 326.

<sup>652</sup> Buj A. 2003. p. 5.

<sup>653</sup> Porras MI. 2002. p. 239.

al contrario que en Cádiz, en 1909<sup>654</sup>. Nos gustaría finalizar indicando que se trata de una enfermedad cuya reaparición coincide con un brote epidémico que seguramente se relaciona con la relajación en los procesos de vacunación así con el deterioro de las condiciones de vida de la población afectada. En 1924, encontramos una tasa de mortalidad específica por viruela de 26,41 por 10.000 habitantes, frente a la de 1925, de 1,05 por 10.000 habitantes. Son cifras marcadamente distintas a las que encontramos a nivel nacional, que son de 0,55 por 10.000 habitantes en 1924 y 0,38 por 10.000 habitantes en 1925<sup>655</sup>.

**Tabla 248**  
**Fallecidos de viruela en Cádiz entre 1900 - 1920 según la clasificación de Bertillon**

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
FA	2	0	2	0	11	13	31	83	2	0	2
%	0,1	0	0,1	0	0,5	0,6	1,4	4,1	0,1	0	0,1
		1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
FA		18	42	13	0	3	6	0	30	55	1
%		0,9	2,0	0,7	0	0,2	0,3	0	1,2	2,1	0

F.A. Frecuencia Absoluta. %. Porcentaje de casos sobre el total de fallecidos.

Fuente: Registro Civil  
Elaboración propia, 2015.

<sup>654</sup> Ruiz JM. 2011. p. 264.

<sup>655</sup> Sáinz A. 2007. p. 323 – 5.





## **5. CONCLUSIONES**



## 5.1. Conclusiones sobre clasificaciones de causas de enfermedades y glosario terminológico generado

1. Hemos recogido, en total, 45.269 registros computables o válidos de defunción distribuidos en los dos distritos que existían en Cádiz en aquella época: Santa Cruz y San Antonio.
2. En los registros anteriormente citados, hay 2.723 términos que se han empleado como causa de muerte.
3. Utilizamos para el estudio de los datos tres clasificaciones: una, elaborada por nosotros, que sigue el orden de preeminencia siguiente: anatómico – clínico – etiológico. Es la nuestra una catalogación que adolece de algunos problemas que son intrínsecos a su propia génesis: pierde información etiológica en beneficio de la localización anatómica o de la sintomatología. El mismo problema tiene la segunda de las clasificaciones empleadas, la de Bertillon, de la que siempre usaremos la más cercana al año cuya mortalidad estemos estudiando, ya que en lo que se refiere a enfermedades infecciosas puede minusvalorar información sobre las mismas. La tercera es la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, limitada a los grandes grupos y, por ello, no entra a valorar entidades nosológicas independientes.
4. Esta forma de enfocar nuestro trabajo proporciona indudables ventajas. El tratamiento de los datos mediante el agrupamiento de los mismos en la clasificación Herrera – Almenara – Rodríguez o propia e, incluso, en la generada a partir del Movimiento Natural de la Población en base a la clasificación de Bertillon, permite procesarlos de una forma más homogénea y agrupar datos que de otra forma supondrían una pérdida importante de información por la propia variabilidad de la terminología diagnóstica empleada en la certificación de la muerte.

El uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, restringida a los grandes grupos, da una imagen de conjunto en la interpretación y comprensión de los mayores problemas que ocasionaban la muerte en esos años considerados.

5. Hay diferencias en la ubicación de las enfermedades responsables según cual sea la clasificación considerada e, incluso varía según el año de realización de la clasificación.
6. Encontramos una gran riqueza lexicográfica en la descripción de las causas de muerte, especialmente en lo referido a las enfermedades infecciosas. La diversidad de rúbricas, epígrafes y diferencias en las clasificaciones de la época no permite una uniformidad excelente en el estudio de las causas de muerte recogidas, como aparece citado en otros autores. Recogemos un gran número de coloquialismos y, relacionado con ello, se deriva una enorme variabilidad en la calidad del diagnóstico médico de la muerte. De igual forma, el diagnóstico recogido en el Libro de Defunción es único y, no considera, el origen multifactorial de la muerte.
7. Las estadísticas de mortalidad que hemos obtenido, a pesar de sus limitaciones, proporcionan una información valiosa para establecer el estado de salud de la población en la época estudiada.

## **5.2. Conclusiones sobre mortalidad general**

8. La mortalidad en Cádiz en estos años presenta cifras que la sitúan en valores medios. La influencia de factores higiénico-médicos y económico - sociales no deben ser considerados como independientes en la disminución o aumento de las tasas de fallecimiento sino más bien como elementos que se influyen mutuamente.
9. Como en el resto de Europa, la transición de la mortalidad no fue un proceso lineal sino que se ve interrumpida por distintas crisis demográficas que hicieron mella en la población a lo largo de la primera mitad del XIX.
10. El descenso de la mortalidad en Cádiz desde 1900 a 1920 es objetivo pero no sigue una línea uniforme y mantenida, presentando altibajos en algunos años. Los valores más bajos son 1913 y 1915 (26,56 y 27,08‰ respectivamente) y los más altos en 1902 y 1918 (36,03 y 34,76‰)

11. Si consideramos el Índice de Swaroop – Uemura como valoración de las posibilidades de vida de la población, en nuestro caso oscila desde un valor mínimo de 32,15 en 1902 hasta un máximo de 43,93% en 1917. En cualquier caso, muy alejados de lo que es una estructura de edad en una población avanzada e indica lo precario que era el sistema sanitario que existía en la época.
12. Existe un criterio de temporalidad en las muertes recogidas. Pero no ocurre como en otros lugares donde predominan estaciones cálidas y, por tanto, abundan las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos. En nuestro caso, aparecen fundamentalmente en el invierno y son enfermedades infecciosas y del árbol respiratorio.
13. No podemos afirmar que exista, como en otros lugares, un predominio de la mortalidad masculina o femenina. En nuestras series vemos que existe un reparto equitativo en el número de años en los que mueren más hombres que mujeres o viceversa. Mención aparte merece el caso de la pandemia gripal de 1918 – 1919 que es explicado más adelante.
14. Las enfermedades infecciosas, las del aparato circulatorio y las del aparato respiratorio representan las tres primeras causas de muerte en los años estudiados cambiando el orden las dos primeras: de 1900 a 1907 y 1919, son las enfermedades infecciosas. De 1908 a 1920 con la excepción comentada, son primeras las enfermedades del aparato circulatorio. Coincide con otras capitales de provincia donde las enfermedades respiratorias y las transmitidas por aire son más predominantes en la población urbana.
15. Son preponderantes en casi todo el periodo estudiado las enfermedades infecciosas respecto a las demás si comparamos con otros países como Italia, Gales o Inglaterra. Las enfermedades del sistema nervioso y las del aparato digestivo representan los dos siguientes capítulos, con la salvedad que en los años 1916 a 1920, invierten el orden de influencia en la mortalidad. La aparición de las enfermedades del sistema nervioso en el grupo de mayor importancia está relacionado con la inclusión en la misma de las meningitis y encefalitis.

16. La tuberculosis es la enfermedad que más mortalidad causa en todos los años estudiados. Es un endemismo que explica la situación sociosanitaria de la ciudad.
17. Las enfermedades del sistema nervioso y las del aparato digestivo representan los dos siguientes capítulos, con la salvedad que en los años 1916 a 1920, invierten el orden de influencia en la mortalidad. Es apreciable la tendencia al cambio en la estructura nosológica de la mortalidad. A pesar de la preponderancia durante los 21 años de estudio de las enfermedades infecciosas, existe un incremento de las afecciones digestivas.

### **5.3. Conclusiones sobre mortalidad infantil**

18. La transición de la mortalidad infantil en Cádiz es la que corresponde al entorno espacial, socioeconómico y cultural de la ciudad, donde se está produciendo la expansión urbana en los extramuros de la misma, con un alto índice de desempleo y una economía muy sujeta por los acontecimientos históricos de la época y con una sociedad con alto índice de analfabetismo y problemas en la dotación de infraestructuras sanitarias y en el control de las aguas de consumo público, entre otros factores.
19. Las diferencias en los criterios de clasificación de los nacidos vivos y de los nacidos muertos también repercuten en el registro y en la estadística de las causas de muerte. Existe un subregistro de mortalidad infantil por el concepto legal de recién nacido vivo vigente en la época.
20. En Cádiz, la tasa de mortalidad infantil, y componentes se mantienen elevados durante todo el tiempo estudiado, no iniciándose el descenso de la misma hasta tiempo después. Aunque la tendencia es descendente, el perfil es muy irregular, con valores por encima de la media nacional del periodo en los años 1902, 1904, 1906, 1900, 1918, 1903, 1920 y 1907 (ordenados de mayor a menor según cifras de tasa de mortalidad infantil). Se trata de una sociedad, pues, donde la transición sanitaria ocurre posteriormente a otras zonas del país.

21. De 1900 a 1920, las tasas de mortalidad infantiles son superiores a las que se obtienen a nivel nacional. De los años citados en el apartado anterior coinciden que 1900, 1902, 1904, 1906 y 1918, tienen también a nivel nacional repuntes sobre las cifras que obtenemos en el resto de años citados.
22. La mortalidad exógena, que representa un índice del estado higiénico – sanitario de una población, es muy elevada en nuestro estudio, como podemos encontrar con la tasa de mortalidad postneonatal. En todo el periodo no se aprecian modificaciones en la estructura de mortalidad infantil; no hay cambios significativos en la mortalidad exógena o en la endógena, como se ha podido comprobar en otras series más largas.
23. La variabilidad de la mortalidad infantil y juvenil demuestra que la densidad de población tienden a propiciar y facilitar la propagación de enfermedades y de epidemias, sobre todo en ciudades como Cádiz, donde aun no se ha producido la expansión de la ciudad más allá de los límites tradicionales.
24. Aunque las tasas de mortalidad infantil presentan valores altos, no podemos omitir el hecho que desconocemos el impacto del subregistro que suponen los fallecidos con menos de un día de vida en el total de nacidos vivos y, que por circunstancias legales no aparecen consignados como tales hasta 1930.
25. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de los factores culturales y sociosanitarios en el momento de intentar explicar la reducción de los elevados niveles de mortalidad infantil y juvenil que mostraban las poblaciones pretransicionales.
26. Las enfermedades nutricionales infantiles son muy importantes en el origen de las muertes infantiles y, por tanto, en el cómputo global de mortalidad. Este capítulo de causas de muerte es el único específico de niños en los años referidos; el resto son procesos comunes a la mortalidad en adultos.

## 5.4. Conclusiones sobre crisis de mortalidad

27. La gripe es la principal causa de crisis de mortalidad por enfermedades de carácter epidémico. Los años en los que las cifras destacan son 1900, 1901, 1907, 1918 y 1919. En las crisis de mortalidad por gripe, se produce una alteración de la distribución de la mortalidad por edades, al concentrarse en los grupos demográficos menos propensos. Aunque en el caso de la pandemia de 1918 – 1919, el grupo de edad más afectado a nivel general fue el económicamente activo, situado entre los 20 y 50 años de edad con mayor mortalidad en los hombres que en las mujeres, no sucedió así en el caso de Cádiz, donde el resultado fue el opuesto. En 1918, la tasa de mortalidad específica tiene un valor de 23,95 por 10.000, mientras que en 1919, el valor alcanzado es de 13,33 por 10.000.
28. Las meningitis y encefalitis presentan, así mismo cifras muy importantes en todos los años. Con la incidencia más alta aparece 1913 y con la más baja, 1919. Considerando las condiciones socioeconómicas, de habitabilidad, culturales y de toda índole social las posibilidades de transmisión de este grupo de enfermedades justifican ampliamente la alta mortalidad.
29. Encontramos brotes epidémicos de viruela en 1907, con el mayor número de defunciones, seguido de 1919, 1912, 1906 y 1918 y el sarampión los años 1902, 1916, 1904, 1914, y 1905.
30. Sólo en 1902, 1918 y 1919, las tasas brutas de mortalidad son más altas apreciablemente que en los demás años (36.03, 34.76 y 33.84‰). Coinciden que se da en 1902 un incremento del sarampión y en 1918 y 1919, gripe y viruela.



## 6. BIBLIOGRAFÍA



1. Aguado F. Historia de la Guardia Civil. Tomo 3. Madrid: Cupsa, Planeta; 1984.
2. Alcaide J, Altet MN. Generalidades. Impacto social de la tuberculosis en la historia de la humanidad. Med Integr May 1994; 23 (10): 423 – 6.
3. Álvarez E, Fernández A, González F, Höfer J, Gómez P. Mortalidad en los concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918. Magister. Revista Miscelánea de Investigación 2008; (22): 93 - 106.
4. Aliño S. Aspecto social del cólera de 1885 en Alcira. Medicina e Historia Jul 1973; (26): 11 – 30. Disponible el 27/02/2008 en [www.fu1838.org/publicacions\\_med.php](http://www.fu1838.org/publicacions_med.php)
5. Almenara J. Una aproximación histórica a la estadística médica española (1651 – 1965). Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. Cádiz: Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, Ministerio de Educación, Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa; 2009.
6. Almenara J. Approach to the history of medical statistics in Spain. Boletín de Estadística e Investigación Operativa Jun 2012; 28 (2): 153 – 75.
7. Almenara J, Silva LC, Benavides A, García C, González JL. Historia de la bioestadística. La génesis, la normalidad y la crisis. Cádiz: Quórum; 2003.
8. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de saluts a Barcelona. Gac Sanit 1988; 2 (4): 4 – 8.
9. Anaut S. Cambio demográfico y mortalidad en Pamplona (1880 – 1935). Pamplona: Universidad Pública de Navarra. Ayuntamiento de Pamplona; 1998.
10. Anaut S. Higiene urbana y mortalidad en Pamplona (1880 – 1935). Revista de Demografía Histórica 2002; 20 (2): 113 – 45.
11. Arana E, Gutiérrez I. Estudio epidemiológico y causas de mortalidad en una comunidad de pequeñas dimensiones (Getxo) a finales del siglo XIX y su comparación con la actualidad. Gac Med Bilbao 1998; 94 (3): 65 – 72.
12. Arbaiza M. La transición sanitaria en Vizcaya. En: González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. Bilbao: Servicio Vasco de Salud, Hospital de Basurto, BBK Fundación; 1998. p. 99 – 158.

13. Arbaiza M, Guerrero A, Pareja A. Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaína (1770 – 1930). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 19 – 56.
14. Arbeló A. La mortalidad de la infancia en España 1901 – 1950. Madrid: CSIC – Instituto Balmes de Sociología, Dirección General de Sanidad; 1962.
15. Aróstegui J. La investigación histórica: teoría y método. Barcelona: Crítica, Grijalbo Mondadori; 1995.
16. Arrizabalaga J. La identificación de las causas de muerte en la Europa pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 23 - 48.
17. Arnau MT, Gil V. La documentació dels arxius municipals en l'estudi de la sanitat pública: Vila-real 1813 – 1936. En: Barona JL, Navarro JA, coordinadores. Salut i malaltia en els municipis valencians. Valencia: Universidad de Valencia; 1996. p. 67 – 76.
18. Báguena MJ. La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914). En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert - Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, Diputació de Alicante; 1991. 5. p. 193 – 9.
19. Báguena MJ. La tuberculosis y su historia. Barcelona: Fundació Uriach 1838; 1992.
20. Báguena MJ. La tuberculosis en la historia. An R Acad Med Comunitat Valenciana 2011a; 12: 1 - 8.
21. Báguena MJ. Los saberes en torno a la tuberculosis en Valencia a través de la prensa médica (1882 – 1914). El argonauta español 2011b; (8). Disponible el 13/02/2013. en <http://argonauta.imageson.org/document152.html?&format=print>
22. Balaguer E, Ballester R, Bernabeu J, Nolasco A, Perdiguero E, Pérez S. La transición sanitaria española en el periodo 1879 - 1919. En: Livi M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 2. p. 137 - 56.
23. Balfour S. El fin del imperio español. Barcelona: Crítica; 1997.

24. Ballester R, Porras MI. La lucha europea contra la presencia epidémica de la poliomielitis: una reflexión histórica. *Dynamis* 2012; 32 (2): 273 – 85.
25. Ballesteros E. Una estimación del coste de la vida en España, 1861 – 1936. *Revista de Historia Económica* 1997; 15 (2): 363 – 95. Disponible el 25 / 10 / 2012 en <http://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/2040>.
26. Barona C. Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854 – 1936). [Tesis Doctoral]. Valencia: Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universidad de Valencia; 2002. Disponible el 02/02/2013 en <http://roderic.uv.es/jspui/bitstream/10550/15961/1/Barona.pdf>
27. Barona JL. Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1993; 11 (3): 49 - 64.
28. Barona JL, Barea E. Enfermedad y muerte en la ciudad de Valencia (1901 – 1920). *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (2): 57 – 82.
29. Bauer RL, Charlton JRH. Area variation in Mortality from diseases amenable to medical intervention: the contribution of differences in morbidity. *Int J Epidemiol* 1986; 15 (3): 408 – 12.
30. Bernabeu J. Enfermedad y población: una aproximación crítica a la epidemiología histórica española. *Revisiones en Salud Pública* 1991; 2: 67 – 88.
31. Bernabeu J. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1993; 11 (3): 11 - 21.
32. Bernabeu J. Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1995.
33. Bernabeu J. Transición sanitaria y evolución de la medicina (Diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885 – 1942. *Revista de Demografía Histórica* 1998; 16 (2): 15 – 38.
34. Bernabeu J. Estados de salud y descensos de la mortalidad: un espacio para la interdisciplinariedad. *Berceo* 1999; 137: 25 – 33.
35. Bernabeu J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931 – 1933. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 1 – 13.

36. Bernabeu J. Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea. *Revista de Demografía Histórica* 2002; 20 (2): 147 – 62.
37. Bernabeu J. Epidemias y globalización: nuevos y antiguos retos en el control de las enfermedades transmisibles. *Revista de Historia Actual* 2004; 2 (2): 127 – 36.
38. Bernabeu J. Una enfermedad de mujeres: medicina e ideología en el ejemplo histórico de la clorosis. Symposium: Well-being as a Social Gendered Process. Session 3: Health; 2006 Jun 26 – 28; Modena, Italy. Disponible el 01/11/2015 en <http://www.ub.edu/tig/GWNet/ModenaPapers/BernabeuEsp.pdf>
39. Bernabeu J, Ballester T. Le retour d'un péril: la lèpre dans l'Espagne contemporaine, 1878 – 1932. Aspects démographique et socio – sanitaire. *Annales de Démographie Historique. Épidémies et populations* 1997; 115 – 34.
40. Bernabeu J, Cid AP, Esplugues JX, Galiana ME. Categoría diagnóstica y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877 – 1936). *Asclepio* 2008; 60 (1): 83 - 102.
41. Bernabeu J, López JM. Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1987; 5 (2): 70 – 9. Disponible el 04/08/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/node/6271>
42. Bernabeu J, Perdiguero E. Materials per a l'estudi de la transició sanitaria: els arxius municipals. En: Barona Vilar JL, Navarro JA, coordinadores. *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Valencia: Universidad de Valencia; 1996. p. 215 – 23.
43. Bernabeu J, Perdiguero E, Barona JL, Robles E. Factores explicativos en el descenso de la mortalidad de la infancia: reflexiones desde la experiencia española. Sesión 11: Mortalidad y Desigualdad social. VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica; 31 de Mayo y 1 y 2 de Junio de 2007; Maó (Menorca). Disponible el 07 /08/2009 en <http://www.adeh.org/menorca07/sesiones.html/>
44. Bernabeu J, Ramiro D, Sanz A, Robles E. El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. *Revista de Demografía Histórica* 2003; 21 (1): 167 – 93.
45. Bernal AM. El rebaño hambriento en la tierra feraz. En: Bernal AM, director. *Historia de Andalucía*. Madrid: Cursa – Planeta; 1981. p. 65 – 99.

46. Bernal E. Fuentes extrasanitarias civiles para el estudio de la mortalidad: el registro civil. Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina; 21 – 23 de Septiembre de 1989; Zaragoza. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1991. p. 1159 – 63.
47. Bernal E. La mortalidad infantil en la Sevilla de la Restauración (1875 – 1924). En: Carrillo JL, Olagüe G, editores. Actas del 33 Congreso Internacional de Historia de la Medicina; 1 – 6 Sep 1992; Granada – Sevilla, España. Sevilla; 1994. p. 477 – 95.
48. Bernat JS, Badenes MA. Muerte y comportamiento demográfico de los valencianos (siglos XVII – XIX). En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputación de Alicante; 1991; 5. p. 27 - 46.
49. Blanco MJ, Rodríguez H, Sánchez E, Caro L, López B. Exposición y muerte de los niños acogidos en la Casa cuna de Ponferrada entre los años 1850 – 1932 (León, España). Revista de Demografía Histórica 2002; 20 (2): 163 – 84.
50. Blanes A. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial. Tesis doctoral. Barcelona: Departament de Geografia, Universitat Autònoma de Barcelona; 2007. Disponible el 07/10/2015 en <http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/Blanes2007.pdf>
51. Bobadilla EM, Peral D. Causas de mortalidad en Zahínos (Badajoz) de 1800 a 1999. Reex 2005; 61 (1): 135 – 64. Disponible el 10/03/2013 en [http://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex\\_digital/reex\\_LXI/2005/T.%20LXI%20n.%201%202005%20en.-abr/RV000022.pdf](http://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXI/2005/T.%20LXI%20n.%201%202005%20en.-abr/RV000022.pdf)
52. Bolumar F. Aspectos sociales de la lucha contra la tuberculosis en la Valencia de entreguerras. Medicina e Historia 1972; (11)
53. Bosch J. El niño español en el siglo XX. Discurso para la recepción pública del académico electo. Madrid: Instituto de España - Real Academia Nacional de Medicina, Gráficas González; 1947.
54. Bouvier – Colle MH, Vallin J, Hatton F. Mortalité et causes de décès en France. Éditions INSERM, Doin Éditeurs; 1990.
55. Brel MP. Comparación de los libros parroquiales y de los registros civiles. Una aportación a la validez de las fuentes demográficas a finales del siglo XIX. Boletín de la Asociación de Demografía histórica 1999; 17 (2): 91 – 114.

56. Buj A. La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales 1 de Agosto de 2003; 7 (146). Disponible el 14/04/2013 en [http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146\(012\).htm](http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-146(012).htm)
57. Bujosa F. Los sorprendentes índices sanitarios en la Mallorca de finales de siglo. Dynamis 1998; 18: 233 – 50.
58. Bujosa F, Moll I, Sureda B. La avanzada transición demográfica en Mallorca: el caso de la mortalidad infantil. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 2000; 18 (2): 125 – 45. Disponible el 29/10/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/system/files/Revista/2>
59. Cabrera de León A, Gálvez R, Sierra A. Indicadores de mortalidad en una comunidad reducida. Rev San Hig Pub 1991; 65 (1): 39 – 44.
60. Calero ML. Higiene y alimentación: El abasto de la carne en Huelva (1855 – 1870). Universidad Internacional de Andalucía; 2014.
61. Campos C. La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social. Papeles de Trabajo. Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales 1999; (25). Disponible el 27/07/2013 en <http://externos.uma.es/cuadernos/pdfs/papeles39.pdf>
62. Campos R. La vacunación antivariólica en Madrid en el último tercio del siglo XIX. Entre el especialismo médico y el mercantilismo. Medicina e Historia 2001; 4.
63. Cano JA. El conservadurismo vallisoletano en la segunda Restauración: César Silió. Investigaciones históricas: Época moderna y contemporánea 1995; (15): 97 – 106. Disponible el 10 / 11 /2015 en <file:///C:/Documents%20and%20Settings/pc/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-ElConservadurismoVallisoletanoEnLaSegundaRestaurac-66396.pdf>
64. Carr R. España 1808 – 1975. 15ª reimpresión. Barcelona: Ariel; 2008
65. Carrillo JL. La salud de una ciudad: Sevilla ante la crisis finisecular. Dynamis 1998; 18: 181 - 205.
66. Carrillo JL, Castellanos J, Ramos MD. Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga (1918). En: Rosado J. Instrucciones sobre la profilaxis colectiva e individual de la “grippe”. Málaga: Tipografía de EL CRONISTA; 1918. Edición facsímil realizada en Málaga, en 1918. p. 17 – 8.



67. Casal M. Tuberculosis. Enfermedad reemergente. En: V.V.A.A. Epidemias. Temas Investigación y Ciencia 1999; (18). p. 41.
68. Castelló I. Higiene alimentaria y mortalidad en la España contemporánea (1900 – 1974): el ejemplo de la fiebre tifoidea y la diarrea y enteritis (en menores de dos años). Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 2001; 15 (2): 41 – 6.
69. Castello I, Wanden – Berghe C. Nueva clasificación de las causas de mortalidad de origen nutricional por el método Delphi. Arch Latinoam Nutr 2011; 61 (2): 120 - 6.
70. Cela C. Pabellón de reposo. Barcelona: Destino; 1952.
71. Celton DE. La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1992; 10 (1): 31 – 57.
72. Cirera LL, Vázquez E, editores. La implantación en España de la Clasificación Internacional de enfermedades 10ª Revisión (CIE – 10). Santiago De Compostela. Sociedad Española de Epidemiología; 1998.
73. Comellas JL. Historia de España moderna y contemporánea (1474-1975). 7ª ed. Madrid: Rialp; 1980.
74. Comín F, Hernández M. Las depresiones de una economía emergente (1864 – 1961). En: Comín F, Hernández M, editores. Crisis económicas en España 1300 – 2012. Lecciones de la Historia. Madrid: Madrid: Alianza; 2013. p. 300 – 6.
75. Corral I, Quereda C. La enfermedad misteriosa: Encefalitis letárgica en España (1918 – 1936). Medicina e Historia 2006; 3: 2 – 6.
76. Cortés M, García C, Solano AM, Viciano F. Análisis epidemiológico del papel de la fecundidad en el descenso de la mortalidad materna en las comunidades autónomas españolas a lo largo del siglo XX. Rev San Hig Pub 1990; 64: 425 – 38.
77. Criado FJ. La mortalidad catastrófica en la Tarifa de la primera mitad del siglo XVIII (1682 – 1752). Almoraima. Revista de Estudios Campogibraltareños 1999; 21: 173 – 83.
78. Criado F. La mortalidad en la España. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del curso 1926 en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Imprenta y Encuadernación de Julio Cosano; 1925.
79. Cussó X, Nicolau R. La mortalidad antes de entrar en la vida activa en España. Comparaciones regionales e internacionales, 1860 – 1960. Revista de Historia Económica 2000; 18 (3): 525 – 51.

80. Dager J. La Historia de J.G. Droysen: un puente entre la investigación empírica y la fundamentación teórica del conocimiento histórico. MyC 2004; 7: 197 - 242.
81. De los Reyes E. Demografía e innovación. Reflexiones sobre un caso andaluz entre los siglos XVIII y XX. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales 1 de agosto de 2000; 69 (24). Disponible el 11/02/2004 en <http://www.ub.es/geocrit/sn-6924.htm>
82. De los Reyes SM, González del Pino CA, Varo E. La mortalidad en la epidemia de gripe de 1948 en Puerto Real (Cádiz). Revista El Drago 2012; (20): 14 - 5.
83. De Prado A. La epidemia de gripe en 1918 en Palencia. Disponible el 01/10/2015 en <http://vufind.uniovi.es/Record/ir-ART0000189435/Details>
84. Del Campo S. La población de España. Cicred; 1975.
85. Del Panta L. Fattori e condizioni della mortalità tra 1800 e 1930: Higiene, salute e ambiente. La situazione in Italia. Bolletino di Demografia Storica (numero congiunto SIDES – ADEH che raccoglie le relazioni invitate del I Congreso Hispano – Luso – Italiano de Demografía Histórica tenutosi a Barcelona ( España) il 22 –25 Aprile 1987) 1988; 5: 41 – 69.
86. Delgado A. ¿Problema agrario andaluz o cuestión nacional? El mito del Trienio Bolchevique en Andalucía (1918 – 1920). Cuadernos de Historia Contemporánea 1991; 13: 97 – 124.
87. Delgado JA, Gervás JM. Clasificaciones Internacionales en Medicina. MM 1992; 48 (1): 45 – 50.
88. Domingo C. Mortalidad diferencial en el País Valenciano. En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert – Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991; 5. p. 173 – 93.
89. Domingo F. Prontuario del enfermero psiquiátrico. Valencia: Imp. V. Climent Vila; 1936.
90. Dopico F. Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860 – 1950). Dynamis 1985 – 6; 5 – 6: 381 – 96.
91. Dopico F, Reher DS. El declive de la mortalidad en España, 1860 – 1930. Monografía 1. Asociación de Demografía Histórica; 1998.

92. Echeverri B. La gripe española. La pandemia de 1918 – 1919. 1ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España; 1993.
93. Elorza A, López C. Arcaísmo y modernidad. Pensamiento político en España, siglos XIX – XX. Madrid: Historia 16; 1989.
94. Erdozáin P, Mikelarena F. Mortalidad infantil y juvenil, fecundidad matrimonial y economías familiares campesinas en Navarra (1860 – 1930). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 83 – 114.
95. Erkoreka A. Origins of the Spanish Influenza Pandemic (1918 – 1920) and its relations to the First World War. Journal of Molecular and Genetic Medicine 2009; 3 (2): 190 – 4.
96. Escudero A, Simón HJ. El bienestar en España: una perspectiva de largo plazo, 1850 – 1991. Revista de Historia Económica Otoño – Invierno 2003; 21 (3): 525 – 65.
97. Espigado G. La Educación en Cádiz durante el siglo XX. En: Ramos A, coordinador. Cádiz, la provincia en el siglo XX. 1ª ed. Cádiz: Fundación Provincial de Cultura; 2000. p. 155 – 76.
98. Fernández A. Clase obrera y tuberculosis en Madrid a principios del siglo XX. En: Huertas R, Campos R, coordinadores. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: Fundación de Investigaciones Marxistas; 1992. p. 93 – 124.
99. Fernández B. La erradicación del paludismo en España: aspectos biológicos de la lucha antipalúdica. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2002. Disponible el 10 / 11 / 2015 en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bio/ucm-t26827.pdf>
100. Fernández CM, Veiga XM. La “gripe” de 1918 – 19 en Betanzos. Anuario Brigantino 1995; (18): 143 - 58.
101. Fernández E. La meningo – encefalitis epidémica. (Encefalitis letárgica y procesos similares). Estudio crítico y clínico. (Extraído de El Siglo Médico). Madrid: Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro; 1920.
102. Fernández F. Características regionales de la patología andaluza. Madrid: Establecimiento Tipográfico Enrique Teodoro; 1917.

103. Fernández JJ. Incidencia en la población del País Valenciano del cólera de 1885. En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert – Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 5. p. 81 – 8.
104. Ferrater MA, Terol V. Malalties i població al País Valencià: la Ribera del Xúquer, 1819-1910. En: Barona JL, Micó J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 263.
105. Galiana ME, Bernabeu J. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio* 2006; 58 (2): 139 – 64.
106. Gamboa LP, Rodríguez PR, Martínez AF. Impacto de la pandemia de gripa de 1918 – 1919 en Aquitania y Tinjacá (Boyacá Colombia). *Rev Salud Hist Sanit on-line* 2007; 2 (1): 21 – 37.
107. García C, Almenara J. La mortalidad y sus indicadores. *Med Integr* 1996; 28: 85-8.
108. García D, Álvarez V. Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901 – 1902). *Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 1994; 14: 23 – 41.
109. García F. Prólogo. En: Cirera LL, Vázquez E, editores. La implantación en España de la Clasificación Internacional de enfermedades 10ª Revisión (CIE – 10). Santiago De Compostela. Sociedad Española de Epidemiología; 1998. p. 9.
110. García F, Bolumar F, Rosado M, Megia MJ, Gómez ML, Najera E. Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. España 1900 – 1978. I. Enfermedades respiratorias crónicas. *Rev San Hig Pub* 1984; 58: 245 – 62.
111. García F, Bolumar F, Rosado M, Megia MJ, Gómez ML, Najera E. Estudio epidemiológico descriptivo de la mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio. España 1900 – 1978. II. Enfermedades respiratorias transmisibles. *Rev San Hig Pub* 1984; 58: 437 – 62.
112. García F, Godoy C, Sánchez S, Bolumar F. Codificación múltiple de las causas de muerte: análisis de una muestra de Boletines Estadísticos de Defunción. *Gac Sanit Marzo – Abril* 1988; 2 (5): 73 – 6.

113. García F, Segura A, Godoy C. Estadísticas de mortalidad en España. Pequeños problemas, grandes perspectivas. Revisiones en Salud Pública 1991; 2: 42 - 66.
114. García JA, Grañeras A, Arroyo G. Mortalidad en la infancia.
115. García LA, Nolasco A, Bolumar F, Álvarez - Dardet C. Los años potenciales de vida perdida: una forma de evaluar las muertes prematuras. Med Clin 1986; 87 (2): 55 – 7.
116. García JM, Sáez M, Faixedas MT. Análisis de la mortalidad en una población rural catalana en el último tercio del siglo XIX: Canet D'Adri, 1872 – 1900. Rev Esp Salud Pública 2001; 75 (1): 31 – 41.
117. García - Sanz A, Guerrero A. El inicio de la transición de la mortalidad infantil en el País Vasco-Navarro. En: Livi M. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 2. p. 67 – 84.
118. Gautier editor - propietario. Guía oficial de Cádiz, pueblos de la provincia y departamento marítimo con planos. Cádiz: Tipografía de Cabello y Lozón; 1896. p.45-51.
119. Génova R. La mortalidad juvenil en la Comunidad de Madrid. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 115 – 49.
120. Goerlich FJ, Pinilla R. Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX. Las tablas de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística. Documentos de Trabajo nº 11. Bilbao: Fundación BBVA 2006. Disponible el 14/05/2013 en <http://www.fbbva.es>
121. Gómez R. El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900 – 1970. Reis 1985; (32): 101 – 40.
122. Gómez R. Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1984; 2 (1): 6 – 19. Disponible el 25 /05/2008 en <http://adeh.org/pt/node/6475>
123. Gómez R. La mortalidad infantil española en el siglo XX. 1ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España editores; 1992.
124. Gómez R. Sesión plenaria: La transición de la mortalidad infantil y juvenil. En: Sanz A, Ramiro D, editores. IV congreso de la ADEH. Los retos de la Demografía Histórica: los fenómenos demográficos del pasado, presente y futuro. Una apuesta por la creatividad y el análisis. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1995; 13 (3): 95 - 128.

125. González A. Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918 – 1919. Vínculos de Historia 2013; (2): 309 - 30.
126. González C. La dictadura de Primo de Rivera: una propuesta de análisis. Anales de Historia Contemporánea 2000; 16: 337 – 408. Disponible el 26 / 10 / 2015 en <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/12065/1/La%20Dictadura%20de%20Primo%20de%20Rivera.pdf>
127. González L. La economía de la crisis finisecular (1880-1913). En: González A, Matés JM. Historia Económica de España. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 2006.
128. González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. Bilbao: Servicio Vasco de Salud, Hospital de Basurto, BBK Fundación; 1998.
129. González ME. El descenso de la mortalidad en Vizcaya en los inicios de la transición demográfica. En: Livi M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 2. p. 157 – 66.
130. González ME. Mortalidad e industrialización en el País Vasco. Vizcaya, 1860 - 1930. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1994; 12 (1): 33 - 53.
131. Gonzalvo M. La transición de la mortalidad en el siglo XX: el caso de Tarragona. Disponible el 27/01/2013 en: <http://www.recercat.net/bitstream/handle/2072/68140/Margarita%20Gonzalvo.pdf?sequence=1>
132. Gonzalez V. Natalidad y mortalidad de la población valenciana (1858 – 1960). Cuad de Geogr 2003; 73/74: 277 - 302.
133. Gorina N, Sánchez - Aldeguer J. La hospitalización de los enfermos tuberculosos en la medicina barcelonesa de principios de siglo. Todo Hospital Junio 1992; 87: 63 – 7.
134. Herrera F. Un texto argentino sobre la gripe de 1918 – 1919. Anales de la Real Academia de Medicina de Cádiz 1992; 28 (1): 283 – 99.
135. Herrera F. Archivos y hemerotecas: espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería. Hiades. Revista de Historia de la Enfermería 1994; (10): 71 – 110.

136. Herrera F. La Tesis doctoral sobre la lepra de Ángel Ferrer Cagigal (Cádiz, 1911). Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 1995a; 18 (35): 457- 70.
137. Herrera F. Incidencia social de la gripe de 1918 – 1919 en la ciudad de Cádiz. Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 1996a; 19 (37): 455 – 70.
138. Herrera F. La epidemia de gripe de 1918 en El Puerto de Santa María. Revista de Historia de El Puerto 1996b; 17: 31 – 63.
139. Herrera F. Crisis y medidas sanitarias en Cádiz (1898 – 1945). Cuadernos de Historia de la Ciencia 1997; 10. Zaragoza: Seminario de Historia de las Ciencias y de la Técnica de Aragón, Universidad de Zaragoza; 1997.
140. Herrera F. El estado sanitario de Cádiz según Bartolomé Gómez Plana (1889 – 1893). Lull: Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas 1998a; 21 (42): 801 – 4.
141. Herrera F. Enfermedad y guerra colonial en Cuba y Puerto Rico. El Médico. Profesión y Humanidades 1998b; (683): 82 – 8.
142. Herrera F. La Casa de Maternidad de Cádiz a finales del siglo XIX. Hiades, Revista de Historia de la Enfermería 1999a; (5 – 6): 271 – 84.
143. Herrera F. La situación sanitaria en la provincia de Cádiz en el siglo XX. En: Ramos A, coordinador. Cádiz. La provincia en el siglo XX. Fundación Provincial de Cultura, Diputación de Cádiz; 1999b.
144. Herrera F. Gavilla de médicos gaditanos. Cádiz: Quorum libros; 2000.
145. Herrera F. A modo de introducción: Cádiz y la medicina gaditana en el siglo XX. En: Cabrera JR, Herrera F, directores. El Excmo. Colegio Oficial de la provincia de Cádiz en el siglo XX. Excmo. Colegio Oficial de la Médicos de la Provincia de Cádiz, Linea 6 Comunicación Editorial; 2001a. p. 19 – 61.
146. Herrera F. De la época isabelina a la Transición Democrática: una revisión de la enfermería española. Temperamentum 2005; 1: 1 – 12. Disponible el 07/05/2013 en <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0104.php>
147. Herrera F. José Gómez Plana y el estado sanitario del distrito médico de La Palma (Cádiz, 1929). En: Pérez JA et al, coordinadores. Actas del IX Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas; 27 – 30 Sep 2005; Cádiz. Cádiz: SEHCYT; 2006. 99. p. 267 – 80.

148. Herrera F. La obra sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950). Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Diputación de Cádiz; 2007a.
149. Herrera F. Luis Urtubey y la epidemia de gripe de 1918. Medicina Marítima 2009a; 2 (9): 1 - 5.
150. Herrera F. Medicina y sociedad en el reinado de Alfonso XIII. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 2009b; 33 (1 – 2): 5 – 14.
151. Herrera F. Un cirujano y humanista singular: Alejandro San Martín y Sagrustegui (1847 – 1908). Llull 2009c; 32 (70): 386 - 96.
152. Herrera F. Cayetano del Toro y Quartiellers (1842 – 1915). En: Bustos M, director: Centenario de la Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras (1910 – 2010). I. Alrededor de los Cien Años de Historia y Vida Académicas. Cádiz: Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras; 2010a. p. 207 – 36.
153. Herrera F. Higiene y acción social: médicos hispanoamericanos y la tuberculosis en el congreso de San Sebastián (1912). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 2010b; 33 (1 - 2): 133 - 40.
154. Herrera F. Nuevos datos para la biografía de Luis Urtubey (1892 – 1962). En: Cobos A, coordinador. X Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. Encuentro Internacional Europeo – Americano 2008. Badajoz, España. Badajoz: Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas; 2011. p. 439 – 449.
155. Herrera F. Contra la Restauración. Periodismo político 1895 – 1904, de Vicente Blasco Ibañez [comentario de texto]. Temperamentum 2013; 18. Disponible el 10/10/2015 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t1013.php>
156. Herrera F. Los adioses, de Juan Carlos Onetti [comentario de texto]. Temperamentum 2012; 16, Disponible el 01/11/2015 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t2612.php>
157. Herrera F. Una revisión de Pedro Rodrigo Sabalette sobre la poliomiелitis (1948). Cultura de los Cuidados (edición digital) 2015; 19 (41): 60 – 5. Disponible el 10/10/2015 en <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.08>>
158. Herrera F. Leonardo Rodrigo Lavín (1867 – 1950) y la lucha antituberculosa en Cádiz. Ciclo “In Memoriam Dr. Orozco” (Cádiz, 23 y 24 Nov 2001). Inédito.



159. Herrera F, Almenara Barrios J. La epidemia de gripe de 1918 en San Fernando (Cádiz). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 1994b; 30 (1): 133 – 87.
160. Herrera F, Cabrera JR. El Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz (1898 – 1936). En: Cabrera JR, Herrera F, directores. El Excmo. Colegio Oficial de la provincia de Cádiz en el siglo XX. Excmo. Colegio Oficial de la Médicos de la Provincia de Cádiz, Línea 6 Comunicación Editorial; 2001b. p. 63 – 161.
161. Herrera F, Córdoba MA, Rodríguez AR. Nodrizas, enfermeras y la asistencia hospitalaria pediátrica. En: Ruiz MA, director. Enfermería pediátrica. Tomo 1. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1995b. p. 33 – 44.
162. Herrera F, Doña F. Manuel Tolosa Latour (1857 – 1919): impulsor de los sanatorios marítimos para la infancia. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 1989; 25 (1): 89 – 97.
163. Herrera F, Gutiérrez M. El colorante de Antonio Urtubey para la identificación de las células de la sangre (1906). Medicina Gaditana 2007; (60): 48 – 9.
164. Huertas R. Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874 – 1923). Asclepio 2002; 44 (2): 253 - 76.
165. Iglesias JJ. La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800. Jerez de la Frontera: Diputación Provincial de Cádiz; 1987.
166. Jiménez SA, Gómez M. Salud y enfermedad en el siglo XIX en la sierra granadina de la Alfaguara. En VII Congreso de la ADEH; 2004; Granada; 2004. p. 14.
167. Juárez M, Pró S. Anuario de Cádiz y su provincia. Cádiz: Imprenta de Manuel Álvarez Rodríguez; 1912. p. 193-99.
168. La Porte P. Marruecos y la crisis de la restauración 1917 – 1923. Ayer 2006; 63 (3): 53 – 74.
169. Laín P. La generación del 98 y el problema de España. Arbor Diciembre 1948; 11 (36): 417 – 38. Disponible el 20/01/2013 en <http://arbor.revistas.csic.es>
170. Lardelli P, Luna del Castillo P, Masa J, López R, Delgado M, Gálvez R. Desigualdades en salud: la mortalidad perinatal e infantil en España. Gac Sanit 1993; 7 (34): 21 – 6.

171. Libro J. Las estadísticas de causa médica de muerte: coordenadas históricas, herramientas actuales. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 151 - 72.
172. Livi M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert – Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 2.
173. Livi M. Introducción a la demografía. 1ª ed. Barcelona: Ariel; 1993.
174. López M. Las lecciones de la “gripe española”. Siete Días Médicos 20 Feb 2009; 777: 6 - 11.
175. López JM. Historia de la Medicina. Madrid: Historia 16; 1990.
176. López S, Garrido F, Hernández M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. Salud Pública de México 2000; 42: 133 – 43.
177. López S, Corcho A, Moreno A. Notas históricas sobre el desarrollo de la epidemiología y sus definiciones. Rev Mex Pediatr 1999; 6 (3): 110 - 4.
178. Losada AF. Cuba (1898 – 1958). El triunfo sobre la mortalidad elevada. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1999; 17 (1): 131 – 60.
179. Losada JC. La gripe española. La Aventura de la Historia 2003; (56): 36 - 42.
180. Lugo S. Enfermedad, industria e ideología en la Cataluña del siglo XX. Ramón Pla y Armengol (1880 – 1958), entre el olvido y la heterodoxia. Medicina e Historia 2012; (2).
181. Lloret J, Hernández V. Estudi de la mortalitat a Alcàsser (1875-1936). En: Barona JL, Micó J, editores. Salut i malaltia en els municipis valencians. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 154.
182. Mamelund SE. Geography may explain adult mortality from the 1918-20 influenza pandemic. Epidemics 2011; 3 (1): 46 - 60.
183. Manzano F. La gestión de la Seguridad Social cien años después de la creación del Instituto Nacional de Previsión. Capital Humano 2008; (218): 64 – 70.
184. Marcelo C. La frontera de lo público y lo privado en torno a la experiencia de la salud y de la enfermedad: la tuberculosis y los sanatorios chilenos. An chil hist med 2007; 17: 188.

185. Marchena J. Actitudes urbanísticas en Cádiz durante el siglo XX. En: La Ciudad de Cádiz en el siglo XX. Paisaje Urbano y Memoria. Cádiz: Fundación Municipal de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz; 2002. p. 17 – 31.
186. Marín A. El tratamiento informativo de la gran gripe en España y Francia (1918). [Proyecto de Fin de Master]. Oviedo: Departamento de Historia Contemporánea, Universidad de Oviedo 2013 disponible el 01/11/2015 en [http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/19343/1/TFM\\_AdelaidaMG.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/19343/1/TFM_AdelaidaMG.pdf) .
187. Marín AJ. Mortalidad en Vejer de la Frontera (1916 – 1921). [Memoria para la obtención del postgrado “Master en Investigación en Cuidados de la Salud”]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2012.
188. Marín AJ, Morales A, Sáinz AM, Molanes P. Mortalidad infantil en Vejer de la Frontera y Medina Sidonia (1916 – 1921). *Temperamentum* 2012; (16): Disponible el 08/04/2013 en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t1612.php>
189. Marín AJ, Morales A, Sáinz AM, Molanes P. Mortalidad por brotes epidémicos de sarampión y viruela en Vejer de la Frontera (1916 – 1920). En: Álvarez CC, Hernández FJ, editores. El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid (1862 – 2012). Madrid: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2013. p. 569 -76.
190. Marqués de Lozoya. Historia de España. Tomo 6. Barcelona: Salvat; 1967.
191. Márquez L, Molina del Villar A. El otoño de 1918: las repercusiones de la pandemia de gripe en la ciudad de México. *Desacatos* 2010; (32): 121 - 44.
192. Marset P, Sáez JM. La evolución histórica de la Salud Pública. En: Martínez JF, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, directores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw – Hill – Interamericana de España; 1998a. p. 1 – 24.
193. Marset P, Rodríguez E, Sáez JM. La Salud Pública en España. En: Martínez JF, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, directores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw – Hill – Interamericana de España; 1998b. p. 25 - 47.
194. Martín NM, Cobo AI. La mortalidad infantil y sus causas en la inclusa de Toledo entre 1900 – 1910. *Cultura de los Cuidados* 2013; (35): 55 – 62.

195. Martínez AF, Manrique FG, Meléndez BF. La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. *Dynamis* 2007; (27): 287 - 307.
196. Martínez JF. Salud Pública y desarrollo de la Epidemiología en la España del siglo XX. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 29 –43.
197. Martínez M, Barona C. Repercusiones de la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia. En: Barona JL, Micó J, editores. *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 249 - 65.
198. Matthews R. La introducción de los métodos estadísticos en la medicina de los siglos XIX y XX. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2005; 4: 185 – 203.
199. McKeown T. *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica; 1990.
200. Medina RM. Fundamentos y objetivos de una campaña sanitaria. La lucha contra el cáncer en Cataluña, anterior a la Guerra Civil. En: Montiel L, coordinador. *La salud en el estado de bienestar*. Madrid: Complutense; 1993. p. 149 – 75.
201. Menéndez A, Valenzuela J. Los patrones estacionales del ingreso hospitalario: el Real Hospital de Mineros de Almadén y el Hospital de San Sebastián de Ecija, 1792 – 1942. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (1): 31 – 74.
202. Micó JA, Martínez F. La utilización de las técnicas del análisis semántico – documental en el estudio e interpretación de las expresiones diagnósticas de las causas de muerte. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1993; 11 (3): 173 - 85.
203. Micó JA. Morir en Xert (1852 – 1884). Aproximación al estudio de los diagnósticos de muerte en una comunidad rural del Baix Maestrat. En: Barona JL, Micó J, editores. *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València: Seminari d'Estudis sobre la Ciència; 1996. p. 239 – 48.
204. Millán JL. *Historia de Cádiz. Cádiz Siglo XX. Del Cádiz hundido al Cádiz que resurge. 1898 – 1979*. Vol. IV. Silex; 1993.
205. Mirón JA, Alonso M, Méndez M, López I, Sáenz MC. Mortalidad prematura por enfermedades infecciosas en España, 1908 – 1995. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12 (4): 262 - 8.
206. Molanes P, Sáinz AM. La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916 – 1921). *Cultura de los Cuidados*. Primer cuatrimestre 2012; 16 (32): 82 - 7.

207. Molero J. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. *Dynamis* 1989; 9: 185- 223.
208. Molero J. Clase obrera, medicina y estado en la España del siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950. En: Castellanos J, Jiménez I, Ruiz MJ, Gardeta P. *La medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre Medicina, sociedad y Estado*. Málaga: Sociedad Española de Historia de la Medicina; 1998. p. 221.
209. Molero J. Francisco Moliner y Nicolás (1851 – 1915) y el inicio de la lucha antituberculosa en España. *Asclepio* 1990; 42 (1): 253 - 79.
210. Molero J. Militares, “moros y mosquitos”. El paludismo en el protectorado español de Marruecos (1912 – 1956). Disponible el 05/05/2015 en [http://www.academia.edu/2915567//Militares\\_moros\\_y\\_mosquitos\\_.El\\_paludismo\\_en\\_el\\_Protectorado\\_espa%C3%B1ol\\_en\\_Marruecos\\_1912-1956](http://www.academia.edu/2915567//Militares_moros_y_mosquitos_.El_paludismo_en_el_Protectorado_espa%C3%B1ol_en_Marruecos_1912-1956)
211. Molina D. Mortalidad – migración y la transformación de una ciudad: el caso de San Fernando (Cádiz) 1870 – 1930. VII Congreso de la ADEH. Sesión 16; 1 – 3 Abril 2004; Granada. p. 1 – 24. Disponible el 24/04/2010 en <http://www.urg.es/adeh/comunicaciones.htm>
212. Montiel L. La cura climática en “La Montaña Mágica” de Thomas Mann. *Balnea* 2006; 1: 63 – 78.
213. Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med* 2009; 361 (3): 225 – 9.
214. Muñoz F. Geografía de la mortalidad española del siglo XIX: una exploración de sus factores determinantes. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles* 2005; (40): 269 – 310.
215. Muñoz F, Nicolau R. Geografía del consumo de leche y supervivencia infantil en la España Contemporánea: una comparación entre 1860 y 1930. VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica; 31 May - 1 - 2 Jun 2007; Maó, Menorca. Disponible el 07 /08/2008 en <http://www.adeh.org/menorca07/sesiones.html/>
216. Muñoz R, Oslé J. *Retratos de mujer. Cádiz 1900 – 1936*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1997.
217. Murillo F. *La defensa social de la Salud Pública. Discurso leído en la Real Academia de Medicina*. Madrid: Imprenta y Librería de Nicolás Moya; 1918.

218. Murillo F. Principios básicos de la defensa antiparasitaria. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 5 de Marzo de 1942 de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Imprenta de J. Cosano; 1942. .
219. Murillo G. Recordando a la gripe española. Med Int Mex 2011; 27 (5): 463 – 6. Porras MI. Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918 – 19 en Madrid. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad Complutense de Madrid; 1994 disponible 01/11/2015 en <http://biblioteca.ucm.es/tesis/1991/1996/D/0/AD0052501.pdf>
220. Nadal J. El fracaso de la revolución industrial en España, 1814 – 1913. 16ª reimpresión. Barcelona: Ariel; 1999.
221. Navarro R, director. Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Madrid: Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible el 26/12/2012 en [www.publicaciones.isciii.es](http://www.publicaciones.isciii.es)
222. Nicolau R. Trayectorias regionales en la transición demográfica española. En: Livi M, coordinador. Modelos regionales de la transición demográfica en España y Portugal. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 2. p. 49 – 65.
223. Nogueroles P, Ruiz MA, Burgos A. El casino gaditano ante las crisis sanitarias del Cádiz decimonónico. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1999.
224. Nogueroles P. Las epidemias de cólera – morbo en Cádiz durante el siglo XIX. Estudio médico-social. [Tesis Doctoral]. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1991
225. Núñez NI, Fernández EJ. “El espíritu del Mora”. El hospital civil y provincial de San José. Cádiz: Vicerrectorado de Proyección Social, Cultural e Internacional. Universidad de Cádiz. Disponible el 26 / 10 / 2015 en [http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Servicio\\_Extension/Creacion/Catalogos\\_Exposiciones/1636051458\\_1842013102728.pdf](http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Servicio_Extension/Creacion/Catalogos_Exposiciones/1636051458_1842013102728.pdf)
226. Olague G, Astrain M. Propaganda y Filantropismo: los primeros textos sobre la vacunación jenneriana en España (1799 – 1801). Medicina e Historia 1995; 56.
227. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica. 3ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 1996.

228. Organización Mundial de la Salud. Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción 8ª Revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1968.
229. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
230. Orozco A. El Doctor don Cayetano del Toro y Quartiellers. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica 1962; 14: 261 - 84.
231. Orozco A. La primera epidemia de dengue en España. Asclepio 1977; 31: 209 – 15.
232. Orozco A. Tolosa Latour (1857 – 1919). Pionero de la talasoterapia española. Monografías V. Córdoba: Sociedad Española de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura; 1993.
233. Orozco A. Las relaciones médicas entre Cádiz y Cuba. Medicina e Historia 1998; (74): 5 – 28.
234. Ortega A, Puig M. El análisis de la mortalidad en áreas urbanas. Med Clin 1991; 96 (9): 328 – 32.
235. Ortega J. Historia como sistema y otros ensayos de filosofía. Madrid: Alianza; 1987.
236. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. Med Clin 1988; 90 (9): 399- 403
237. Palanca JA. El problema de la fiebre tifoidea en España. Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina para la recepción del académico electo. Madrid: Imprenta Gráfica Universal; 1929.
238. Palao MC. Una perspectiva social de la tuberculosis en España: 1900 – 1939. Disponible el 17/03/2013 en <http://academia.edu/329152>
239. Palazón S. La pandemia de gripe de 1918 – 1920 y sus repercusiones en la mortalidad de la provincia de Alicante. En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert - Seminari d'Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 5. p. 89 – 98.

240. Pareja A. El papel del hospital de Basurto en la transición sanitaria. En: González M, Zarraga K, editores. Hospital de Bilbao y transición sanitaria. Enfermedad y muerte en Vizcaya, 1884 – 1936. Bilbao: Servicio Vasco de Salud, Hospital de Basurto, BBK Fundación; 1998. p. 279 – 334.
241. Pastor García Quismondo F. Declaración errónea de la edad de adultos y ancianos en España: evaluación de la consistencia de los datos para el análisis de la mortalidad, 1900 – 1930. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1999; 17 (2): 29 – 60.
242. Payne SG. La revolución española. Barcelona: Ariel; 1972.
243. Perdiguero E. Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 65 - 88.
244. Perdiguero E. Huerta, arroz y mosquitos: La lucha contra el paludismo en la provincia de Alicante. Cuad.Hist.Esp 2005; 79: 203 - 35. Disponible el 14/06/2011 en : [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-11952005000100007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-11952005000100007&lng=es&nrm=iso)
245. Pérez MT. Historia de España del siglo XX. Barcelona: Crítica; 1996.
246. Pérez V, Collantes F. Crisis y problemas demográficos en España desde el antiguo régimen hasta el presente. Documento de trabajo de la Asociación Española de Historia Económica 1206. Disponible el 03/03/2013 en [www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf](http://www.aehe.net/2012/09/dt-aehe-1206.pdf)
247. Pérez V, Reher DS. La demografía histórica en España: una evaluación crítica. En: Pérez V, Reher DS, editores. Demografía histórica en España. Madrid: Fundación José Ortega y Gasset, Oran - El Arquero; 1988. p. 25.
248. Pérez del Hoyo R, Gutiérrez ME. Primeras políticas de vivienda en España y su influencia en la evolución de la tipología residencial: el caso de Benalúa (1883 – 1956). Revista Invi 2013; 28: 221 – 255.
249. Perrenoud A. Nosología y patocenosis: contribución al debate sobre las causas del descenso de la mortalidad. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (3): 89 – 149.
250. Porrás MI. La lucha contra las enfermedades “evitables” en España y la pandemia de gripe de 1918 – 19. Dynamis 1994; 14: 159 - 83.
251. Porrás MI. Las repercusiones de la pandemia de gripe de 1918 – 19 en la mortalidad de la ciudad de Madrid. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (1): 75 – 116.



252. Porras MI. Un acercamiento a la situación higiénico – sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX. *Asclepio* 2002; 44 (1): 219 - 251.
253. Pujadas JM. La cuantificación demográfica y epidemiológica en el higienismo balear, 1850 – 1930. *Dynamis* 2012; 32 (1): 165 - 84.
254. Pujadas JM. Reforma sanitaria y movimiento puericultor en la lucha contra la mortalidad infantil en la ciudad de Palma de Mallorca (siglos XIX Y XX). *Asclepio* 2012; 64 (1): 97 – 120.
255. Ramiro D, Sanz A. Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860 – 1990. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1999; 17 (1): 49 – 87.
256. Ramos A. Apuntes para una crónica del primer tercio del siglo XX. En: Bustos M. *Cádiz en su historia. I Jornadas de Historia de Cádiz*, Abril 1982. Cádiz: Publicaciones de la Caja de Ahorros de Cádiz; 1983. p. 113 – 32.
257. Ramos A. La confusa demografía gaditana del siglo XIX (1800 – 1875). *Anales de la Universidad de Cádiz* 1986; (3 – 4): 251 – 61.
258. Ramos AJ, Vázquez-Barquero JL, Herrera S. CIE-10 (I) : Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos* 2002; 11 (1): 24 – 35.
259. Ramos E. Evolución de la mortalidad de los niños en Valencia desde 1860 a 1920. *Medicina Española* 1972; (66): 45 – 54.
260. Ramos E, Marset P. Enfermedad y desarrollo socioeconómico en la ciudad de Valencia entre 1891 y 1912. *Medicina Española* 1977; (76): 321 – 45.
261. Raviglione MC, O'Brien RJ. Tuberculosis. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Principios de Medicina Interna*. 15ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2002. P. 1214.
262. Recaño J, Torrents À. Algunos apuntes sobre los determinantes sociodemográficos de la mortalidad infantil (s. XVIII – XX). I Encuentro de Demografía Histórica de la Europa Meridional; 2003; Asociación de Demografía Histórica, Institut Menorquí d'Estudis. Disponible el 24/10/2008 en:  
<http://www.ced.uab.cat/publicacions/PapersPDF/Text238.pdf>
263. Regidor E. Fuentes de información de mortalidad y morbilidad. *Med Clin* 1992; 99 (5): 183 – 87.
264. Regla J, Jover JM, Seco C. *España moderna y contemporánea*. 5ª ed. Barcelona: Teide; 1968.

265. Renaudet I. La contribution du Dr. Antonio Espina y Capo à la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas: un combat au service du progrès médical. *El Argonauta español* 2005; 2. Disponible el 10/11/2015 en <http://argonauta.revues.org/1188>
266. Riera J. Los comienzos de la inoculación de la viruela en la España ilustrada. *Medicina e Historia* 1985; 8.
267. Robichaux D. Mortalidad y medio ambiente en dos parroquias de Tlaxcala (México), siglos XVII al XX. VIII Congreso de la Asociación de Demografía Histórica; 31 - May - 1 - 2 de Jun de 2007; Mao, Menorca. Disponible el 07 /08/2008 en <http://www.urg.es/adeh/comunicaciones>
268. Robles E, Bernabeu J, Benavides FG. La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1996; 14 (1): 117 – 44.
269. Robles E, García F, Bernabeu J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública* 1996; 70 (2): 221 – 33.
270. Robles E, Pozzi L. La mortalidad infantil en los años de la transición: una reflexión desde las experiencias italiana y española. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1997; 15 (1): 165 – 99.
271. Rodríguez A. Vida y obra de Manuel Tolosa Latour. [Trabajo Fin de Grado]. Cádiz: Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz; 2014.
272. Rodríguez E. La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. *Epidèmies de 1889 – 90 i 1918 – 19*. En: Roca A, coordinador. *Cent anys de salut pública a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1991. p. 131 – 56.
273. Rodríguez E. Un diàleg entre la Demografia Històrica y la Historia de la Medicina: la Conferencia Internacional sobre la historia del registro de las causas de muerte (Bloomington, 11-14 de Noviembre de 1993). *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica* 1993; 11 (3): 187 - 96.
274. Rodríguez E. La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890 – 1925. *Rev San Hig Pub* 1994; 68: 11 – 27.
275. Rodríguez E. La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Dynamis* 2003; 23: 27 - 36.
276. Rodríguez E. La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, “nuncio de la nueva medicina”. *Dynamis* 2007; 27: 33 - 44.

277. Rodríguez E. Nuevos Aires, aguas y lugares. Luchas contra la malaria y la historia social de las enfermedades. *Dynamis* 2009; 29: 365 - 76.
278. Rodríguez E, Ballester R, Perdiguero E, Medina RM, Molero J. La lucha contra el paludismo en España en el contexto internacional. *Enf Emer* 2003; 5 (1): 41 – 52.
279. Rodríguez E, Bernabeu J. El legítimo criterio aritmético. Los métodos cuantitativos en la salud pública española, 1800 – 1936. En: Sánchez - Cantalejo E, editor. *La epidemiología y la estadística: ponencias. V Encuentro Marcelino Pascua*; 16 Jun 1995; Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
280. Rodríguez E, Molero J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: Montiel L, coordinador. *La salud en el estado de bienestar*. Madrid: Complutense; 1993. p. 133 – 48.
281. Rodríguez E, Perdiguero E. Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España, siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saude* 13 (2): 303 - 24.
282. Rodríguez J. Jerez 1800. Epidemia de fiebre amarilla. Jerez: Centro de Estudios Históricos Jerezanos, Sexta; 1980.
283. Rodríguez JM. Las crisis demográficas gaditanas de mediados del siglo XIX (las epidemias de 1854 y 1856). *Gades* 1978; 1: 133 – 62.
284. Rodríguez MP. La mortalidad infantil en Cádiz (1921 – 1922). [Trabajo Fin de Grado]. Cádiz: Facultad de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Cádiz; 2014.
285. Romero FJ. España 1914 - 1918. Entre la guerra y la revolución. Barcelona: Crítica; 2002.
286. Rosado M, Megía MJ, García F, Bolumar F, Nájera E. Evaluación epidemiológica de la importancia de la mortalidad por enfermedades transmisibles en España. I. Mortalidad General (1900 – 1978). *Rev San Hig Pub* 1984; 58 (9 – 10): 889 – 908.
287. Rubio E, Martínez T, Sánchez E. Demografía Sanitaria. Cuadernos de Bioestadística y sus Aplicaciones Informáticas. Colección Monografías Didácticas nº 8. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 1995.
288. Ruiz J. Cádiz. Una visión impresionista de su economía en el siglo XX. En: Paisaje Urbano y Memoria. *La Ciudad de Cádiz en el siglo XX*. Cádiz: Fundación Municipal de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz. 2002. p. 53 – 70.

289. Ruiz JM. Historia epidemiológica. Soria 1900 – 1920. El mañana del ayer. Soria: Fundación Científica Caja Rural de Soria, Complejo Hospitalario de Soria (SACYL), Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Soria; 2011.
290. Sáinz AM. La mortalidad en Cádiz (1923 – 1939). [Tesis doctoral]. Cádiz: UCA; 2007. Disponible el 23 Mayo de 2009 en <http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/AMSainzOtero.pdf>
291. Salmon P. Historia y Crítica. Introducción a la metodología histórica. Barcelona: Teide; 1972.
292. Salleras L. Causas de la mortalidad perinatal en España. Archivos de Pediatría 1986; 37 (1): 27 – 43.
293. Sanz A. Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906 – 1932). Reis 2001; (95): 129 – 54.
294. Sanz A, Ramiro D. Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0 – 4 años) en la España del siglo XX. Historia Contemporánea 1999; (18): 129 - 61.
295. Sánchez D. Las diferencias territoriales de la mortalidad en Andalucía a fines del siglo XIX. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 151 – 71.
296. Sánchez JA. La evolución de las causas de mortalidad en Plasencia durante los siglos XIX y XX. Revista de Estudios Extremeños 1993; 49 (1):163 – 92.
297. Santos M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873 – 1918). Disponible el 15/04/2009 en <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20i>
298. Schofield RS, Reher DS. El descenso de la mortalidad en Europa. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1994; 12 (1): 9 – 32.
299. Segura A, Martínez F. Las clasificaciones de enfermedades y causas de muerte y su evolución En: Cirera LI, Vázquez E, editores. La implantación en España de la Clasificación Internacional de Enfermedades – 10ª Revisión (CIE – 10). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Epidemiología; 1998. p. 17 – 40.
300. Segura A, Suau J. La Demografía Histórica de Mallorca. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1986; 4 (1): 52 – 88.
301. Servicio Andaluz de Salud y Dirección General de Ordenación Sanitaria. Investigación de brotes epidémicos. Manuales. Consejería de Salud y Servicios Sociales; 1988.

302. Simó C. Informe sobre el seminario acerca de “La mortalidad de los niños en el pasado” (Montreal, Octubre de 1992). Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1993; 11 (1): 141 – 4.
303. Singer C, Ashwort E. Breve historia de la Medicina. Madrid: Guadarrama; 1966. p. 666 – 696.
304. Soriano J. La mortalidad infantil en los inicios de la transición demográfica. Análisis de una parroquia de Yecla (Murcia): 1852 – 1930. Historia contemporánea 1999; (18): 253 - 69.
305. Spagnolo E, Segura A, Andrés J. Análisis de la mortalidad en áreas geográficas pequeñas. En: Estadísticas vitales. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 1985. p. 147 – 55.
306. Taubenberger JK . The origin and virulence of the 1918 “Spanish” influenza virus. Proceedings of the American Philosophical Society 2006; 150 (1): 86 – 112.
307. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 influenza: the mother of all pandemics. Emerging Infectious Diseases 2006; 12 (1): 15 – 22.
308. Taubenberger JK, Reid AH, Fanning TG. The 1918 influenza virus: a killer comes into view. Virology 2000; 274: 241 – 5.
309. Torrents A. La transición epidemiológica en la Cataluña rural: Sant Pere de Riudebitlles, 1880- 1935. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1996; 14 (2): 173 – 200.
310. Trilla A, Trilla G, Daer C. The 1918 “Spanish flu” in Spain. Clin Infect Dis 2008; 47 (5): 668 – 73.
311. Tuñón M. Transformaciones políticas e ideológicas de España durante el primer tercio del siglo XX (1898 – 1936). Historia Contemporánea 1990; (4): 231 – 59. Disponible el 20/ 01/ 2013 en [http://www.historiacontemporanea.ehu.es/s0021-con/eu/contenidos/boletin\\_revista/00021/revista\\_hc04/es\\_revista/adjuntos/04\\_14.pdf](http://www.historiacontemporanea.ehu.es/s0021-con/eu/contenidos/boletin_revista/00021/revista_hc04/es_revista/adjuntos/04_14.pdf)
312. Tuñón M. Revolución liberal. Época Contemporánea. En: Tuñón M, Valdeón J, Domínguez A. Historia de España. 1ª ed. Barcelona: Labor; 1991.
313. Urkía JM. La pandemia gripal de 1918 en Guipúzcoa. Cuadernos de Historia de la Medicina Vasca 1986; 4: 37 – 86.

314. Urkía JM. La tuberculosis. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 2. Donostia: Eusko Ikaskuntza; 1992. p. 139 – 53. Disponible el 01/10/2015 en <https://www.euskoikaskuntza.org/es/publicaciones/colecciones/cuadernos/articulo.php?o=10755>
315. Vallin J. La evolución de la mortalidad por causas en Francia desde 1925: problemas y soluciones. En: Bernabeu J, coordinador. El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana. Actas del II Congreso de la ADEH; Abril 1990; Alicante, España. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil – Albert – Seminari d’Estudis sobre la població del país valencià, Diputació de Alicante; 1991. 5. p. 201 – 20.
316. Vicens J. Aproximación a la Historia de España. 3ª reed. Barcelona: Vicens – Vives; 1980.
317. Viciano F. Mortalidad. En: Arroyo A, coordinador. Tendencias demográficas durante el siglo XX en España. Instituto Nacional de Estadística, Universidad de Sevilla; 2004. p. 77 - 118. Disponible el 09/05/2014 en [http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259924959283&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis](http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924959283&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis)
318. Vidal T, Gomila J. Aproximación a la Demografía Histórica Menorquina. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica 1986; 4 (2): 23 - 53. Disponible el 23/05/2010 en <http://www.adeh.org/?q=es/system/files/Revista/1986%2C%202/T%20Vidal%2C%20IV%2C%202%2C%20198>
319. Vila – San – Juan JL. Alfonso XIII, un rey, una época. Madrid: Edaf; 1993.
320. V.V.A.A. Epidemias. Temas Investigación y Ciencia. Investigación y Ciencia 1999; (18).
321. V.V.A.A. Paisaje Urbano y Memoria. La Ciudad de Cádiz en el siglo XX. Cádiz: Fundación Municipal de Cultura – Excelentísimo Ayuntamiento de Cádiz; 2002.
322. Zapatero J. Historia de la tuberculosis. Arch Bronconeumol 1983; 19 (6): 226 – 8.

## 7. ANEXOS





## 7.1. ANEXO 1. Clasificación Internacional de enfermedades 9ª Revisión. Grandes grupos

C.I.E. 9. LISTADO DE CATEGORÍAS DE DOS DÍGITOS.	
01	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.
02	NEOPLASIAS.
03	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRITIVAS Y METABÓLICAS, Y TRASTORNOS DE INMUNIDAD.
04	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS..
05	TRASTORNOS MENTALES.
06	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.
07	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO.
08	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.
09	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.
10	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO.
11	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO.
12	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO.
13	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO.
14	ANOMALÍAS CONGÉNITAS.
15	CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL.
16	SÍNTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS.
17	LESIONES Y ENVENENAMIENTOS.

## **7.2. ANEXO 2. Clasificación de enfermedades Herrera - Almenara**

### **1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PARASITARIAS Y POSIBLES COMPLICACIONES DE ORIGEN INFECCIOSO.**

#### **1.1. APARATO RESPIRATORIO.**

1.1.1. TBC PULMONAR.

1.1.2. BRONCONEUMONIAS Y BRONQUITIS.

1.1.3. NEUMONÍAS.

1.1.4. PLEURESÍA.

1.1.5. TBC LARÍNGEA.

#### **1.2. SISTEMA NERVIOSO.**

1.2.1. MENINGISMOS Y MENINGITIS CEREBRAL.

1.2.2. MENINGITIS TUBERCULOSA.

1.2.3. TÉTANOS.

1.2.4. TABES INFECCIOSA.

#### **1.3. APARATO DIGESTIVO.**

1.3.1. GASTROENTERITIS Y ENTEROCOLITIS.

1.3.2. PERITONITIS.

1.3.3. TBC MESENTÉRICA O ABDOMINAL.

1.3.4. HEPATITIS.

1.3.5. NOMA.

#### **1.4. GRIPE.**

1.4.1. BRONCONEUMONÍA GRIPAL

1.4.2. GRIPE.

1.4.3. GRIPE FORMA MENÍNGEA.

1.4.4. GRIPE FORMA ABDOMINAL.

1.4.5. NEFRITIS GRIPAL.

1.4.6. GRIPE FORMA CARDIACA.

#### **1.5. OTRAS.**

1.5.1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS CARDIACAS.

- 1.5.1.1. ENDOCARDITIS.
- 1.5.1.2. PERICARDITIS.
- 1.5.1.3. MIOCARDITIS.
- 1.5.2. FIEBRE TIFOIDEA.
- 1.5.3. GANGRENA.
- 1.5.4. VIRUELA.
- 1.5.5. SEPTICEMIA.
- 1.5.6. DIFTERIA MALIGNA.
- 1.5.7. FIEBRE INFECCIOSA.
- 1.5.8. FIEBRE PARATÍFICA.
- 1.5.9. DENGUE.
- 1.5.10. FLEMÓN DIFUSO.
- 1.5.11. TOSFERINA O COQUELUCHE.
- 1.5.12. PALUDISMO.
- 1.5.13. LEPROA.
- 1.5.14. TÉTANOS UMBILICAL.
- 1.5.15. CISTITIS.

## 2. ENFERMEDADES CARDIOCIRCULATORIAS.

- 2.1. COLAPSO CARDIACO / ASISTOLIA.
- 2.2. INSUFICIENCIA MITRAL / INSUFICIENCIA VALVULAR.
- 2.3. HEMORRAGIA CEREBRAL.
- 2.4. ESCLEROSIS / ATEROSCLEROSIS.
- 2.5. HEMIPLEJIA / APOPLEJIA.
- 2.6. EMBOLIA CEREBRAL.
- 2.7. CONGESTIÓN CEREBRAL.
- 2.8. EDEMA AGUDO DE PULMÓN / EDEMA PULMONAR.
- 2.9. CARDIOESTEATOSIS.
- 2.10. ANGINA DE PECHO.
- 2.11. ANEURISMA AÓRTICO.
- 2.12. HIPERTROFIA CARDIACA.
- 2.13. EMBOLIA PULMONAR.

## 3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS, PERINATALES Y NUTRICIONALES INFANTILES.

- 3.1. ATREPSIA DE PARROT.
- 3.2. DEBILIDAD CONGÉNITA.
- 3.3. HEMOFILIA.
- 3.4. OVARIOSIS CONGÉNITA.

4. ENFERMEDADES METABÓLICO-ENDOCRINAS Y ALTERACIONES SANGUÍNEAS.
  - 4.1. RAQUITISMO.
  - 4.2. UREMIA.
  - 4.3. GLUCOSURIA / DIABETES.
  - 4.4. ANEMIA.
  
5. TUMORES.
  - 5.1. CÁNCER ESTÓMAGO.
  - 5.2. CÁNCER ÚTERO.
  - 5.3. CÁNCER HEPÁTICO.
  - 5.4. CÁNCER OVÁRICO.
  - 5.5. CÁNCER PROSTÁTICO.
  - 5.6. CÁNCER / CAQUEXIA.
  - 5.7. EPITELIOMA.
  - 5.8. CÁNCER INTESTINAL.
  - 5.9. CÁNCER PANCREÁTICO.
  - 5.10. CÁNCER DE MAMA.
  - 5.11. CÁNCER DE VEJIGA.
  
6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.
  - 6.1. PARÁLISIS GENERAL / PARÁLISIS MUSCULAR PROGRESIVA.
  - 6.2. MIELITIS.
  - 6.3. PARÁLISIS GLOsofaríngea.
  - 6.4. EPILEPSÍA.
  - 6.5. ECLAMPSIA EN NIÑOS.
  
7. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO DE POSIBLE ETIOLOGÍA NO INFECCIOSA.
  - 7.1. ESCLEROSIS RENAL.
  - 7.2. ALBUMINURIA.
  
8. ENFERMEDADES DIGESTIVAS.
  - 8.1. CIRROSIS HEPÁTICA.
  - 8.2. ÚLCERA GÁSTRICA.
  - 8.3. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

8.4. INVAGINACIÓN INTESTINAL.

8.5. HERNIA ESTRANGULADA.

8.6. APENDICITIS AGUDA.

8.7. HEMORRAGIA INTESTINAL.

9. ENFERMEDADES PULMONARES.

9.1. ENFISEMA PULMONAR.

9.2. ASMA.

10. COMPLICACIONES EMBARAZO, PARTO,  
PUERPERIO.

10.1. ECLAMPSIA EN PARTURIENTA.

10.2. PREMATURIDAD.

10.3. PLACENTA PREVIA.

### **7.3. ANEXO 3. Clasificación propia Herrera – Almenara – Rodríguez (Modificada y ampliada)**

#### **1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PARASITARIAS Y POSIBLES COMPLICACIONES INFECCIOSAS.**

##### **1.1. AMIGDALITIS.**

- AMIGDALITIS FLEGMONOSA.
- AMIGDALITIS INFECCIOSA.
- AMIGDALITIS ULCEROSA.
- ANGINA AGUDA.
- ANGINA GANGRENOSA.
- ANGINA PULTÁCEA.
- ANGINAS FLEGMONOSAS.
- ANGINAS ULCEROSAS.

##### **1.2. DIFTERIA Y OTRAS DENOMINACIONES.**

- ANGINA DIFTÉRICA.
- ANGINA DIFTÉRICA AGUDA.
- BRONCOPNEUMONÍA DIFTÉRICA.
- BRONQUITIS DIFTÉRICA.
- CRUP.
- CRUP DIFTÉRICO.
- CRUP INTRALARÍNGEO.
- CRUP LARÍNGEO.
- CRUP LARINGOTRAQUEAL.
- CRUPS ASCENDENTE.
- DIFTERIA.
- DIFTERIA LARÍNGEA.
- DIFTERIA POLIMICROBIANA.
- DIFTERIA POSTSARAMPIONOSA.
- DIFTERIA TRAQUEOBRONQUIAL.
- ENDOCARDITIS DIFTÉRICA.
- FARINGITIS DIFTÉRICA.
- FARINGITIS ESTRIDULOSA.
- FARINGOLARINGITIS DIFTÉRICA.
- HEPATOPNEUMONÍA DIFTÉRICA.

- LARINGITIS CROUPAL.
- LARINGITIS DIFTÉRICA.
- LARINGITIS ESTRIDULOSA O ESTRUDULOSA.
- LARINGITIS PSEUDOMEMBRANOSA.
- LARINGOTRAQUEITIS DIFTÉRICA.
- PARÁLISIS DIFTÉRICA.
- PULMONÍA DIFTÉRICA.

### 1.3. BRONCONEUMONÍA, NEUMONÍA, PULMONÍA Y CATARROS BRONCOPULMONARES.

- BRONCONEUMONÍA.
- BRONCONEUMONÍA AGUDA.
- BRONCONEUMONÍA CATARRAL.
- BRONCONEUMONÍA CATARRAL DOBLE.
- BRONCONEUMONÍA CON FENÓMENOS CEREBRALES.
- BRONCONEUMONÍA CRÓNICA.
- BRONCONEUMONÍA DIABÉTICA.
- BRONCONEUMONÍA DOBLE.
- BRONCONEUMONÍA DOBLE CONSECUTIVA.
- BRONCONEUMONÍA DOBLE SENIL.
- BRONCONEUMONÍA ESTREPTOCÓCICA.
- BRONCONEUMONÍA FULMINANTE.
- BRONCONEUMONÍA INFECCIOSA.
- BRONCONEUMONÍA SENIL.
- BRONCONEUMONÍA SUBAGUDA.
- BRONCOPNEUMONÍA.
- BRONCOPNEUMONÍA ACTÍNICA.
- BRONCOPNEUMONÍA ADINÁMICA.
- BRONCOPNEUMONÍA AGUDA ADINÁMICA.
- BRONCOPNEUMONÍA AGUDA DOBLE.
- BRONCOPNEUMONÍA AGUDA INFANTIL.
- BRONCOPNEUMONÍA CASEOSA.
- BRONCOPNEUMONÍA CRÓNICA CON LESIÓN DE CORAZÓN.
- BRONCOPNEUMONÍA DOBLE AGUDÍSIMA.
- BRONCOPNEUMONÍA DOBLE COMPLICADA.
- BRONCOPNEUMONÍA DOBLE CRÓNICA.
- BRONCOPNEUMONÍA ESCARLATINIFORME.

- BRONCOPNEUMONÍA ESPECÍFICA.
- BRONCOPNEUMONÍA INFANTIL.
- BRONCOPNEUMONÍA INFECCIOSA CON  
COMPLICACIÓN CARDIACA.
- BRONCOPNEUMONÍA MORBILLOSA.
- BRONCOPNEUMONÍA PARALÍTICA.
- BRONCOPNEUMONÍA RECIDIVADA.
- BRONCOPNEUMONÍA SECUNDARIA.
- BRONCOPNEUMONÍA ULCEROSA.
- BRONCOPULMONÍA.
- CATARRO BRONCOPULMONAR.
- CATARRO BRONCOPULMONAR CRÓNICO.
- CATARRO PULMONAR.
- CATARRO PULMONAR AGUDO QUE PADECÍA AL  
EMBARCAR.
- CATARRO PULMONAR CRÓNICO.
- EDEMA PNEUMÓNICO.
- ESCLEROSIS NEUMÓNICA.
- ESPLENONEUMONÍA.
- HEMOTISIS (CONGESTIÓN PULMONAR).
- NEUMONÍA.
- NEUMONÍA AGUDA.
- NEUMONÍA CAPILAR.
- NEUMONÍA CATARRAL.
- NEUMONÍA CON DETERMINACIÓN PULMONAR.
- NEUMONÍA CONSECUTIVA.
- NEUMONÍA CRÓNICA.
- NEUMONÍA DOBLE.
- NEUMONÍA FIBRINOSA DOBLE.
- NEUMONÍA INFECCIOSA.
- NEUMONÍA IZQUIERDA.
- NEUMONÍA SUPURADA CRÓNICA.
- NEUMONÍA TRAUMÁTICA.
- PLEUROBRONCOPNEUMONÍA.
- PLEUROBRONCOPNEUMONÍA DOBLE.
- PLEURONEUMONÍA.
- PLEURONEUMONÍA DOBLE.
- PLEURONEUMONÍA TRAUMÁTICA.
- PLEUROPNEUMONÍA AGUDA INFECCIOSA.
- PLEUROPNEUMONÍA DEL LADO IZQUIERDO.



- PNEUMONÍA.
- PNEUMONÍA ADINÁMICA.
- PNEUMONÍA AGUDA.
- PNEUMONÍA AGUDA CATARRAL.
- PNEUMONÍA AGUDA DOBLE INFECCIOSA.
- PNEUMONÍA AGUDA SUPURADA.
- PNEUMONÍA ALBUMINÚRICA.
- PNEUMONÍA CASEOSA.
- PNEUMONÍA CATARRAL DOBLE.
- PNEUMONÍA CENTRAL.
- PNEUMONÍA CENTRAL DEL LADO DERECHO.
- PNEUMONÍA CEREBRAL.
- PNEUMONÍA CEROFIBRINOSA.
- PNEUMONÍA CRÓNICA.
- PNEUMONÍA DE LOS VIEJOS.
- PNEUMONÍA DEL LADO DERECHO.
- PNEUMONÍA DEL VÉRTICE.
- PNEUMONÍA DIABÉTICA.
- PNEUMONÍA DOBLE.
- PNEUMONÍA DOBLE AGUDA.
- PNEUMONÍA DOBLE CRÓNICA.
- PNEUMONÍA DOBLE FIBROSA.
- PNEUMONÍA FIBRINOSA.
- PNEUMONÍA FIBRINOSA DOBLE.
- PNEUMONÍA HIPOSTÁTICA.
- PNEUMONÍA HIPOSTÁTICA DOBLE.
- PNEUMONÍA INFECCIOSA.
- PNEUMONÍA INTERSTICIAL.
- PNEUMONÍA LOBAR.
- PNEUMONÍA LOBULAR.
- PNEUMONÍA LOBULAR AGUDA.
- PNEUMONÍA LOBULAR DERECHA.
- PNEUMONÍA LOBULAR DOBLE.
- PNEUMONÍA MORBILLOSA.
- PNEUMONÍA SENIL.
- PNEUMONÍA SENIL DE LOS VÉRTICES.
- PNEUMONÍA SEROFIBRINOSA.
- PNEUMONÍA SEROFIBRINOSA BILATERAL.
- PNEUMONÍA SEROFIBRINOSA CON MIOCARDITIS CRÓNICA.

- PNEUMONÍA SUPURADA.
- PNEUMONÍA TÍFICA.
- PNEUMONITIS CRÓNICA.
- PULMONÍA.
- PULMONÍA ADINÁMICA DOBLE.
- PULMONÍA ASTÉNICA.
- PULMONÍA BILATERAL.
- PULMONÍA BILIOSA.
- PULMONÍA CATARRAL.
- PULMONÍA CATARRAL BILATERAL.
- PULMONÍA CRÓNICA.
- PULMONÍA CRÓNICA DOBLE.
- PULMONÍA DOBLE.
- PULMONÍA DOBLE CRÓNICA.
- PULMONÍA ESTREPTOCÓCICA.
- PULMONÍA FIBRINOSA.
- PULMONÍA FULMINANTE.
- PULMONÍA INFECCIOSA.
- PULMONÍA INFECCIOSA MORBILLOSA.
- PULMONÍA LOBULAR.
- PULMONÍA LOBULAR DOBLE.
- PULMONÍA SENIL.

#### 1.4. BRONQUITIS Y CATARROS BRONQUIALES.

- BRONQUITIS.
- BRONQUITIS AGUDA.
- BRONQUITIS CAPILAR.
- BRONQUITIS CAPILAR AGUDA.
- BRONQUITIS CAPILAR INFECCIOSA.
- BRONQUITIS CATARRAL.
- BRONQUITIS CATARRAL AGUDA.
- BRONQUITIS CONGÉNITA.
- BRONQUITIS CRÓNICA.
- BRONQUITIS CRÓNICA CON LESIÓN CARDIACA.
- BRONQUITIS DE LOS VIEJOS.
- BRONQUITIS DIFUSA.
- BRONQUITIS DIFUSA SIMPLE.
- BRONQUITIS ESPECÍFICA.
- BRONQUITIS FÉTIDA.

- BRONQUITIS FIBRINOSA CRÓNICA.
- BRONQUITIS GANGRENOSA.
- BRONQUITIS INFECCIOSA.
- BRONQUITIS INFECCIOSA EN LA DENTICIÓN.
- BRONQUITIS INFECCIOSA DE PNEUMOCREAS.
- BRONQUITIS MORBILIOSA.
- BRONQUITIS NEUROPARALÍTICA.
- BRONQUITIS PNEUMOCÓCICA.
- BRONQUITIS PNEUMÓNICA.
- BRONQUITIS PÚTRIDA.
- CATARRO BRONQUIAL.
- CATARRO BRONQUIAL CRÓNICO.
- CATARRO BRONQUIAL CRÓNICO Y SENIL.
- CATARRO CRÓNICO.
- CATARRO SENIL.
- CATARRO SENIL CRÓNICO.
- FLEGMASIA CRÓNICA DEL APARATO RESPIRATORIO.
- INFECCIÓN BRONQUIAL.
- LARINGOBRONQUITIS.
- LARINGOBRONQUITIS AGUDA.
- LARINGOBRONQUITIS CRÓNICA.
- LARINGOBRONQUITIS INFECCIOSA.
- LESIÓN BRONCOCARDIACA.
- TRAQUEOBRONQUITIS ESTREPTOCÓCICA.

#### 1.5. PLEURESÍA.

- ABSCESO DE LA PLEURA.
- DERRAME PLEURAL.
- DERRAME PLEURÍTICO.
- PLEURESÍA.
- PLEURESÍA AGUDA.
- PLEURESÍA AGUDA INFANTIL.
- PLEURESÍA CON DERRAME.
- PLEURESÍA CRÓNICA.
- PLEURESÍA DEL LADO DERECHO.
- PLEURESÍA DERECHA CON DERRAME.
- PLEURESÍA DIAFRAGMÁTICA.
- PLEURESÍA DOBLE.

- PLEURESÍA FIBRINOSA.
- PLEURESÍA HEMORRÁGICA.
- PLEURESÍA HÚMEDA.
- PLEURESÍA INFRADIAFRAGMÁTICA.
- PLEURESÍA INTERLOBULAR SUPURADA.
- PLEURESÍA MEDIASTÍNICA.
- PLEURESÍA PURULENTA.
- PLEURESÍA SECA.
- PLEURESÍA SEROFIBRINOSA.
- PLEURESÍA SEROFIBRINOSA AGUDA.
- PLEURESÍA SEROFIBRINOSA DEL LADO DERECHO.
- PLEURESÍA SEROPURULENTA.
- PLEURESÍA SEUDOMEMBRANOSA.

#### 1.6. TUBERCULOSIS.

- ADENIA CÉRVICO – BRONQUIO – TUBÉRCULO - GRIPPAL.
- ADENITIS MEDIASTÍNICA.
- ADENITIS TRAQUEOBRONQUIAL.
- ADENITIS TUBERCULOSA.
- ADENOPATÍA MEDIASTÍNICA.
- ADENOPATÍA TRAQUEOBRONQUIAL.
- ADENOPATÍA TUBERCULOSA MEDIASTÍNICA.
- ADENOPATÍAS BRONQUIALES.
- ARTRITIS TUBERCULOSA.
- ARTRITIS TUBERCULOSA DE LA CADERA.
- ASMA DE MILLAR ESCROFULOSA.
- ATAQUE DE HEMOPTISIS.
- BRONCONEUMONÍA TUBERCULOSA.
- BRONCOPNEUMONÍA DOBLE DE ORIGEN FÍMICO.
- BRONCOPNEUMONÍA FÍMICA.
- BRONQUITIS CRÓNICA TUBERCULOSA.
- BRONQUITIS FÍMICA.
- BRONQUITIS TUBERCULOSA.
- CAQUEXIA TUBERCULOSA.
- CATARRO TÍSICO Y SENIL.
- CIRROSIS ATRÓFICA TUBERCULOSA.

- COLAPSO CARDIACO EN EL CURSO DE UNA FIEBRE GÁSTRICA TUBERCULOSA.
- DIATESIS ESCROFULOSA.
- ENTERITIS TUBERCULOSA.
- ENTERITIS TUBERCULOSA CRÓNICA.
- ENTEROCOLITIS MUCO-MUCOSA SEROSA FÍMICA.
- ENTEROTIFLOCOLITIS TUBERCULOSA.
- ESCROFULIDES.
- ESCROFULISMO.
- ESCROFULISMO INTESTINAL.
- ESCROFULISMO VISCERAL.
- ESCROFULOSIS.
- ESCROFULOSIS DIFUSA.
- ESCROFULOTUBERCULOSIS INFANTIL.
- FIEBRE HÉCTICA.
- GRANULIA.
- GRANULIA MILIAR.
- GRANULIA PULMONAR.
- GRANULIA TUBERCULOSA
- HEMOPTISIS.
- HEMOPTISIS AGUDA.
- HEMOPTISIS CONSECUTIVA A TUBERCULOSIS PULMONAR.
- HEMOPTISIS DETERMINADO POR TUBERCULOSIS PULMONAR.
- HEMOPTISIS FULMINANTE.
- HEMOPTISIS POR TUBERCULOSIS PULMONAR.
- HEMOPTISIS TUBERCULOSA.
- HEMORRAGIA BRONCOPULMONAR FÍMICA.
- HEMORRAGIA PULMONAR.
- HEMORRAGIA PULMONAR POR TUBERCULOSIS.
- HIDROPERICARDITIS TUBERCULOSA.
- INFECCIÓN TUBERCULOSA CONGÉNITA.
- LARINGITIS FÍMICA.
- LARINGITIS TUBERCULOSA.
- LARINGITIS TUBERCULOSA CRÓNICA.
- LARINGOBRONQUITIS FÍMICA.
- LEPTOMENINGITIS TUBERCULOSA.
- LINFOGITIS TUBERCULOSA.

- MAL DE POTT.
- MAL DE POTT CERVICAL.
- MAL DE POTT CERVICAL CON ABSCESO MEDIASTÍNICO.
- MAL VERTEBRAL DE POTT.
- MENINGITIS BACILAR TUBERCULOSA.
- MENINGITIS CEREBROESPINAL TUBERCULOSA.
- MENINGITIS ESCROFULOSA.
- MENINGITIS FÍMICA.
- MENINGITIS GRANULOSA.
- MENINGITIS SECUNDARIA FÍMICA.
- MENINGITIS TUBERCULOSA.
- MENINGITIS TUBERCULOSA CRÓNICA.
- MENINGOENCEFALITIS CRANULOSA.
- MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA.
- MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA CONGÉNITA.
- NEFRITIS TUBERCULOSA.
- NEUMOFIMIA.
- OSTEOMIELITIS ESCROFULOSA.
- OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA.
- OSTEOPERIOSTITIS TUBERCULOSA GENERALIZADA.
- PERFORACIÓN INTESTINAL TUBERCULOSA.
- PERITONITIS FÍMICA.
- PERITONITIS TUBERCULOSA.
- PIOPNEUMOTÓRAX TUBERCULOSO.
- PIOTÓRAX TUBERCULOSO.
- PLEURESÍA TUBERCULOSA.
- PLEUROPNEUMONÍA TUBERCULOSA.
- PNEUMOTÓRAX TUBERCULOSO.
- PSEUDOTUBERCULOSIS POSTOPERATORIA.
- RAQUITISMO ESCROFULOSO.
- TABES ESCROFULOSA.
- TABES MESENTÉRICA.
- TABES MESENTÉRICA CON PROPAGACIÓN A LOS PULMONES.
- TISIS AGUDA GRANÚLICA.
- TISIS CASEOSA.
- TISIS CARCOSA.

- TISIS CONSECUTIVA.
- TISIS DIABÉTICA.
- TISIS FARÍNGEA.
- TISIS FIBROSA CRÓNICA.
- TISIS FIBROSAS.
- TISIS GALOPANTE.
- TISIS GENERAL.
- TISIS LARÍNGEA.
- TISIS LARINGOPULMONAR.
- TISIS MESENTÉRICA.
- TISIS PULMONAR.
- TISIS PULMONAR CRÓNICA.
- TISIS PULMONAR SUBAGUDA.
- TISIS TUBERCULOSA.
- TISIS ULCEROSA CRÓNICA PULMONAR.
- TISIS ULCEROSA CRÓNICA PULMONAR EXTREMA.
- TUBERCULOSIS.
- TUBERCULOSIS AGUDA.
- TUBERCULOSIS AGUDA GENERAL.
- TUBERCULOSIS AGUDA GRANÚLICA.
- TUBERCULOSIS ARTICULAR.
- TUBERCULOSIS BRONQUIAL.
- TUBERCULOSIS CON MANIFESTACIONES EN LOS APARATOS RESPIRATORIO, DIGESTIVO Y GENITAL.
- TUBERCULOSIS CONGÉNITA.
- TUBERCULOSIS CONSECUTIVA A PLEURESÍA SEROFIBRINOSA.
- TUBERCULOSIS CRÓNICA.
- TUBERCULOSIS CRÓNICA COMÚN.
- TUBERCULOSIS DE LA CADERA.
- TUBERCULOSIS DE LAS COSTILLAS QUINTA Y SEXTA.
- TUBERCULOSIS DEL OÍDO.
- TUBERCULOSIS DIABÉTICA.
- TUBERCULOSIS EN EL MESENTERIO.
- TUBERCULOSIS EN EL VIENTRE.
- TUBERCULOSIS ENTEROMESENTÉRICA.
- TUBERCULOSIS ESCLEROSA CRÓNICA.

- TUBERCULOSIS FARÍNGEA.
- TUBERCULOSIS FARINGO-LARINGO-PULMONAR.
- TUBERCULOSIS GANGLIONAR.
- TUBERCULOSIS GENERAL.
- TUBERCULOSIS GENERAL AGUDA.
- TUBERCULOSIS GENERALIZADA.
- TUBERCULOSIS GRANULAR AGUDA.
- TUBERCULOSIS GRANÚLICA.
- TUBERCULOSIS GRAVÍDICA.
- TUBERCULOSIS HEMOPTOICA FEBRIL.
- TUBERCULOSIS HERPICAL.
- TUBERCULOSIS INFANTIL.
- TUBERCULOSIS INTESTINAL.
- TUBERCULOSIS INTESTINAL CRÓNICA.
- TUBERCULOSIS LARÍNGEA.
- TUBERCULOSIS LARÍNGEA DE MARCHA RÁPIDA.
- TUBERCULOSIS LARINGOPULMONAR.
- TUBERCULOSIS MÉDICO-QUIRÚRGICA.
- TUBERCULOSIS MENÍNGEA.
- TUBERCULOSIS MESENTÉRICA.
- TUBERCULOSIS MILIAR.
- TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA.
- TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA DE FORMA TIFOIDEA.
- TUBERCULOSIS MILIAR FORMA TIFORDICA.
- TUBERCULOSIS MILIAR GENERALIZADA.
- TUBERCULOSIS ÓSEA.
- TUBERCULOSIS PERITONEAL.
- TUBERCULOSIS PLEUROPERICÁRDICA.
- TUBERCULOSIS PLEUROPERITONEAL.
- TUBERCULOSIS PLEUROPERITONEAL DE FERNET.
- TUBERCULOSIS PRAMILICA PULMONAR.
- TUBERCULOSIS PULMONAR.
- TUBERCULOSIS PULMONAR AGUDA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR CRÓNICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR CRÓNICA COMÚN.
- TUBERCULOSIS PULMONAR DOBLE.
- TUBERCULOSIS PULMONAR DOBLE DE FORMA SOFOCANTE.



- TUBERCULOSIS PULMONAR DE TIPO HEMOPTOICO FEBRIL.
- TUBERCULOSIS PULMONAR E INTESTINAL.
- TUBERCULOSIS PULMONAR FEBRIL.
- TUBERCULOSIS PULMONAR FORMA HEMOTÍSICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR GALOPANTE.
- TUBERCULOSIS PULMONAR GENERALIZADA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR GRANÚLICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR HEMOPTOICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR HEMOPTOICA FEBRIL.
- TUBERCULOSIS PULMONAR HEMORRÁGICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR HEREDITARIA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR LARÍNGEA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR MENÍNGEA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR SENIL.
- TUBERCULOSIS PULMONAR ULCEROSA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR ULCEROSA CRÓNICA.
- TUBERCULOSIS PULMONAR ULCEROSA CRÓNICA COMÚN.
- TUBERCULOSIS PULMONAR Y PURULENTA.
- TUBERCULOSIS RENAL.
- TUBERCULOSIS SENIL.
- TUBERCULOSIS TESTICULAR.
- TUBERCULOSIS URO-GENITAL.
- TUBERCULOSIS VAGINAL.
- TUBERCULOSIS VERTEBRAL.
- TUMOR ESCROFULOSO DEL CUELLO.
- TUMORES TUBERCULOSOS MÚLTIPLES.

#### 1.7. COQUELUCHE O TOSFERINA.

- BRONCONEUMONÍA CONSECUTIVA A LA COQUELUCHE.
- BRONCOPNEUMONÍA COQUELUCHOIDEA.
- BRONCOPNEUMONÍA DE LA TOSFERINA.
- BRONCOPNEUMONÍA DEL COQUELUCHE.
- COQUELUCHE COMPLICADO.

- COQUELUCHE CON COMPLICACIÓN PULMONAR.
- MENINGITIS COQUELUCHOIDE.
- PULMONÍA DOBLE COMPLICACIÓN DE COQUELUCHE.
- TOSFERINA.
- TOSFERINA COMPLICADA.

#### 1.8. SARAMPIÓN.

- ANGINA PSEUDOMEMBRANOSA DEL SARAMPIÓN.
- BRONCOPNEUMONÍA COMPLICADA DEL SARAMPIÓN.
- BRONCOPNEUMONÍA SARAMPIONOSA.
- BRONQUITIS CAPILAR SARAMPIONOSA.
- BRONQUITIS SARAMPIONOSA.
- COMPLICACIONES DEL SARAMPIÓN.
- CONGESTIÓN SARAMPIONOSA.
- MENINGITIS CEREBRAL EN LA INVASIÓN DEL SARAMPIÓN.
- NOMA SARAMPIONOSO.
- PNEUMONÍA CONSECUTIVA A SARAMPIÓN.
- SARAMPIÓN.
- SARAMPIÓN ABORTADO.
- SARAMPIÓN ANÓMALO.
- SARAMPIÓN ANÓMALO DE FORMA CEREBRAL.
- SARAMPIÓN ANÓMALO FORMA NERVIOSA.
- SARAMPIÓN ANÓMALO FORMA TORÁCICA.
- SARAMPIÓN COMPLICADO.
- SARAMPIÓN CON BRONCOPNEUMONÍA.
- SARAMPIÓN CONFLUENTE.
- SARAMPIÓN FORMA HEMORRÁGICA.
- SARAMPIÓN HEMORRÁGICO.
- SARAMPIÓN RETROPULSO.

#### 1.9. GANGRENA DEL PULMÓN.

- GANGRENA PULMONAR.

#### 1.10. MENINGITIS Y ENCEFALITIS.

- CEREBRITIS.
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE INFECCIÓN.
- ENCEFALITIS.
- ENCEFALITIS AGUDA.
- ENCEFALITIS AGUDÍSIMA.
- ENCEFALITIS CONSECUTIVA A DELIRIO AGUDO.
- ENCEFALITIS CRÓNICA.
- ENCEFALITIS CRÓNICA DIFUSA.
- ENCEFALITIS DIFUSA.
- ENCEFALITIS ESCLERÓSICA.
- ENCEFALITIS ESCLEROSA.
- ENCEFALITIS GÁSTRICA.
- ENCEFALITIS INTERSTICIAL DIFUSA.
- ENCEFALITIS OTÍTICA.
- ENCEFALITIS SUPURADA.
- ENTEROMENINGITIS.
- FRAQUIMENINGITIS.
- LECTOMENINGITIS SECUNDARIA.
- LEPTOMENINGITIS.
- LEPTOMENINGITIS AGUDA.
- LEPTOMENINGITIS OTÍTICA.
- LEPTOMENINGITIS SUBAGUDA.
- MANIFESTACIONES MENÍNGEAS.
- MENINGISMO.
- MENINGITIS.
- MENINGITIS AGUDA.
- MENINGITIS AGUDA INFANTIL.
- MENINGITIS AGUDA GRANÚLICA.
- MENINGITIS AGUDA SECUNDARIA.
- MENINGITIS AGUDA SIMPLE.
- MENINGITIS AGUDÍSIMA.
- MENINGITIS AGUDÍSIMA DE TIPO COLIBACILAR.
- MENINGITIS AGUDÍSIMA POR INDIGESTIÓN.
- MENINGITIS BACILAR.
- MENINGITIS CAPILAR.
- MENINGITIS CEFALORRAQUÍDEA.
- MENINGITIS CEREBRAL.
- MENINGITIS CEREBRAL INFECCIOSA.

- MENINGITIS CEREBRAL POR ALTERACIÓN DE LA SANGRE.
- MENINGITIS CEREBRAL SIMPLE.
- MENINGITIS CEREBROESPINAL.
- MENINGITIS CEREBROESPINAL EPIDÉMICA.
- MENINGITIS COLIBACILAR.
- MENINGITIS CON PNEUMOCOSIS.
- MENINGITIS CONSECUTIVA.
- MENINGITIS CONSECUTIVA A LA DENTICIÓN.
- MENINGITIS CRÓNICA.
- MENINGITIS CRÓNICA DE LA BASE.
- MENINGITIS DE COLI BACILU.
- MENINGITIS DE LA BASE.
- MENINGITIS DE LA BASE DEL CRÁNEO.
- MENINGITIS DE LA MASA.
- MENINGITIS DEL MISMO CARÁCTER.
- MENINGITIS DIFUSA.
- MENINGITIS ESPINAL CEREBROFULMINANTE.
- MENINGITIS ESTAFILOCÓCICA.
- MENINGITIS ESTREPTOCÓCICA.
- MENINGITIS FULMINANTE.
- MENINGITIS GASTROINTESTINAL.
- MENINGITIS INFECCIOSA.
- MENINGITIS INTERCURRENTE.
- MENINGITIS OTÍTICA.
- MENINGITIS OTÓGENA.
- MENINGITIS MORBILLOSA.
- MENINGITIS PNEUMÁTICA.
- MENINGITIS PNEUMOCÓCICA.
- MENINGITIS PNUMADOSA.
- MENINGITIS SECUNDARIA.
- MENINGITIS SECUNDARIA INFECCIOSA.
- MENINGITIS SÉPTICA.
- MENINGITIS SEROSA.
- MENINGITIS SIMPLE.
- MENINGITIS SUBAGUDA.
- MENINGITIS TRAUMÁTICA.
- MENINGITIS VARIOLOSA.
- MENINGO CEREBROESPINAL.
- MENINGOENCEFALITIS.

- MENINGOENCEFALITIS AGUDA.
- MENINGOENCEFALITIS AGUDA DIFUSA.
- MENINGOENCEFALITIS BACILAR.
- MENINGOENCEFALITIS DIFUSA.
- MENINGOENCEFALITIS INFECCIOSA.
- MENINGOENCEFALITIS OTÍTICA.
- MENINGOENCEFALITIS PNEUMÓNICA.
- MENINGOENCEFALITIS SIMPLE.
- MENINGOENCEFALITIS TRAUMÁTICA.
- MENINGOMIELITIS AGUDA.
- MENINGOTIFUS.
- MIELOENCEFALITIS SUBAGUDA.
- PAQUIMENINGITIS.
- PAQUIMENINGITIS CERVICAL HEMORRÁGICA.
- PERIENCEFALITIS.
- PERIENCEFALITIS AGUDA.
- PERIENCEFALITIS CRÓNICA.
- PERIENCEFALITIS DE CARÁCTER CONVULSIVO.
- PERIENCEFALITIS DIFUSA.
- PERIENCEFALITIS DIFUSA CRÓNICA.
- PERIENCEFALITIS INTERSTICIAL DIFUSA.
- POLIOENCEFALITIS AGUDA.
- POLIOENCEFALITIS CRÓNICA.

#### 1.11. SÍFILIS.

- AORTITIS SIFILÍTICA.
- ATREPSIA SIFILÍTICA.
- ATREPSIA SIFILÍTICA POR CONTAGIO.
- AVARIOSIS.
- AVARIOSIS CONGÉNITA.
- CAQUEXIA SIFILÍTICA.
- CIRROSIS HEPÁTICA DE ORIGEN SIFILÍTICA.
- DIATESIS SIFILÍTICA.
- GANGRENA SIFILÍTICA.
- GOMA SIFILÍTICO RECTOVESICAL.
- HEREDOSÍFILIS.
- HEREDOSÍFILIS BUCOFARÍNGEA.
- INFECCIÓN SIFILÍTICA.
- LARINGITIS SIFILÍTICA.

- MENINGOENCEFALITIS SIFILÍTICA.
- MENINGOMIELITIS SIFILÍTICA.
- MIELITIS DORSOLUMBAR SIFILÍTICA.
- MIELITIS SIFILÍTICA.
- OSTEOMIELITIS SIFILÍTICA.
- PARASÍFILIS.
- SÍFILIS.
- SÍFILIS CEREBRAL.
- SÍFILIS CONGÉNITA.
- SÍFILIS CONSTITUCIONAL.
- SÍFILIS HEPÁTICA.
- SÍFILIS HEREDADA.
- SÍFILIS HEREDITARIA.
- SÍFILIS HEREDITARIA PRECOZ.
- SÍFILIS INFANTIL.
- SÍFILIS PULMONAR.
- SÍFILIS SECUNDARIA.
- SÍFILIS TERCIARIA.
- SÍFILIS VISCERAL.
- SÍFILIS VISCERAL CONGÉNITA.
- SIFILOSIS EN PERIODO SECUNDARIO.
- SIFILOSIS TRAQUEOBRONQUIAL.
- TERCER PERIODO DE LA SÍFILIS.

#### 1.12. ENFERMEDADES INFECCIOSAS, PARASITARIAS Y POSIBLES COMPLICACIONES INFECCIOSAS DEL APARATO DIGESTIVO.

- ABSCESO SUPRAHEPÁTICO.
- ABCESO DE HÍGADO.
- ABSCESO PROFUNDO DEL HÍGADO.
- AUTOINFECCIÓN INTESTINAL.
- CAQUEXIA DISENTERICA.
- CATARRO GASTROINTESTINAL.
- CATARRO GASTROINTESTINAL AGUDO.
- CATARRO INTESTINAL.
- CATARRO INTESTINAL AGUDO.
- CATARRO INTESTINAL CRÓNICO.
- CATARRO INTESTINAL INFANTIL.
- CÓLERA INFANTIL.

- COLIBACILOSIS.
- DIARREA BACILAR VERDE.
- DIARREA INFANTIL.
- DIARREA TORCIINFECCIOSA.
- DISENTERÍA.
- DISENTERÍA AGUDA.
- DISENTERÍA CRÓNICA.
- DISENTERÍA HEMORRÁGICA.
- DOTINENTERÍA.
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE UNA AUTOINFECCIÓN INTESTINAL.
- EMPACHO GÁSTRICO.
- ENTERITIS.
- ENTERITIS AGUDA.
- ENTERITIS AGUDA SENIL.
- ENTERITIS BACILAR.
- ENTERITIS CATARRAL.
- ENTERITIS CATARRAL AGUDA.
- ENTERITIS CATARRAL CRÓNICA.
- ENTERITIS CEREBRAL.
- ENTERITIS COLERIFORME.
- ENTERITIS COLIBACILAR.
- ENTERITIS DISENTÉRICA.
- ENTERITIS DISENTÉRICA CRÓNICA.
- ENTERITIS DISENTÉRICA FORMA AGUDA.
- ENTERITIS DISENTERIFORME.
- ENTERITIS ESTREPTOCÓCICA.
- ENTERITIS HEMORRÁGICA.
- ENTERITIS HIDRARGÍRICA.
- ENTERITIS INFECCIOSA.
- ENTERITIS MEMBRANOSA.
- ENTERITIS MUCOMEMBRANOSA.
- ENTERITIS SENIL.
- ENTERITIS SÉPTICA.
- ENTERITIS TOXIINFECCIOSA.
- ENTERITIS TOXIINFECCIOSA AGUDA.
- ENTERITIS ULCEROMEMBRANOSA.
- ENTERITIS ULCEROSA.
- ENTERITIS ULCEROSA CRÓNICA.
- ENTEROCATARRO.

- ENTEROCOLITIS.
- ENTEROCOLITIS AGUDA.
- ENTEROCOLITIS CRÓNICA.
- ENTEROCOLITIS DISENTERICA.
- ENTEROCOLITIS DISENTERIFORME.
- ENTEROCOLITIS COLERIFORME.
- ENTEROCOLITIS INFECCIOSA.
- ENTEROCOLITIS RECIDIVADA.
- ENTEROCOLITIS SUBAGUDA.
- ENTEROCOLITIS ULCEROSA.
- ESTOMATITIS.
- FIEBRE ADINÁMICA.
- FIEBRE ATAXOADINÁMICA.
- FIEBRE COLIBACILAR.
- FIEBRE COLIBACILOSIS DE TIPO TÍFICO.
- FIEBRE COLI-BACILOSIS.
- FIEBRE DONIRENTERICA.
- FIEBRE GÁSTRICA.
- FIEBRE GÁSTRICA BILIOSA.
- FIEBRE GÁSTRICA INFECCIOSA.
- FIEBRE INFECCIOSA DE FORMA TIFOIDEA.
- FIEBRE INFECCIOSA DE ORIGEN INTESTINAL.
- FIEBRE INFECCIOSA FORMA INTESTINAL.
- FIEBRE INFECCIOSA INTESTINAL.
- FIEBRE INFECCIOSA TÍFICA.
- FIEBRE INFECCIOSA ( PARATIFUS ).
- FIEBRE INFECCIOSA GASTROINTESTINAL.
- FIEBRE MILIAR.
- FIEBRE PARATÍFICA.
- FIEBRE TÍFICA.
- FIEBRE TIFOIDEA.
- FIEBRE TIFOIDEA ATAXOADINÁMICA.
- FIEBRE TIFOIDEA FORMA ATÁXICA.
- FIEBRE TIFOIDEA FORMA MENÍNGEA.
- FIEBRES COLIBACILOSIS DE TIPO TÍFICO.
- GANGRENA INTESTINAL.
- GASTROENTERITIS.
- GASTROENTERITIS AGUDA.
- GASTROENTERITIS AGUDA INFANTIL.
- GASTROENTERITIS AGUDÍSIMA.



- GASTROENTERITIS BACILAR.
- GASTROENTERITIS CATARRAL.
- GASTROENTERITIS CATARRAL AGUDA.
- GASTROENTERITIS COLERIFORME.
- GASTROENTERITIS COLIBACILAR.
- GASTROENTERITIS CRÓNICA.
- GASTROENTERITIS CRÓNICA DE LOS VIEJOS.
- GASTROENTERITIS CRÓNICA SENIL.
- GASTROENTERITIS DE LA DENTICIÓN.
- GASTROENTERITIS DE LA INFANCIA.
- GASTROENTERITIS INFANTIL.
- GASTROENTERITIS INFECCIOSA.
- GASTROENTERITIS MUCOMEMBRANOSA.
- GASTROENTERITIS SECUNDARIA.
- GASTROENTERITIS SECUNDARIA AGUDIZADA.
- GASTROENTERITIS SENIL.
- GASTROENTERITIS SIMPLE.
- GASTROENTERITIS SUBAGUDA.
- GASTROENTEROCOLITIS.
- GASTROENTEROCOLITIS AGUDA.
- GASTROENTEROCOLITIS CRÓNICA.
- GASTROENTEROHEPATITIS CRÓNICA.
- GASTROHEPATITIS AGUDA.
- HEMORRAGIA INTESTINAL CONSECUTIVA A UNA ENTERITIS.
- HEPATITIS.
- HEPATITIS AGUDA.
- HEPATITIS ATRÓFICA.
- HEPATITIS CRÓNICA.
- HEPATITIS CRÓNICA COMPLICADA.
- HEPATITIS CRÓNICA CON DEGENERACIÓN GRASA.
- HEPATITIS DIFUSA.
- HEPATITIS INTERSTICIAL.
- HEPATITIS LITIÁSICA CRÓNICA.
- HEPATITIS PARENQUIMATOSA.
- HEPATITIS SUPURADA.
- HEPATITIS TRAUMÁTICA.
- ICTERICIA.
- ICTERICIA CATARRAL.

- ICTERICIA GRAVE PRIMITIVA COLIBACILAR
- ICTERICIA INFECCIÓN GRAVE.
- ICTERICIA INFECCIOSA.
- ILEOCOLITIS.
- ILEOCOLITIS AGUDA.
- ILEOCOLITIS INFECCIOSA.
- ILEOCOLITIS MEMBRANOSA.
- INFECCIÓN COLIBACILAR.
- INFECCIÓN COLIBACILAR CON COMPLICACIONES CARDIORRENALES.
- INFECCIÓN COLIBACILAR FORMA CEREBRAL.
- INFECCIÓN COLIBACILAR INTESTINAL.
- INFECCIÓN DE CARÁCTER TIFOIDEO.
- INFECCIÓN GASTROINTESTINAL.
- INFECCIÓN INTESTINAL.
- MUGUET.
- NEURALGIA INFECCIOSA GASTROINTESTINAL.
- PARATIFUS.
- PROTOTIENTERITIS.
- QUISTE HIDATÍDICO ABDOMINAL.
- QUISTE HIDATÍDICO DEL HÍGADO.
- TIFOIDEA.
- TIFOIDEA ATÁXICA.
- TIFUS ABDOMINAL.
- TIFUS ADINÁMICO.

### 1.13. GRIPE Y OTRAS COMPLICACIONES GRIPALES.

- BRONCONEUMONÍA AGUDA GRIPAL.
- BRONCONEUMONÍA GRIPAL.
- BRONCONEUMONÍA GRIPAL ( FORMA TIFOIDEA).
- BRONCONEUMONÍA GRIPAL AGUDA.
- BRONCONEUMONÍA GRIPAL DOBLE.
- BRONCOPNEUMONÍA GRIPAL DOBLE AGUDA.
- BRONCOPNEUMONÍA GRIPPAL FORMA HIPERTÓXICA.
- BRONCOPNEUMONÍA POSTGRIPPAL.
- BRONCOPLEGIA GRIPPAL.
- BRONQUITIS GRIPAL.

- CONGESTIÓN PULMONAR DOBLE FORMA GRIPAL.
- EDEMA BRONCOPULMONAR GRIPAL.
- ENDOCARDITIS GRIPPAL.
- ENTERITIS GRIPAL.
- FIEBRE GRIPAL.
- FIEBRE GRIPAL ADINÁMICA CON DECÚBITO LARINGO – BRONQUIAL.
- FIEBRE INFECCIOSA GRIPAL CON BRONCONEUMONÍA CONSECUTIVA.
- GRIPE.
- GRIPE CARDIACA.
- GRIPE DE FORMA EMEPÁTICA.
- GRIPE DE FORMA TORÁCICA.
- GRIPE DE FORMA TORÁCICA-ABDOMINAL.
- GRIPE FORMA NEUMÓNICA.
- GRIPE NEUMONÍA.
- GRIPE PULMONAR.
- GRIPE TIFOIDEA.
- GRIPE TORÁCICA.
- GRIPE TORÁCICA Y CEFÁLICA.
- GRIPE Y COMPLICACIONES.
- GRIPPE.
- GRIPPE ABDOMINAL.
- GRIPPE BRONCOPNEUMÓNICA.
- GRIPPE BRONCOPULMONAR.
- GRIPPE CARDIOPULMONAR.
- GRIPPE CEREBRAL.
- GRIPPE COMPLICADA.
- GRIPPE DE LOCALIZACIÓN ABDOMINAL.
- GRIPPE EN FORMA NEUMÓNICA.
- GRIPPE FORMA CEREBRAL.
- GRIPPE INFANTIL.
- GRIPPE TORAWA.
- HIPERPIREXIA GRIPAL.
- INFECCIÓN GRIPAL.
- INFECCIÓN GRIPAL CON DECÚBITO TORÁCICO.
- INFECCIÓN INTESTINAL DE FORMA GRIPPAL.
- LARINGITIS GRIPAL.
- MENINGITIS AGUDA GRIPAL.

- MENINGITIS GRIPAL.
- MIOCARDITIS GRIPAL.
- NEUMONÍA GRIPAL.
- NEUMONÍA GRIPAL DOBLE.
- NEUMONÍA GRIPAL LADO IZQUIERDO.
- PLEURESÍA COSTODIAFRAGMÁTICA GRIPAL.
- PLEURESÍA GRIPAL.
- PNEUMONÍA DIFUSA GRIPAL.
- PNEUMONÍA DOBLE CATARRAL GRIPAL.
- PNEUMONÍA DOBLE CRÓNICA GRIPAL.
- PNEUMONÍA DOBLE GRIPAL.
- PNEUMONÍA GRIPAL.
- PNEUMONÍA GRIPAL AGUDA.
- PNEUMONÍA GRIPAL DOBLE.
- PNEUMOPLEURESÍA DOBLE CON NEFRITIS AGUDA DE ORIGEN GRIPAL.
- PNEUMONÍA GRIPAL DOBLE DE RECAÍDA.
- PULMONÍA DOBLE GRIPAL.
- PULMONÍA DOBLE GRIPAL Y PARÁLISIS CONSECUTIVA DEL CORAZÓN.
- PULMONÍA GRIPAL.
- PULMONÍA GRIPAL DOBLE.
- RECAIDA GRIPPAL (FORMA PNEUMÓNICA).

#### 1.14. INFECCIONES DEL APARATO CARDIOCIRCULATORIO.

- AORTITIS.
- AORTITIS AGUDA.
- AORTITIS CRÓNICA.
- DERRAME PERICÁRDICO.
- ENDOCARDITIS.
- ENDOCARDITIS AGUDA.
- ENDOCARDITIS AGUDA INFANTIL.
- ENDOCARDITIS AGUDA INFECCIOSA.
- ENDOCARDITIS AGUDA PNEUMOCÓCICA.
- ENDOCARDITIS AGUDÍSIMA.
- ENDOCARDITIS BLENORRÁGICA.
- ENDOCARDITIS CON COLAPSO.
- ENDOCARDITIS CRÓNICA.

- ENDOCARDITIS CRÓNICA CON ASMA BRONQUIAL CONCOMITANTE.
- ENDOCARDITIS CRÓNICA REUMÁTICA.
- ENDOCARDITIS DE ORIGEN REUMÁTICO.
- ENDOCARDITIS EMBÓLICA.
- ENDOCARDITIS ESTREPTOCÓCICA.
- ENDOCARDITIS INFANTIL.
- ENDOCARDITIS INFECCIOSA.
- ENDOCARDITIS NEUMOCÓCICA.
- ENDOCARDITIS OBLITERANTE.
- ENDOCARDITIS REUMÁTICA.
- ENDOCARDITIS REUMÁTICA AGUDA.
- ENDOCARDITIS REUMÁTICA CRÓNICA.
- ENDOCARDITIS SECUNDARIA.
- ENDOCARDITIS SÉPTICA.
- ENDOCARDITIS TRAUMÁTICA.
- ENDOCARDITIS ULCEROSA.
- ENDOCARDITIS VALVULAR.
- ENDOCARDITIS VARIOLOSA.
- ENDOCARDITIS VASCULAR.
- ENDOCARDITIS VEGETANTE.
- ENDOPERICARDITIS.
- ENDOPERICARDITIS AGUDA.
- HIDROPERICARDIO.
- HIDROPERICARDITIS.
- FLEBITIS INFECCIOSA.
- MIOCARDITIS.
- MIOCARDITIS AGUDA.
- MIOCARDITIS AGUDA INFANTIL.
- MIOCARDITIS AGUDA INFECCIOSA.
- MIOCARDITIS CRÓNICA.
- MIOCARDITIS ESCARLATINOSA.
- MIOCARDITIS ESCLERÓSICA.
- MIOCARDITIS INFECCIOSA.
- MIOCARDITIS INFECTANTE.
- MIOCARDITIS PNEUMÓCICA.
- MIOCARDITIS REUMÁTICA.
- MIOCARDITIS SENIL.
- MIOCARDITIS SÉPTICA.
- MIOCARDITIS SÉPTICA AGUDA.

- MIOCARDITIS TÍFICA.
- PERICARDITIS.
- PERICARDITIS CON DERRAME.
- PERICARDITIS CRÓNICA.
- PERICARDITIS DURANTE LA CONVALENCIA DEL CORAZÓN.
- PERICARDITIS HÚMEDA, INFECCIOSA E INFECTANTE.
- PERICARDITIS REUMÁTICA.
- PERIENDOCARDITIS AGUDA.
- REUMATISMO CARDIACO.
- TROMBOFLEBITIS SÉPTICA.

#### 1.15. MALARIA O PALUDISMO.

- ACCESO PERNICIOSO APOPLÉTICO CONSECUTIVO A PALUDISMO.
- ANEMIA PALÚDICA.
- CAQUEXIA PALÚDICA.
- CAQUEXIA PALÚDICA Y ESPLENISMO.
- EMBOLIA PALÚDICA.
- FIEBRE MALÁRICA.
- FIEBRE PALÚDICA PERNICIOSA.
- FIEBRE PERNICIOSA PALÚDICA.
- FIEBRE REMITENTE PALÚDICA.
- FIEBRES PALÚDICAS.
- MALARIA.
- PALUDISMO.
- PALUDISMO COMPLICADO.
- PALUDISMO CRÓNICO.
- PALUDISMO FORMA PERNICIOSA.
- PALUDISMO PERNICIOSO.

#### 1.16. OTRAS INFECCIONES.

- ABSCESO ABDOMINAL.
- ABSCESO CEREBRAL.
- ABSCESO CEREBRAL OTÍTICO.
- ABSCESO CEREBRAL OTÓGENO.
- ABSCESO CONGESTIVO.

- ABSCESO DEL CEREBELO.
- ABSCESO DEL OIDO INTERNO.
- ABSCESO DE LA TRAQUEA.
- ABSCESO DEL CUELLO.
- ABSCESO ESOFÁGICO.
- ABSCESO PERINEAL.
- ABSCESO PERIORBITARIO.
- ABSCESO PERITÍFLICO SUPURADO.
- ABSCESO RECTAL.
- ABSCESES MÚLTIPLES.
- ABSCESES MÚLTIPLES DE LOS RECIEN NACIDOS.
- ABSORCIÓN PURULENTA.
- ACTINOMICOSIS.
- ANGINA ESCARLATINOSA.
- ANGINA ESTREPTOCÓCICA.
- ANGINA GANGRENOSA.
- ANGINA GANGRENOSA POSTESCARLATINOSA.
- ANTRAX.
- ANTRAX DE LA CARA.
- ANTRAX DE LA NUCA.
- ANTRAX DIABÉTICO.
- ANTRAX EN LA REGIÓN INTERESCAPULAR.
- AUTOINFECCIÓN.
- AUTOINFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA.
- CAQUEXIA GANGRENOSA.
- CARBUNCO.
- CARBUNCOSIS.
- CARBUNCOSIS DE LA CASA.
- COESITIS.
- COEXITIS SUPURADA.
- COXALGIA SUPURADA.
- DIATESIS GANGRENOSA.
- ESCARLATINA.
- ESCARLATINA ANÓMALA.
- ESCARLATINA ANÓMALA FORMA HIPERTÉRMICA.
- ESCARLATINA CON ANGINAS MALIGNAS.
- ESFACELO INTESTINAL.
- ESTOMATITIS GANGRENOSA.
- ESTOMATITIS ULCEROSA.

- ESTREPTOCÓCICA.
- FIEBRE.
- FIEBRE AMARILLA.
- FIEBRE ATÍPICA.
- FIEBRE BILIOSA.
- FIEBRE CATARRAL.
- FIEBRE CEREBRAL.
- FIEBRE COLIBACILAR.
- FIEBRE CONSECUTIVA.
- FIEBRE CONSUNTIVA.
- FIEBRE ESCARLATINA.
- FIEBRE EXTENSA INFECCIOSA.
- FIEBRE HIPERTÉRICA.
- FIEBRE INFECCIOSA.
- FIEBRE INFECCIOSA CEREBRAL.
- FIEBRE INFECCIOSA COLIBACILAR.
- FIEBRE INFECCIOSA COMPLICADA.
- FIEBRE INFECCIOSA COMPLICADA CON MENINGITIS DEL MISMO CARÁCTER.
- FIEBRE INFECCIOSA COMPLICADA CON PNEUMONÍA, MENINGITIS CEREBRAL.
- FIEBRE INFECCIOSA CON DETERMINACIÓN PULMONAR.
- FIEBRE LENTA CONTÍNUA.
- FIEBRE MALIGNA AGUDÍSIMA.
- FIEBRE PERNICIOSA.
- FIEBRE PERNICIOSA ÁLGIDA.
- FIEBRE PERNICIOSA CEREBRAL.
- FIEBRE PERNICIOSA DE FORMA COMATOSA.
- FIEBRE PERNICIOSA HIPERTÉRMICA.
- FIEBRE PIOHÉMICA.
- FIEBRE PÚTRIDA.
- FIEBRE RECURRENTE.
- FIEBRE SÉPTICA.
- FIEBRE SEPTICÉMICA.
- FIEBRE SEPTICÉMICA AGUDA.
- FIEBRES INFECCIOSAS.
- FÍSTULAS GANGRENOSAS.
- FLEMÓN DIFUSO.
- FLEMÓN DIFUSO DE LA PIERNA.



- FLEMÓN DIFUSO DE LA PIERNA DERECHA.
- FLEMÓN DIFUSO DEL ANTEBRAZO DERECHO.
- FLEMÓN DIFUSO DEL BRAZO DERECHO.
- FLEMÓN DIFUSO DEL CUELLO.
- FLEMÓN DIFUSO DEL VIENTRE.
- FLEMÓN DIFUSO GANGRENOSO BRAZO DERECHO.
- FLEMÓN GANGRENOSO DE LA PIERNA DERECHA.
- FLEMÓN GANGRENOSO DE LA REGIÓN GLÚTEA.
- FLEMÓN PROFUNDO DE MUSLO.
- FLEMÓN PROFUNDO DEL CUELLO.
- FLEMÓN UMBILICAL.
- FLEMONES DIFUSOS DEL BRAZO IZQUIERDO Y ANTEBRAZO DERECHO.
- FLEGMASIA SUPURADA.
- FLEGMÓN DE LA PARED ABDOMINAL.
- FLEGMÓN DIFUSO DE LA CARA.
- FLEGMÓN SÉPTICO DEL CUELLO.
- FLEGMÓN SUBFRÉNICO.
- GANGRENA.
- GANGRENA BUCOFARÍNGEA.
- GANGRENA DE AMBAS EXTREMIDADES INFERIORES POR...
- GANGRENA DE LA BOCA.
- GANGRENA DE LA GARGANTA.
- GANGRENA DE LA PIERNA.
- GANGRENA DE LA PIERNA IZQUIERDA.
- GANGRENA DE LA PIERNA Y PIE DERECHO.
- GANGRENA DE LAS EXTREMIDADES.
- GANGRENA DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES.
- GANGRENA DE LAS PIERNAS.
- GANGRENA DEL MUSLO IZQUIERDO.
- GANGRENA DEL OMBLIGO.
- GANGRENA DEL PENE.
- GANGRENA DEL PERINÉ.
- GANGRENA DEL PIE.
- GANGRENA DEL TESTÍCULO.
- GANGRENA DISTRÓNICA.

- GANGRENA ESCLEROSA.
- GANGRENA ESPONTÁNEA.
- GANGRENA GASEOSA.
- GANGRENA HERNIARIA.
- GANGRENA HÚMEDA.
- GANGRENA HÚMEDA DE LA PIERNA.
- GANGRENA HÚMEDA DE MUSLO DERECHO Y PIE IZQUIERDO.
- GANGRENA INFECTANTE.
- GANGRENA INTESTINAL.
- GANGRENA INTESTINAL POR HERNIA.
- GANGRENA ISQUÉMICA.
- GANGRENA SECA.
- GANGRENA SECA DEL PIE DERECHO.
- GANGRENA SENIL.
- GANGRENA SENIL CONSECUTIVA A ARTERIOESCLEROSIS CRÓNICA.
- GANGRENA SENIL DE LAS EXTREMIDADES ABDOMINALES.
- GANGRENA SENIL DE LOS PIES.
- GANGRENA SIMÉTRICA DE LAS EXTREMIDADES.
- GANGRENA SENIL PIERNA IZQUIERDA.
- HIDROFOBIA.
- HIDROFOBIA RÁBICA.
- HOSTIOPERIOSTITIS DE LA BÓVEDA CRANEAL.
- INFECCIÓN ABDOMINAL.
- INFECCIÓN CANCEROSA.
- INFECCIÓN DE LA SANGRE.
- INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA.
- INFECCIÓN FEBRIL ESTREPTOCÓCICA.
- INFECCIÓN PIRÉMICA.
- INFECCIÓN PURULENTA.
- INFECCIÓN SÉPTICA.
- INFECCIÓN SÉPTICA DEL OMBLIGO.
- INFECCIÓN SÉPTICA DEL RECIEN NACIDO.
- INTOXICACIÓN SEPTICÉMICA.
- MASTOIDITIS.
- MASTOIDITIS SUPURADA.
- NEFRITIS ESCARLATINOSA.
- NEUMOCOCIA.

- NOMA.
- NOMA DE LA BOCA.
- NOMA DE LA CARA.
- NOMAS DIFUSOS.
- OSTEITIS.
- OSTEITIS CRÓNICA VERTEBRAL.
- OSTEITIS NECROSANTE DE LA BOCA.
- OSTEOMIELITIS.
- OSTEOMIELITIS AGUDA.
- OSTEOMIELITIS DEL FÉMUR IZQUIERDO.
- OSTEOMIELITIS DEL FÉMUR DERECHO.
- OSTEOMIELITIS ESTERNAL.
- OSTEOMIELITIS FEMORAL IZQUIERDA.
- OSTEOPERIOSTITIS DE LOS ILIACOS.
- OSTEOPERIOSTITIS DEL MAXILAR INFERIOR.
- OSTEOPERIOSTITIS DEL PIE IZQUIERDO – SEPTICEMIA.
- OTITIS.
- OTITIS MEDIA.
- OTITIS MEDIA SUPURADA CON ACCESOS ECLÁMPSICOS.
- OTITIS SUPURADA.
- PARÁLISIS INFANTIL.
- PARÁLISIS INFANTIL AGUDA.
- PAROTIDITIS.
- PIHOHEMIA.
- PIOHÉMICO.
- PNEUMOTIFUS.
- POLIOMIELITIS.
- POLIOMIELITIS ANTERIOR.
- POLIOMIELITIS ANTERIOR SUBAGUDA.
- POLIOMIELITIS DE LANDRY.
- POLINEURITIS INFECCIOSA.
- POLINEURITIS TETÁNICA.
- PÚRPURA INFECCIOSA.
- PÚSTULA CARBUNCOSA.
- RABIA PARALÍTICA.
- REABSORCIÓN PURULENTO.
- SACROCOXITIS SUPURADA.

- SEPSIS PERITONEAL CONSECUTIVA A LA GANGRENA INTESTINAL QUE LA ESTRANGULACIÓN HERNIARIA DETERMINÓ Y MOTIVÓ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- SEPSIS POR GANGRENA DEL OMBLIGO.
- SEPTICEMIA.
- SEPTICEMIA AGUDA.
- SEPTICEMIA AGUDA CONSECUTIVA A INFECCIÓN CARCINOMATOSA.
- SEPTICEMIA CANCEROSA.
- SEPTICEMIA COMPLICACIÓN DE TALLA PERITONEAL.
- SEPTICEMIA CRÓNICA.
- SEPTICEMIA DE ORIGEN ÓTICO.
- SEPTICEMIA ESTREPTOCÓCICA.
- SEPTICEMIA GANGRENOSA.
- SEPTICEMIA GENERALIZADA.
- SEPTICEMIA GENERALIZADA AGUDA.
- SEPTICEMIA HIPERPIRÉTICA.
- SEPTICEMIA PERITONEAL.
- SEPTICEMIA PNEUMOCÓCICA.
- SEPTICEMIA POR ÚLCERAS DE DECÚBITO.
- SEPTICEMIA TRAUMÁTICA.
- SÉPTICO PIOHEMIA OTÍTICA.
- SÉPTICO PIOEMIA.
- TETANIA.
- TETANIA DE ORIGEN INFECCIOSO.
- TETANIA GÁSTRICA.
- TÉTANO ESPONTÁNEO.
- TÉTANO INFANTIL.
- TÉTANO TRAUMÁTICO.
- TÉTANOS.
- TÉTANOS DEL RECIEN NACIDO.
- TÉTANOS PRIMITIVO.
- TÉTANOS UMBILICAL.
- TIFUS AMARILLO.
- TIFUS EXANTEMÁTICO.
- TIFUS HEMÁTICO.
- TRISMUS.
- ÚLCERA GANGRENOSA.

- ÚLCERAS ATÓMICAS EN LAS PIERNAS PUERTA DE ENTRADA DE LA INFECCIÓN.
- ÚLCERAS FAGÉDEMICAS EN AMBAS PIERNAS.
- VARICELA.

#### 1.17. ENFERMEDADES INFECCIOSAS GENITOURINARIAS.

- ANEXITIS INFECCIOSA.
- CATARRO VESICAL.
- CATARRO VESICAL ASCENDENTE.
- CATARRO VESICAL CRÓNICO.
- CISTITIS.
- CISTITIS AGUDA.
- CISTITIS CRÓNICA.
- CISTITIS CRÓNICA CONCÉNTRICA CON INFECCIÓN ASCENDENTE.
- CISTITIS HEMORRÁGICA.
- CISTITIS INFECCIOSA AGUDA.
- CISTITIS PURULENTA.
- ENDOMETRITIS FUNGOSA.
- ESTREPTOCOCIA GENITAL CON COMPLICACIÓN CEREBRAL.
- INFECCIÓN OVARIÓSICA.
- INFECCIÓN URINARIA.
- PIELONEFRITIS.
- PIELONEFRITIS SUPURADA.
- PROSTATITIS.
- SALPINGOOVARITIS PURULENTA.
- SEPTICEMIA GONOCÓCICA.
- SEPTICEMIA POR PARAMETRITIS SUPURADA POSTUTERINA.

#### 1.18. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA PIEL.

- ABSCESOS MÚLTIPLES DE LA PIEL.
- DERMATITIS HERPETIFORME.
- DIATISIS ERICIPELATOSA.
- ERISPELA.
- ERISPELA DE LA CABEZA.
- ERISPELA DE LA CARA.

- ERISPELA DEL CUERO CABELLUDO.
- ERISPELA DIFUSA FLEGMONOSA.
- ERISPELA FACIAL.
- ERISPELA FLEGMONOSA.
- ERISPELA FLEMONOSA DE PIERNA Y MUSLO DERECHO.
- ERISPELA FLEMONOSA DEL CUERO CABELLUDO.
- ERISPELA GANGRENOSA.
- ERISPELA GANGRENOSA DE LA CARA.
- ERISPELA GANGRENOSA PIERNA IZQUIERDA.
- ERISPELA INFECCIOSA.
- ERISPELA UMBILICAL.
- FORUNCULOSIS.
- HERPES.
- LEPRO.
- LEPRO TUBEROSA.
- PAROTIDITIS ERISPELATOSA.
- PÉNFIGO INFECCIOSO.
- PÉNFIGO MALIGNO.
- QUISTE FETAL TUBÁRICO INFECTADO.
- SARNA.
- ÚLCERA GANGRENOSA.
- ÚLCERA POR DECÚBITO.

#### 1.19. VIRUELA.

- BRONCOPNEUMONÍA CONSECUTIVA A VIRUELA.
- BRONCOPNEUMONÍA POSTVARIOLOSA.
- EMBOLIA CEREBRAL CONSECUTIVA A INFECCIÓN DE VIRUELAS.
- ESTOMATITIS GANGRENOSA POSTVARIOLICA.
- FIEBRE ERUPTIVA VIRUELA.
- MIOCARDITIS VARIOLOSA.
- VARIOLOIDE.
- VIRUELA ANÓMALA.
- VIRUELA COHERCINTE-CONFLUENTE.
- VIRUELA COHERENTE.
- VIRUELA COHERENTE – CONFLUENTE.
- VIRUELA CONFLUENTE.
- VIRUELA CONFLUENZA.

- VIRUELA CRÓNICA.
- VIRUELA ENTERO CONFLUENTE.
- VIRUELA HEMORRÁGICA.
- VIRUELA HEMORRÁGICA PRECOZ.
- VIRUELA RETROPULSO.
- VIRUELAS.
- VIRUELAS CONFLUENTES.
- VIRUELAS DISCRETAS.

## 2. ENFERMEDADES VASCULARES.

### 2.1. ARTERIOESCLEROSIS Y OTRAS DENOMINACIONES SINÓNIMAS.

- ARTERIOESCLEROSIS.
- ARTERIOESCLEROSIS CARDIORRENAL.
- ARTERIOESCLEROSIS CEREBRAL.
- ARTERIOESCLEROSIS CEREBROESPINAL.
- ARTERIOESCLEROSIS GENERALIZADA.
- ARTERIOESCLEROSIS GENERALIZADA SENIL.
- ARTERIOESCLEROSIS SENIL.
- ARTERIOESCLEROSIS VISCERAL.
- ARTERITIS.
- ARTERITIS CRÓNICA.
- ARTERITIS OBLITERANTE.
- ATEROMA.
- ATEROMA ARTERIAL.
- ATEROMA GENERALIZADO.
- ATEROMA VASCULAR.
- ATEROMA VASCULAR SENIL.
- CAQUEXIA CONSECUTIVA A LESIONES ARTERIOSCLERÓTICAS.
- CARDIOESCLEROSIS.
- CARDIOPATÍA CRÓNICA CONSECUTIVA A ARTERIOESCLEROSIS GENERALIZADA.
- EMBOLIA.
- ENDOARTERITIS.
- ENDOARTERITIS CRÓNICA.
- ENDOARTERITIS OBLITERANTE.
- ESCLEROARTERIOSIS.

- ESCLEROSIS ARTERIAL.

## 2.2. ENFERMEDADES CEREBROVACULARES.

- APOPLEJÍA.
- APOPLEJÍA CEREBRAL.
- APOPLEJÍA CEREBRAL FORMA EMBOLIA.
- APOPLEJÍA DE LOS RECIEN NACIDOS.
- APOPLEJÍA FULMINANTE.
- APOPLEJIA PERIDURAL.
- APOPLEJÍA POR ATEROMA SENIL CEREBRAL.
- APOPLEJÍA SANGUÍNEA.
- APOPLEJÍA SEROSA.
- ATAQUE APOPLÉCTICO.
- ATEROMA CEREBRAL.
- CONGESTIÓN APOPLETIFORME.
- CONGESTIÓN CEFÁLICA.
- CONGESTIÓN CEREBRAL.
- CONGESTIÓN CEREBRAL CEROSA / SEROSA.
- CONGESTIÓN CEREBRAL CON HEMORRAGIA.
- CONGESTIÓN CEREBRAL FULMINANTE.
- CONGESTIÓN CEREBRAL SECUNDARIA.
- CONGESTIÓN CEREBRO – ESPINAL.
- CONGESTIÓN CEREBRO – ESPINAL CRÓNICA.
- CONGESTIÓN CEREBRO – PULMONAR PASIVA.
- CONGESTIÓN CON DERRAME.
- CONGESTIÓN MENÍNGEA.
- CONGESTIÓN PASIVA CEREBRAL.
- CONGESTIÓN SEROSA.
- CONGESTIÓN ULCEROSA CEREBRAL.
- DERRAME CEREBRAL.
- DERRAME CEREBRAL SEROSO.
- DERRAME SEROSO.
- DERRAME SEROSO CEREBRAL.
- “ECLANCIA” CONGESTIVA.
- ECLAMPSIA CONGESTIÓN.
- ECLAMPSIA POR CONGESTIÓN.
- EMBOLIA CEREBRAL.
- EMBOLIA CEREBRAL DE ORIGEN CARDIACO.
- EMBOLIA CEREBRAL TUBERCULOSA.



- EMBOLIA GRASOSA.
- EMBOLIA GROSOSA.
- EMBOLIA PONTINA.
- ENCEFALORRAGIA.
- HEMIAPOPLEGIA.
- HEMIPLEGIA.
- HEMIPLEGIA CAPSULAR.
- HEMIPLEGIA CON HEMORRAGIA CEREBRAL.
- HEMIPLEGIA DE ORIGEN TROMBÓTICO.
- HEMIPLEJIA.
- HEMIPLEJIA INFANTIL.
- HEMIPLEJIA IZQUIERDA.
- HEMIPLEJIA CORTICAL.
- HEMIPLEJIA DERECHA CONSECUTIVA A HEMORRAGIA CEREBRAL DERECHA.
- HEMIPLEJIA DERECHA DE CAUSA APOPLÉPTICA.
- HEMIPLEJIA ORGÁNICA.
- HEMORRAGIA CEREBRAL.
- HEMORRAGIA CEREBRAL AGUDA.
- HEMORRAGIA CEREBRAL AGUDIZADA.
- HEMORRAGIA CEREBRAL CON COMPRESIÓN.
- HEMORRAGIA CEREBRAL CON HEMIPLEJIA DERECHA.
- HEMORRAGIA CEREBRAL DIFUSA.
- HEMORRAGIA CEREBRAL ESPINAL.
- HEMORRAGIA CEREBRAL POR EMBOLIA.
- HEMORRAGIA CEREBROMENÍNGEA.
- HEMORRAGIA MENÍNGEA.
- HIPERHEMIA CEREBRAL.
- INFILTRACIÓN CEREBRAL CEROSA.
- NECROBIOSIS CEREBRAL.
- OCLUSIÓN CEREBRAL.
- REBLANDECIMIENTO CEREBRAL.
- REBLANDECIMIENTO CEREBRAL AGUDO.
- REBLANDECIMIENTO CEREBRAL AGUDO POR TROMBOSIS.
- REBLANDECIMIENTO CEREBRAL CON HEMIPLEGIA.
- REBLANDECIMIENTO CEREBRAL SENIL.
- REBLANDECIMIENTO CEREBROESPINAL.

- REBLANDECIMIENTO CEREBROESPINAL SENIL.
- REBLANDECIMIENTO CEREBROMEDULAR.
- REBLANDECIMIENTO SENIL DEL CEREBRO.
- TROMBOSIS CEREBRAL.
- TROMBOSIS CEREBRAL POR ENDARTERITIS.

### 2.3. ENFERMEDADES VASCULARES CARDIACAS Y PULMONARES.

- ANGINA DE PECHO.
- ANGINA DE PECHO CRENCIAL.
- ANGOR PECTORIS.
- APOPLEJIA PULMONAR.
- APOPLEJIA PULMONAR DE ORIGEN CARDIACO.
- ATAQUE DE ANGINA DE PECHO.
- COLAPSO CORONARIO.
- CONGESTIÓN BRONCOPULMONAR.
- CONGESTIÓN EDEMATOSA PULMONAR.
- CONGESTIÓN PNEUMÓNICA DOBLE.
- CONGESTIÓN PULMONAR.
- CONGESTIÓN PULMONAR ACTIVA.
- CONGESTIÓN PULMONAR AGUDA.
- CONGESTIÓN PULMONAR DOBLE.
- CONGESTIÓN PULMONAR FORMA ADINÁMICA.
- CONGESTIÓN PULMONAR REUMÁTICA.
- EMBOLIA CARDIACA.
- EMBOLIA DE LA ARTERIA PULMONAR.
- EMBOLIA PULMONAR.
- EMBOLIA PULMONAR AGUDA.
- ESTENOSIS DE LA ARTERIA PULMONAR.
- HEMOPTISIS (CONGESTIÓN PULMONAR).
- HEMORRAGIA BRONCOPULMONAR.
- HEMORRAGIA PULMONAR.
- HIPOSTÁSIS PULMONAR.
- HIPÓSTESIS PULMONAR CON ASISTOLIA.
- HIPOSTESIS PULOMONAR CONSECUTIVA A...
- INFARTO HEMORRÁGICO PULMONAR.
- INFARTO PULMONAR.
- INSUFICIENCIA AGUDA DEL MIOCARDIO.

- INSUFICIENCIA AGUDA DEL MIOCARDIO CONSECUTIVA A UNA...
- INSUFICIENCIA AGUDA DEL MIOCARDIO POSTPARTUM.
- INSUFICIENCIA CRÓNICA DEL MIOCARDIO.
- INSUFICIENCIA DEL MIOCARDIO.
- INSUFICIENCIA ORGÁNICA DEL MIOCARDIO.
- INSUFICIENCIA SENIL DEL MIOCARDIO.
- MIOCARDITIS CRÓNICA ISQUÉMICA.
- TROMBOS CARDIACOS.
- TROMBOSIS CARDIACA.
- TROMBUS CARDIACOS.
- TROMBUS INTRACARDIACO.

#### 2.4. PARADA CARDIORRESPIRATORIA, ARRITMIAS Y TRAUMATISMOS CARDIACOS.

- ADINAMIA CARDIACA.
- AGOTAMIENTO SENIL CARDIACO.
- ASISTOLIA.
- ASISTOLIA AGUDA.
- ASISTOLIA CARDIACA.
- ASISTOLIA DE ORIGEN HEPÁTICO.
- ASISTOLIA INTERCURRENTE EN GRIPPE.
- ASISTOLIA PARALÍTICA.
- ASISTOLIA POR LESIÓN CARDIACA.
- ASISTOLIA POR LESIÓN VALVULAR DEL CORAZÓN.
- ASISTOLIA POR RENDIMIENTO CARDIACO.
- ASISTOLIA REPENTINA.
- ATAQUE DE ASISTOLIA.
- ATAQUE DE ASISTOLIA CON PARESIA CARDIACA.
- ASTENIA CARDIACA.
- BRADICARDIA.
- CAQUEXIA CARDIACA.
- CARDIO ATAXIA.
- CARDIO ECTASIA.
- CIANOSIS CARDIACA.
- COLAPSO.
- COLAPSO CARDIACO.

- COLAPSO CARDIACO DE ORIGEN HISTÉRICO.
- COLAPSO CARDIACO DURANTE EL PARTO, EL FETO ESTABA MUERTO Y NO LLEGO A NACER.
- COLAPSO CONSECUTIVO A...
- COLAPSO CONSECUTIVO A INTENSA PNEUMONÍA FIBRINOSA.
- COLAPSO POSTOPERATORIO.
- ECTASIA CARDIACA.
- ESPASMO CARDIACO.
- HISTERISMO CARDIACO.
- IMPOTENCIA CARDIACA CONSECUTIVA A ...
- NEURITIS DEL PLEXO CARDIACO.
- NEUROSIS CARDIACA.
- PARÁLISIS CARDIACA.
- PARÁLISIS DEL CORAZÓN.
- PARÁLISIS DEL CORAZÓN POR INFECCIÓN DE LA SANGRE.
- PARALISMO DEL CORAZÓN.
- PARESIA CARDIACA.
- ROTURA DEL CORAZÓN.
- ROTURA DEL CORAZÓN EN SU PARTE SUPERIOR AURÍCULA IZQUIERDA.
- SHOCK.
- SHOCK POSTOPERATORIO.
- SÍNCOPE CARDIACO.
- SÍNCOPE CARDIACO POR HEMORRAGIA.
- TAQUICARDIA.
- TAQUICARDIA EN COMPLICACIÓN DE BRONCOPNEUMONÍA.

## 2.5. INSUFICIENCIA CARDIACA.

- ANASARCA CARDIACA.
- ASMA BRONCOCARDIACO SENIL.
- ASMA CARDIACO.
- EDEMA AGUDO DE PULMÓN.
- EDEMA AGUDO PULMONAR.
- EDEMA DEL PULMÓN.
- EDEMA PULMONAR.
- EDEMA PULMONAR AGUDO.

- EDEMA SUBAGUDO DE PULMÓN.
- HIDROPESÍA CARDIACA.
- HIPOSTASIA PULMONAR POR ASTENIA CARDIACA.
- INSUFICIENCIA CARDIACA.
- INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.
- INSUFICIENCIA CARDIACA SENIL.
- INSUFICIENCIA CARDIACA Y ANASARCA CONSECUTIVA.
- INSUFICIENCIA CRÓNICA DEL CORAZÓN.

## 2.6. LESIONES VALVULARES.

- ANASARCA POR INSUFICIENCIA VALVULAR CARDIACA.
- DEGENERACIÓN DE LAS VÁLVULAS DEL CORAZÓN.
- DILATACIÓN AÓRTICA.
- ESTENOSIS AÓRTICA.
- ESTENOSIS CON INOCCLUSIÓN DE LOS ORIFICIOS DEL CORAZÓN.
- ESTENOSIS CON INSUFICIENCIA VALVULAR.
- ESTENOSIS ÓRICA AÓRTICA CON INSUFICIENCIA MITRAL.
- ESTENOSIS MITRAL.
- ESTRECHEZ DE LOS ORIFICIOS CARDIACOS.
- ESTRECHEZ MITRAL.
- ESTRECHEZ ÓRICA AÓRTICA.
- INSUFICIENCIA AÓRTICA.
- INSUFICIENCIA AÓRTICA CON DEGENERACIÓN CARDIOVASCULAR.
- INSUFICIENCIA MITRAL.
- INSUFICIENCIA MITRAL CON DEGENERACIÓN MIOCÁRDICA.
- INSUFICIENCIA MITRAL CONGÉNITA.
- INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA.
- INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA CON ANASARCA GENERALIZADA.
- INSUFICIENCIA VALVULAR.
- INSUFICIENCIA VALVULAR AÓRTICA.

- INSUFICIENCIA VALVULAR CARDIACA.
- INSUFICIENCIA VALVULAR DEL CORAZÓN.
- INSUFICIENCIA VALVULAR MITRAL.
- LESIÓN VALVULAR CONGÉNITA (*SEGÚN EDAD*).
- LESIÓN VALVULAR DEL CORAZÓN.

## 2.7. LESIONES CARDIACAS Y DE VASOS SANGUÍNEOS.

- ADENOSIS CARDIACA.
- ADIPOSIS.
- ADIPOSIS CARDIACA.
- AFECCIÓN AGUDA DEL CORAZÓN.
- AFECCIÓN CARDIACA.
- AFECCIÓN CARDIOAÓRTICA.
- AFECCIÓN CARDIOPULMONAR.
- AFECCIÓN ORGÁNICA DEL CORAZÓN.
- ANEURISMA.
- ANEURISMA AÓRTICO.
- ANEURISMA CARDIACO.
- ANEURISMA CAROTÍDEO.
- ANEURISMA DE COUVISART.
- ANEURISMA DE LA AORTA.
- ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL.
- ANEURISMA DE LA AORTA TORÁCICA.
- ANEURISMA DE LA CARÓTIDA PRIMITIVA.
- ANEURISMA DEL CAYADO AÓRTICO.
- ANEURISMA DEL CORAZÓN.
- ANEURISMA PASIVO DEL CORAZÓN.
- ARTERITIS OBLITERANTE.
- ATEROMA DE LA AORTA.
- CARDIOESCLEROSIS.
- CARDIOMEGALIA.
- CARDIOMIOPATÍA CRÓNICA.
- CARDIOPATÍA.
- CARDIOPATÍA CRÓNICA.
- COMPLICACIÓN CARDIACA.
- CORAZÓN GRASIENTO.
- DEGENERACIÓN CARDIACA.
- DEGENERACIÓN DEL CORAZÓN.
- DEGENERACIÓN DEL MIOCARDIO.

- DEGENERACIÓN GRASA DEL CORAZÓN.
- DEGENERACIÓN GRASOSA DEL CORAZÓN.
- DEGENERACIÓN GRASOSA DEL MIOCARDIO.
- DILATACIÓN ANEURISMÁTICA DE AORTA.
- DILATACIÓN ANEURISMÁTICA DEL CORAZÓN.
- DILATACIÓN CARDIACA.
- DILATACIÓN DEL CORAZÓN.
- DISNEA A CONSECUENCIA DE LESIÓN CARDIACA.
- ELEFANTIASIS.
- EMBOLIA DE LA VENA PORTA.
- EMBOLIA FORMA ABDOMINAL CARDIACA.
- ENDARTERITIS DEFORMANTE.
- ESCLEROSIS CARDIACA.
- ESCLEROSIS CARDIOVULVAR.
- ESCLEROSIS DEL MIOCARDIO.
- ESTEATOSIS CARDIACA.
- ESTEATOSIS CARDIACA CON ESTREPTOCOCIA.
- ESTENOCARDIA.
- ESTENOCARDIES.
- ESTENOSIS CARDIACA.
- FLEBITIS.
- FLEBITIS CRANEAL.
- FLEGMASIA ALBA DOLENS.
- HEMORRAGIA CARDIACA.
- HIPERPLASIA CARDIACA.
- HIPERTROFIA CARDIACA.
- HIPERTROFIA DEL CORAZÓN.
- HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA.
- INSUFICIENCIA VENOSA.
- LESIÓN CARDIACA.
- LESIÓN CARDIACA CONGÉNITA.
- LESIÓN CARDIACA EN EL PERIODO ASISTÓLICO.
- LESIÓN CARDIOPULMONAR CRÓNICA.
- LESIÓN DEL CORAZÓN.
- LESIÓN HIDRATOCARDIACA CON DEGENERACIÓN GRANULOGRASOSA.
- LESIÓN ORGÁNICA DEL CORAZÓN.
- MIOCARDITIS DE ORIGEN ALCOHÓLICO.

- ROTURA ESPONTÁNEA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DEL CORAZÓN (según edad).

### 3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS, PERINATALES Y NUTRICIONALES INFANTILES.

#### 3.1. ENFERMEDADES NUTRICIONALES INFANTILES.

- ANOMALÍA EN EL CRECIMIENTO.
- ANOMALÍA EN EL DESARROLLO.
- ATHREPSIA POR NACIMIENTO PREMATURO.
- ATREPSIA.
- ATREPSIA AGUDA.
- ATREPSIA AGUDA DE PARROT.
- ATREPSIA CONGÉNITA.
- ATREPSIA CRÓNICA.
- ATREPSIA DE PARROT.
- ATREPSIA GENERAL AGUDA.
- ATREPSIA INFANTIL.
- ATREPSIA INFANTIL AGUDA.
- ATREPSIA INFANTIL CONGÉNITA.
- ATROFIA AGUDA.
- ATROFIA GENERAL.
- ATROFIA INFANTIL.
- CAQUEXÍA CONGÉNITA.
- CÓLICO DE LECHE.
- DEBILIDAD CONGÉNITA.
- DEBILIDAD CONGÉNITA POR NACIMIENTO ANTICUADO.
- DEBILIDAD CONGÉNITA POR NACIMIENTO PREMATURO.
- DEBILIDAD CONSTITUCIONAL.
- DEBILIDAD GENERAL.
- DEFECTO DE DESARROLLO.
- DEFICIENCIA DE DESARROLLO CONGÉNITA.
- DESARROLLO ANORMAL.
- DESARROLLO INSUFICIENTE.
- DESARROLLO INTRAUTERINO INCOMPLETO.
- DISCRASIA CONSTITUCIONAL.
- DISPEPSIA INFANTIL.



- ENFERMEDAD DE PARROT.
- ENTEROCOLITIS ATRÉPSICA.
- ESCLEREMA.
- FALTA DE DESARROLLO.
- FALTA DE DESARROLLO EN EL CLAUSTRO MATERNO.
- FALTA DE DESARROLLO FÍSICO.
- FALTA DE DESARROLLO FÍSICO POR NO SER DE TODO TIEMPO.
- FALTA DE DESARROLLO INTRAUTERINO.
- FALTA DE DESARROLLO ORGÁNICO.
- FALTA DE DESARROLLO ORGÁNICO PARA LA VIDA.
- FALTA DE DEARROLLO PARA LA VIDA EXTRAUTERINA.
- FALTA DE DESARROLLO POR NACIMIENTO PREMATURO.
- FALTA DE DESARROLLO POR NO SER DE TÉRMINO.
- FALTA DE DESARROLLO POR NO TENER MÁS DE SEIS MESES DE VIDA INTRAUTERINA.
- FALTA DE DESARROLLO POR SER DE SIETE MESES.
- FALTA DE VITALIDAD ORGÁNICA.
- FIEBRE ATRÉPSICA.
- INANICIÓN POR DEBILIDAD CONGÉNITA.
- INSUFICIENCIA CONGÉNITA DEL DESARROLLO.
- INSUFICIENCIA DE DESARROLLO.
- INSUFICIENCIA DE DESARROLLO POR PARTO PREMATURO.
- INTOLERANCIA GÁSTRICA.
- MELENA DE RECIEN NACIDO.
- MISERIA FISIOLÓGICA.
- NACIMIENTO PREMATURO.
- OSTEOMALACIA.
- PARROT.
- PARTO PREMATURO.
- PAUPERISMO CONGÉNITO.
- PAUPERISMO FISIOLÓGICO.
- RAQUITISMO.

- RAQUITISMO CONGÉNITO.
- RAQUITISMO EXCESIVO.
- RAQUITISMO INFANTIL.
- RAQUITISMO ÓSEO.
- SUSPENSIÓN DEL DESARROLLO.
- VICIO DE CONFORMACIÓN.

### 3.2. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y PERINATALES.

- ABERTURA DEL AGUJERO DE BOTHAL.
- ACCESOS DE ECLAMPSIA.
- ACCIDENTES DE LA DENTICIÓN DIFÍCIL.
- AFECCIÓN CARDIACA CONGÉNITA.
- ASFIXIA AZUL.
- AUSENCIA DE INTESTINO RECTO.
- CARDIOPATÍA CONGÉNITA.
- CIANOSIS CONGÉNITA.
- CIANOSIS POR ESTENOSIS DE LA VENA PULMONAR.
- DEFICIENCIA EN EL DESARROLLO DEL CORAZÓN.
- ECLAMPSIA.
- ECLAMPSIA CON HIPERTERMIA SUBSIGUIENTE.
- ECLAMPSIA CONGÉNITA.
- ECLAMPSIA CONGESTIVA.
- ECLAMPSIA CONSECUTIVA A FIEBRE HIPERTÉRMICA.
- ECLAMPSIA FATIGOSA.
- ECLAMPSIA GASTROINTESTINAL.
- ECLAMPSIA INFANTIL.
- ECLAMPSIA INFANTINA.
- ECLAMPSIA MITOMÁTICA DE AUTOINFECCIÓN INTESTINAL.
- ECLAMPSIA MORBILLOSA.
- ECLAMPSIA POR DENTICIÓN.
- ECLAMPSIA POR INDIGESTIÓN.
- ECLAMPSIA POR RAQUITISMO.
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE AUTOINFECCIÓN INTESTINAL.

- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE EMBARAZO GÁSTRICO. (CON 3 AÑOS DE EDAD).
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE UNA INFECCIÓN INTESTINAL.
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE UN EMBARAZO ( CON DOS AÑOS).
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE EMPACHO OSTEOVERTEBRAL.
- ECLAMPSIA SINTOMÁTICA DE MENINGITIS.
- ESCLEROMA (VER EDAD).
- ESPINA BÍFIDA.
- ESPINA TÍFIDA.
- ESTENOSIS DEL INTESTINO DELGADO.
- ESTRECHEZ CONGÉNITA DE LA ARTERIA PULMONAR.
- ESTRECHEZ CONGÉNITA DEL INTESTINO.
- FALTA DE OCLUSIÓN DEL AGUJERO DE BOTHAL.
- FIEBRE DE LA DENTICIÓN.
- HERNIA UMBILICAL CONGÉNITA.
- HIDROCEFALIA.
- HIDROCEFALIA CRÓNICA.
- HIDROCÉFALO.
- HIDROCÉFALO AGUDO.
- HIDROCÉFALO CONGÉNITO.
- HIDROCÉFALO INTERMENÍNGEO.
- ICTERICIA.
- ICTERICIA CONGÉNITA.
- ICTERICIA DE LOS RECIEN NACIDOS.
- ICTERICIA DE WINKEL.
- ICTERICIA GRAVE.
- ICTERICIA GRAVE DEL RECIEN NACIDO.
- ICTERICIA INFANTIL.
- ICTERUS NEONATORUM.
- IMPERFECCIÓN DEL RECTO.
- INCOMPLETA OBTURACIÓN DEL AGUJERO DE BOTHAL.
- INSUFICIENCIA CARDIOPULMONAR CONGÉNITA.
- INSUFICIENCIA CONGÉNITA DEL AGUJERO DE BOTAL.
- INSUFICIENCIA DEL AGUJERO DE BOTHAL.

- INSUFICIENTE OBTURACIÓN ABERTURA DE BOTAL.
- INTOXICACIÓN BILIOSA DE LOS RECIEN NACIDOS.
- LESIÓN CARDIACA CONGÉNITA.
- MENINGOENCEFALOCELE CONGÉNITO.
- MENINGOENCEFALOCELE POSTERIOR.
- NACIMIENTO PREMATURO.
- NACIMIENTO PREMATURO Y CONDICIONES DE INVIABILIDAD.
- NACIÓ ANTES DE LOS NUEVE MESES.
- NO OCLUSIÓN DEL AGUJERO DE BOTAL.
- OBLITERACIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR.
- ONFALORRAGIA IDIOPÁTICA.
- OSTEOGÉNESIS INCOMPLETA.
- PERFORACIÓN DEL AGUJERO DE BOTAL.
- PERMANENCIA DEL AGUJERO DE BOTAL.
- PERSISTENCIA DEL AGUJERO DE BOTAL.
- SECUENCIA DE ECLAMPSIA.
- VICIO CONGÉNITO DE CONFORMACIÓN.
- VICIO CONGÉNITO DE CONFORMACIÓN DEL AGUJERO DE BOTAL.
- VICIO DE CONFORMACIÓN.

#### 4. ENFERMEDADES METABÓLICO – ENDOCRINAS Y ALTERACIONES SANGUÍNEAS.

##### 4.1. ALTERACIONES SANGUÍNEAS.

- ADENIA.
- ADENOLEUCEMIA.
- AGLOBULIA.
- ANEMIA.
- ANEMIA AGUDA.
- ANEMIA AGUDA A CONSECUENCIA DEL PARTO DISTÓCICO POR TUMOR PLACENTARIO.
- ANEMIA CARDIACA.
- ANEMIA CEREBRAL.
- ANEMIA CEREBRAL AGUDA.
- ANEMIA CONGÉNITA.

- ANEMIA CONSECUTIVA A UNA NEFROESCLEROSIS.
- ANEMIA CRÓNICA.
- ANEMIA DE LOS PAISES CÁLIDOS.
- ANEMIA GENERAL.
- ANEMIA GENERAL A CONSECUENCIA DE CAQUEXIA PALÚDICA.
- ANEMIA GENERAL POR METRORRAGIAS REPETIDAS.
- ANEMIA PERNICIOSA.
- ANEMIA PERNICIOSA PROGRESIVA.
- ANEMIA POR HEMOFILIA.
- ANEMIA PROFUNDA.
- ANEMIA PROGRESIVA.
- ANEMIA SATURNINA.
- ANEMIA SENIL.
- CLOROANEMIA.
- CLOROANEMIA AGUDA.
- CLOROANEMIA CONGÉNITA.
- CLOROANEMIA ESCROFULOSA.
- CLOROANEMIA SENIL.
- CLOROBRIGHTMISMO.
- CLOROSIS.
- ENFERMEDAD DE WERLHORF.
- HEMOFILIA.
- HEMOFILIA CONGÉNITA.
- HEMOFILIA DEL RECIEN NACIDO.
- HIDREMIA.
- LEUCEMIA MIELOIDE.
- LEUCOCITEMIA.
- PSEUDOLEUCEMIA.
- PÚRPURA HEMORRÁGICA.
- PÚRPURA HEMORRÁGICA SECUNDARIA.
- PÚRPURA INFECCIOSA.

#### 4.2. ENFERMEDADES METABÓLICO-ENDOCRINAS.

- ADDISSON.
- AUTOINFECCIÓN POR DIABETES.
- BASEDOV.

- BERI-BERI.
- BOCIO ESCOFTÁLMICO.
- BOCIO EXOFTÁLMICO.
- BRONCEADA DE ADDISON.
- CAQUEXIA DIABÉTICA.
- CAQUEXIA GOTOSA.
- COMA DIABÉTICO.
- GANGRENA DIABÉTICA.
- DIABETES.
- DIABETES AGUDA.
- DIABETES AZUCARADA.
- DIABETES FOSFOTÉRICA.
- DIABETES GLUCOSÚRICA.
- DIABETES PANCREÁTICA.
- DIABETES SACARINA.
- DIABETES SACARINA CETONÉMICA.
- DIABETES SACARINA FORMA COMATOSA.
- ENFERMEDAD BRONCEADA DE ADDISSON.
- ENFERMEDAD DE ADDISSON.
- ENFERMEDAD DE BASEDOW.
- ESCORBUTO.
- GANGRENA DIABÉTICA.
- GLUCOSURIA.
- GLUCOSURIA PANCREÁTICA.
- GLUCOSURIA PERMANENTE.
- GOTA VISCERAL.
- HEMORRAGIA INTESTINAL ESCORBÚTICA.
- INSUFICIENCIA SUPRARRENAL.
- MIOCARDITIS DIABÉTICA.
- MIXEDEMA.
- PELAGRA.
- URICEMIA.

## 5. TUMORES.

### 5.1. TUMORES DEL APARATO DIGESTIVO.

- ADENOMA GÁSTRICO.
- CÁNCER DE ESÓFAGO.
- CÁNCER DE ESTÓMAGO.

- CÁNCER DE ESTÓMAGO EN ESTADO CAQUÉCTICO.
- CÁNCER DE FARINGE.
- CÁNCER GÁSTRICO.
- CÁNCER GASTROINTESTINAL.
- CÁNCER DE HÍGADO.
- CÁNCER DE HÍGADO CON COMPLICACIÓN CARDIACA.
- CANCER DE INTESTINO.
- CÁNCER DE LA AMPOLLA DE VATER.
- CÁNCER DE LA BOCA.
- CÁNCER DE LA LENGUA.
- CÁNCER DE LAS VIAS BILIARES.
- CÁNCER DE PÁNCREAS.
- CÁNCER DE PÍLORO.
- CÁNCER DEL DUODENO.
- CÁNCER DEL EPIPLÓN.
- CÁNCER DEL INTESTINO RECTO.
- CÁNCER DEL MESENTERIO.
- CÁNCER DEL RECTO.
- CÁNCER FARINGO-LARINGEO.
- CÁNCER GÁSTRICO.
- CÁNCER ULCERADO DE LA BOCA.
- CÁNCER NODULAR DEL HÍGADO.
- CARCINOMA DE ESÓFAGO.
- CARCINOMA DE ESTÓMAGO.
- CARCINOMA DE HÍGADO.
- CARCINOMA DE INTESTINO.
- CARCINOMA DE LA BOCA.
- CARCINOMA DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS.
- CARCINOMA DE LA LENGUA.
- CARCINOMA DE RECTO.
- CARCINOMA DEL CARDIAS.
- CARCINOMA DEL PÍLORO.
- CARCINOMA DUODENAL.
- CARCINOMA FARÍNGEO.
- CARCINOMA FARINGOLARÍNGEO.
- CARCINOMA GASTROHEPÁTICO.
- CARCINOMA HEPÁTICO.
- CARCINOMA INTESTINAL.

- CARCINOMA PERITONEAL.
- CARCINOMA RECTAL.
- CARCINOMATOSIS GASTROHEPÁTICA.
- EPITELIOMA DE LA BOCA.
- EPITELIOMA DE LA LENGUA.
- EPITELIOMA DE LA LENGUA Y GARGANTA.
- EPITELIOMA DEL LABIO.
- EPITELIOMA DEL LABIO INFERIOR.
- EPITELIOMA DEL PÍLORO.
- EPITELIOMA DEL RECTO.
- EPITELIOMA FARÍNGEO.
- ESCIRRO DEL ESTÓMAGO.
- ESCIRRO DEL INTESTINO.
- ESCIRRO DEL RECTO.
- ESTENOSIS NEOPLÁSICA DEL ESÓFAGO.
- GASTROENTERITIS CANCEROSA.
- NEOPLASIA DEL CARDIAS.
- NEOPLASIA DEL DUODENO.
- NEOPLASIA DEL ESTÓMAGO.
- NEOPLASIA DEL PÍLORO.
- NEOPLASIA ESOFÁGICA.
- NEOPLASIA GÁSTRICA.
- NEOPLASIA HEPÁTICA.
- NEOPLASIA INTESTINAL.
- NEOPLASIA LINGUAL.
- NEOPLASIA RECTAL.
- SARCOMA DEL HÍGADO.
- CARCOMA DEL ILEUM CON METÁSTASIS GENERAL.
- SARCOMA DE LA VAGINAL IZQUIERDA Y DEL EPIPLÓN HERNIADO.
- TUMOR CANCEROSO EN EL HÍGADO.
- TUMOR DEL HÍGADO.
- TUMOR DEL PERITONEO.
- TUMOR EN EL ESTÓMAGO.
- TUMOR GASTROINTESTINAL.
- TUMOR HEPÁTICO.
- TUMOR INTESTINAL.
- TUMOR INTESTINAL PERIMESENTÉRICO.
- TUMOR MALIGNO DEL ESTÓMAGO.



- TUMOR MALIGNO DEL RECTO.
- TUMOR MALIGNO EN EL HÍGADO.
- TUMOR MESENTÉRICO.
- ÚLCERA CANCEROSA DEL DUODENO.
- ÚLCERA EPITELIOMATOSA DE LA BOCA.
- ÚLCERA MALIGNA DE ESTÓMAGO.

## 5.2. TUMORES DE LA MAMA.

- CÁNCER DE AMBAS MAMAS.
- CÁNCER DE LA MAMA.
- CÁNCER DE LA MAMA REPRODUCIDO.
- CÁNCER DE UNA MAMA.
- CÁNCER DEL PECHO.
- CÁNCER ENCEFALOIDEO DE LA MAMA Y TÓRAX.
- CÁNCER MAMARIO REPRODUCIDO CON ADENOPATÍA CANCEROSA MEDIASTÍNICA.
- CÁNCER ULCERADO MAMA IZQUIERDA.
- CAQUEXIA POR SARCOMA DE LA MAMA.
- CARCINOMA DE LA MAMA.
- CARCINOMA DE LA MAMA DERECHA.
- CARCINOMA DE LA MAMA IZQUIERDA.
- CARCINOMA DE LA MAMA Y PARED COSTAL SUBYACENTE.
- CARCINOMA DE LA MAMA ULCERADO CON MANIFESTACIONES VISCERALES.
- CARCINOMA ULCERADO DE LA MAMA DERECHA.
- CARCINOMA ULCERADO DE LA MAMA IZQUIERDA.
- EPITELIOMA DE LA MAMA.
- ESCIRRO DE LA MAMA.
- ESCIRRO DE LA MAMA IZQUIERDA.
- ESCIRRO DEL PECHO IZQUIERDO.
- MIOSARCOMA DE LA MAMA.
- SARCOMA DE LA MAMA.
- TUMOR ESCIRRO DE LA MAMA DERECHA.

## 5.3. TUMORES DEL APARATO GENITAL.

- CÁNCER DE LA MATRIZ.

- CÁNCER DE LA VAGINA.
- CÁNCER DE OVARIO.
- CÁNCER DE ÚTERO.
- CÁNCER DE ÚTERO Y VULVA.
- CÁNCER DIFUSO DEL CUERPO UTERINO.
- CÁNCER SENIL UTERINO.
- CÁNCER ULCERADO DE LA VULVA.
- CÁNCER UTERINO.
- CÁNCER UTERINO INFILTRADO.
- CÁNCER ÚTERO VAGINAL.
- CANCEROSA POR EPITELIOMA DE ÚTERO.
- CARCINOMA DE LA MATRIZ.
- CARCINOMA DE LA VULVA.
- CARCINOMA DE ÚTERO.
- CARCINOMA DE VAGINA.
- CARCINOMA UTERINO.
- CARCINOMA VULVAR.
- EPITELIOMA DE LA MATRIZ.
- EPITELIOMA DE LA VAGINA.
- EPITELIOMA DE LA VULVA.
- EPITELIOMA ULCERADO DE LA MATRIZ.
- EPITELIOMA UTERINO.
- EPITELIOMA UTERINO INFILTRADO.
- ESCIRRO DEL ÚTERO.
- FIBROMA UTERINO.
- FIBROMIOMA UTERINO.
- FIBROSARCOMA UTERINO.
- NEOPLASIA DE LA VAGINA.
- NEOPLASIA MALIGNA DE LA VULVA.
- NEOPLASIA UTEROVAGINAL.
- QUISTE DEL OVARIO.
- QUISTES DEL OVARIO DERECHO.
- SARCOMA DEL OVARIO.
- SARCOMA ULCERADO DEL ÚTERO.
- SARCOMA UTERINO.
- TUMOR EN EL OVARIO DERECHO.
- TUMOR OVÁRICO FIBROSO.

#### 5.4. TUMORES DEL APARATO URINARIO Y GENITAL MASCULINO.

- CÁNCER DE LA PRÓSTATA.
- CÁNCER DE LA VEJIGA.
- CÁNCER DE LA VEJIGA DE LA ORINA.
- CÁNCER DEL PENE.
- CÁNCER DEL RIÑÓN.
- CÁNCER DEL RIÑÓN DERECHO.
- CÁNCER DEL TESTÍCULO.
- CÁNCER RENAL.
- CARCINOMA DE LA VEJIGA.
- CARCINOMA DEL PENE.
- CARCINOMA VESICAL.
- EPITELIOMA DE LA VEJIGA.
- EPITELIOMA DEL PENE.
- MIOSARCOMA DE VEJIGA URINARIA.
- NEOPLASIA DE LA VEJIGA URINARIA.
- NEOPLASIA URETRAL.
- NEOPLASIA VESICAL.
- SARCOMA DEL RIÑÓN DERECHO.
- TUMOR DE LA PRÓSTATA.

#### 5.5. TUMORES DEL APARATO RESPIRATORIO EXCEPTO PULMÓN.

- ADENOSARCOMA LARÍNGEO.
- CÁNCER DE PULMÓN.
- CÁNCER DE LA LARINGE.
- CÁNCER EPITÉLICO DE LA FARINGE Y LARINGE.
- CÁNCER LARÍNGEO.
- CAQUEXIA CANCEROSA POR ESTAR PADECIENDO CÁNCER LARÍNGEO.
- CARCINOMA FARINGOLARINGEO.
- CARCINOMA LARÍNGEO.
- CARCINOMA PULMONAR.
- EPITELIOMA DE LA GLOTIS.
- EPITELIOMA LARÍNGEO.
- NEOPLASIA LARÍNGEA.
- NEUMONÍA CANCEROSA.
- SARCOMA LARÍNGEO.

- TUMOR CANCEROSO DE LA LARINGE.
- TUMOR LARÍNGEO.

#### 5.6. TUMORES DE PULMÓN.

- CÁNCER DE PULMÓN.

#### 5.7. TUMORES DE LA PIEL Y MUCOSAS.

- CÁNCER DE CARRILLO IZQUIERDO.
- CÁNCER DE LA CARA.
- CÁNCER DE LA CARA Y PRONTA RIGIDEZ CADAVÉRICA.
- CÁNCER DE LA ÓRBITA.
- CÁNCER ULCEROSO DE LA CARA.
- CAQUEXIA CONSECUTIVA A UN SARCOMA DE LA CARA.
- CARCINOMA ULCERADO DEL CARRILLO.
- EPITELIOMA CERVICAL.
- EPITELIOMA DE LA CARA.
- EPITELIOMA DE LA FRENTE.
- EPITELIOMA DE LA MEJILLA DERECHA.
- EPITELIOMA DE LA NARIZ.
- EPITELIOMA DE LA ÓRBITA.
- EPITELIOMA DEL LABIO.
- EPITELIOMA FACIAL.
- EPITELIOMA ULCERADO DE LA CARA.
- MELANOMA.
- QUISTE DERMOIDE DEL VIENTRE.
- SARCOMA DE LA CARA.
- SARCOMA DE LA ÓRBITA.
- SARCOMA DE LAS FOSAS NASALES.

#### 5.8. TUMORES CEREBRALES Y DEL SISTEMA NERVIOSO.

- CÁNCER DE LA MÉDULA.
- CÁNCER ENCEFALOIDEO DE LA REGIÓN MAXILAR DERECHA.
- CARCINOMA MEDULAR.

- MIELITIS CANCEROSA.
- TUMOR CEREBRAL.
- TUMOR INTRAPROTUBERENCIAL.

#### 5.9. TUMORES ÓSEOS.

- CÁNCER DEL MAXILAR.
- CÁNCER MAXILAR INFERIOR.
- CARCINOMA DE MANDÍBULA INFERIOR.
- CARCINOMA MAXILAR SUPERIOR.
- CARCINOMA SENO MAXILAR DERECHO.
- CARIES DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO.
- HOSTEOSARCOMA.
- OSTEOSARCOMA.
- OSTEOSARCOMA DEL FRONTAL.
- OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR INFERIOR.
- OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR SUPERIOR.
- OSTEOSARCOMA DEL MUSLO IZQUIERDO.
- OSTEOSARCOMA FACIAL.
- SARCOMA DE LA PELVIS.
- SARCOMA DEL HOMBRO DERECHO.
- SARCOMA DEL FRONTAL.
- SARCOMA DEL MAXILAR.
- TUMOR BLANCO DE LA CADERA.
- OSTEOSARCOMA DEL MIEMBRO INFERIOR DERECHO.

#### 5.10. CÁNCER Y OTROS.

- ADENITIS CERVICAL.
- ADENITIS INGUINAL CANCEROSA.
- ADENOCARCINOMA DEL CUELLO.
- ADENOSARCOMA CAROTÍDEO.
- ADENOSARCOMA DE CUELLO.
- ADENOMA EN CAVIDAD ABDOMINAL.
- AFTAS CANCEROSAS BRONCO - FARINGO - BRONQUIALES.
- ASCITIS SINTOMÁTICA DE TUMORES.
- CÁNCER.
- CÁNCER ABDOMINAL.

- CÁNCER DE GARGANTA.
- CÁNCER DE LA MANO DERECHA.
- CÁNCER DE LA PARÓTIDA.
- CÁNCER DE LA PIERNA.
- CÁNCER DE OREJA.
- CÁNCER DEL CUELLO.
- CÁNCER DEL OIDO.
- CÁNCER DEL OIDO IZQUIERDO.
- CÁNCER DEL PÓMULO.
- CÁNCER DEL TABIQUE NASAL.
- CÁNCER GANGLIONAR.
- CÁNCER RECIDIVADO DEL CUELLO.
- CÁNCER ULCERADO DEL CUELLO.
- CAQUEXIA CANCEROSA.
- CAQUEXIA CARCINOMATOSA.
- CAQUEXIA CONSECUTIVA A UN TUMOR OVÁRICO.
- CAQUEXIA NEOPLÁSICA.
- CAQUEXIA SARCOMATOSA.
- CARCINOMA.
- CARCINOMA AXILAR.
- CARCINOMA DE LA AXILA.
- CARCINOMA DE LA FASILA IZQUIERDA.
- CARCINOMA DE LA OREJA.
- CARCINOMA DEL CUELLO.
- CARCINOMA DEL MUSLO.
- CARCINOMA DEL SENO MAXILAR DERECHO.
- CARCINOMA GANGLIONAR DEL CUELLO.
- CARCINOMA INTERNO.
- CARCINOMA ULCERADO EN LA REGIÓN ESTERNOMAMARIA IZQUIERDA.
- CARCINOMATOSIS.
- CARCINOSIS.
- DIÁTESIS CANCEROSA.
- EPITELIOMA.
- EPITELIOMA DE LA CARA.
- EPITELIOMA MALIGNO.
- EPITELIOMAS MÚLTIPLES.
- FIBROMAS MÚLTIPLES DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.

- FIBROMIOMA.
- FIBROMIOMA DEL CUELLO.
- GLIOSARCOMA.
- ICTERICIA CANCEROSA.
- INTOXICACIÓN CANCEROSA.
- LINFOADENOMA.
- LINFOAUDINOMA.
- LINFADENIA GANGLIONAR GENERALIZADA.
- LINFOSARCOMA DEL CUELLO.
- MIELITIS CANCEROSA.
- NEOPLASIA ABDOMINAL.
- NEOPLASIA GANGLIONAR,
- NEOPLASIA MALIGNA.
- NEOPLASIA MALIGNA ABDOMINAL.
- NEOPLASIA MALIGNA DE LA AXILA.
- NEOPLASIA MALIGNA DE LA REGIÓN SUPRACLAVICULAR IZQUIERDA.
- NEOPLASIA TORÁCICA.
- NEUMONÍA CANCEROSA.
- OSTEOSARCOMA DEL MAXILAR INFERIOR.
- PERICARDITIS CANCEROSA.
- POLIADENITIS NEOPLÁSICA.
- QUISTE DEL MESENTERIO.
- SARCOMA.
- SARCOMA ABDOMINAL.
- SARCOMA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.
- SARCOMA DE LA FRENTE.
- SARCOMA DE LA MANO IZQUIERDA.
- SARCOMA DE LA NALGA.
- SARCOMA DE LA REGIÓN DORSAL.
- SARCOMA DE LA REGIÓN PAROTÍDEA.
- SARCOMA DE LA REGIÓN PECTORAL DERECHA.
- SARCOMA DEL CUELLO.
- SARCOMA DEL DELTOIDES DERECHO.
- SARCOMA DEL PECTORAL.
- SARCOMA DEL TÓRAX.
- SARCOMA DEL VIENTRE.
- SARCOMA EN EL TERCIO SUPERIOR DEL MUSLO IZQUIERDO.
- SARCOMA EN LA REGIÓN ILIACA IZQUIERDA.

- SARCOMA PAROTÍDEO.
- TUMOR ABDOMINAL.
- TUMOR DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.
- TUMOR DEL HIPOGASTRIO.
- TUMOR DEL MEDIASTINO.
- TUMOR INTRAABDOMINAL.
- TUMOR MALIGNO.
- TUMOR MALIGNO ABDOMINAL.
- TUMOR MALIGNO ESPLÍNICO.
- TUMORES FIBROSOS EN LA REGIÓN PUBIANA.
- ÚLCERA CARCINOMATOSA DEL ESTOMA.

## 6. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.

### 6.1. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

- ATAXIA CEREBELOS.
- ATAXIA LOCOMOTRIZ.
- ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.
- ATAXIA MOTORA.
- ATROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.
- CAQUEXIA PARALÍTICA.
- DEMENCIA PARALÍTICA.
- DEMENCIA SENIL.
- ENCEFALOMIELITIS AGUDA.
- ENCEFALOMIELITIS CRÓNICA.
- ENFERMEDAD DE MORRAN (MORANO).
- ENFERMEDAD DE PARKINSON.
- ESCLEROSIS BULBAR.
- ESCLEROSIS CEREBRAL.
- ESCLEROSIS CEREBRAL SENIL.
- ESCLEROSIS CEREBROESPINAL.
- ESCLEROSIS CEREBROMEDULAR.
- ESCLEROSIS CON PLACAS.
- ESCLEROSIS DEL ENCÉFALO.
- ESCLEROSIS EN PLACAS.
- ESCLEROSIS ESPINAL.
- ESCLEROSIS GENERALIZADA.
- ESCLEROSIS HIPERTRÓFICA.



- ESCLEROSIS LATERAL.
- ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA.
- ESCLEROSIS MEDULAR.
- ESCLEROSIS SENIL.
- MIELITIS.
- MIELITIS AGUDA.
- MIELITIS AGUDA DIFUSA.
- MIELITIS ASCENDENTE.
- MIELITIS BULBAR AGUDA.
- MIELITIS CÉRVICO - DORSAL.
- MIELITIS CRÓNICA.
- MIELITIS CRÓNICA DIFUSA.
- MIELITIS DIFUSA.
- MIELITIS DORSOLUMBAR.
- MIELITIS DORSOLUMBAR CRÓNICA.
- MIELITIS FERROSA.
- MIELITIS ICONOSA.
- MIELITIS LIBI DERECHA.
- MIELITIS LUMBAR.
- MIELITIS LUMBAR CRÓNICA.
- MIELITIS LUMBAR DIFUSA.
- MIELITIS LUMBAR Y REBLANDECIMIENTO CONSECUTIVO.
- MIELITIS TRANSVERSA.
- MIELITIS VIOROSA.
- PARÁLISIS.
- PARÁLISIS AGITANTE.
- PARÁLISIS ASCENDENTE AGUDA DE LANDRY.
- PARÁLISIS BULBAR
- PARÁLISIS CEREBRAL.
- PARÁLISIS CEREBRAL PROGRESIVA.
- PARÁLISIS DE LOS ENAJENADOS.
- PARÁLISIS ESPINAL.
- PARÁLISIS GENERAL.
- PARÁLISIS GENERAL COMPLICADO CON...
- PARÁLISIS GENERAL CON ATROFIA.
- PARÁLISIS GENERAL DE LOS ALIENADOS.
- PARÁLISIS GENERAL DE LOS ENAJENADOS.
- PARÁLISIS GENERAL ESPÁSTICA.
- PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA.

- PARÁLISIS GLOsofaríngea.
- PARÁLISIS LABIO-GLOSO-FARíngea.
- PARÁLISIS PROGRESIVA.
- PARAPLEGIA.
- PARAPLEGIA ESPINAL.
- TABES DORSAL.
- TABES DORSALIS.

## 6.2. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

- ACCESO DE ECLAMPSIA.
- AFASIA
- ATAQUE EPILÉPTICO.
- CAQUEXIA NERVIOSA.
- CAQUEXIA PROGRESIVA A UNA NEUROSIS HISTÉRICA.
- CAQUEXIA VESÁNICA.
- CONGESTIÓN ASFÍTICA DE LOS CENTROS BULBARES.
- CONGESTIÓN BULBAR.
- COREA.
- DELIRIO EPILÉPTICO.
- DEMENCIA AGITADA.
- DERRAME Y COMPRESIÓN DEL HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO.
- EDEMA CEREBRAL.
- EDEMA CEREBRAL AGUDO.
- ENAJENACIÓN MENTAL FORMA PARALÍTICA.
- EPILEPSIA.
- EPILEPSIA CONGESTIVA.
- EPILEPSIA GAUZONIANA.
- EPILEPSIA JACKSONIANA.
- ESTADO DE MAL EPILÉPTICO.
- ESTUPOR MELANCÓLICO.
- EXCITACIÓN MANIACA.
- EXCITACIÓN MENTAL.
- GRAN HISTERIA.
- HISTEROEPILEPSIA.

- HISTEROEPILEPSIA CON ATAQUE DE HEMORRAGIA CEREBRAL.
- HISTERISMO.
- HISTERISMO AGUDO.
- HISTERISMO CON COMPLICACIÓN CEREBRAL.
- LOCURA EPILÉPTICA.
- LOCURA HISTÉRICA.
- NEURASTENIA.
- NEURITIS AGUDA.
- NEUROSIS CEREBROESPINAL ( O NECROSIS).
- PARÁLISIS GLOSO-LABIO-FARÍNGEA.
- PARAPLEGIA.
- POLINEURITIS.
- POLINEURITIS DEGENERATIVA SENIL.
- SIRINGOMIELIA.

## 7. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO - URINARIO.

### 7.1. NEFRITIS Y OTRAS DENOMINACIONES.

- ALBUMINURIA.
- ALBUMINURIA AGUDÍSIMA.
- ALBUMINURIA CON ACCIDENTE URÉMICO.
- ALBUMINURIA CONSECUTIVA AL MAL DE BRIGHT.
- ALBUMINURIA NEFRITIS.
- ALBUMINURIA POR LESIÓN RENAL.
- COLAPSO CARDIACO CONSECUTIVO A UNA ALBUMINURIA.
- ENFERMEDAD DE BRIGHT.
- MAL DE BRIGHT.
- NEFRITIS.
- NEFRITIS AGUDA.
- NEFRITIS AGUDA POR QUEMADURA. UREMIA.
- NEFRITIS ALBUMINÚRICA.
- NEFRITIS ALBUMINÚRICA CRÓNICA.
- NEFRITIS ASCENDENTE DOBLE.
- NEFRITIS CRÓNICA.
- NEFRITIS CRÓNICA DIFUSA.
- NEFRITIS CRÓNICA ESCLEROSA.
- NEFRITIS DOBLE ESCLERÓSICA.

- NEFRITIS ESCLERÓSICA.
- NEFRITIS ESCLEROSIS.
- NEFRITIS ESTREPTOCÓCICA.
- NEFRITIS HEMORRÁGICA.
- NEFRITIS INFECTIVA.
- NEFRITIS INTERSTICIAL.
- NEFRITIS INTERSTICIAL AGUDA.
- NEFRITIS INTERSTICIAL CRÓNICA.
- NEFRITIS INTERSTICIAL DOBLE.
- NEFRITIS INTESTINAL.
- NEFRITIS PARENQUIMATOSA.
- NEFRITIS PARENQUIMATOSA CRÓNICA.
- NEFRITIS PARENQUIMATOSA DE BRIGHT.
- NEFRITIS PURULENTA.
- NEFRITIS SECUNDARIA DE ORIGEN DIGESTIVO.
- NEFRITIS SUBAGUDA.
- NEFRITIS SUPURADA.
- NEFRITIS ULCEROSA.
- NEFRITIS UNILATERAL.
- PERINEFRITIS.
- PIELONEFRITIS.

## 7.2. ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA.

- ABSCESO DE LA PRÓSTATA.
- CISTOPROSTATITIS.
- CISTOPROSTATITIS CRÓNICA.
- DEGENERACIÓN AMILOIDEA DE LA PRÓSTATA.
- HIPERTROFIA DE LA PRÓSTATA.
- INFILTRACIÓN URINARIA PROSTÁTICA.
- PROSTATITIS.
- PROSTATITIS CRÓNICA.
- PROSTATITIS CRÓNICA COMPLICADA.
- PROSTATITIS TERCER PERIODO.

## 7.3. UREMIA Y OTRAS DENOMINACIONES.

- ACCIDENTE URÉMICO.
- ATAQUE DE UREMIA.
- AUTO-RETRO-UREMIA.

- COMA URÉMICO.
- CONGESTIÓN CEREBRAL URÉMICA.
- INTOXICACIÓN URÉMICA.
- LEUCOUREMIA.
- SHOCK URÉMICO.
- UREMIA.
- UREMIA AGUDA.
- UREMIA AGUDA DE FORMA COMATOSA DISNEICA.
- UREMIA CARDIOPULMONAR.
- UREMIA CEREBRAL.
- UREMIA COMATOSA.
- UREMIA COMATOSA LENTA CONSECUTIVA A PIELONEFROSIS.
- UREMIA CONSECUTIVA.
- UREMIA CONSECUTIVA A LESIÓN CARDIONEFRÍTICA.
- UREMIA CONVULSIVA.
- UREMIA CRÓNICA.
- UREMIA CRÓNICA DE ORIGEN HEPÁTICO.
- UREMIA INTESTINAL.
- UREMIA LENTA.
- UREMIA POR NEFRITIS ESCARLATINOSA.
- UREMIA POR NEFROESCLEROSIS.
- UREMIA POSTCLOROFORMIA.
- UREMIA SENIL.
- UREMIA TERMINAL.
- UREHEMIA.

#### 7.4. OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO.

- ABSCESO PERINEFRÍTICO.
- ABSCESO SUPURADO DE LOS RIÑONES.
- ABSCESO URINOSO.
- CÁLCULO VESICAL.
- CISTITIS ULCEROSA.
- CLOROANEMIA METRORRÁGICA CRÓNICA.
- COLAPSO CONSECUTIVO A CAQUEXIA OVÁRICA.
- CÓLICO NEFRÍTICO.

- COMPLICACIÓN RENAL.
- DISMENORREA.
- EMBOLIA NEFRÍTICA.
- ENDOMETRITIS.
- ESCLEROSIS RENAL.
- ESTRECHEZ URETRAL.
- FÍSTULAS MÚLTIPLES DE LA VEJIGA DE LA ORINA.
- HEMORRAGIA INTRAUTERINA.
- HEMORRAGIA RENAL.
- HEMORRAGIA UTERINA.
- HIDRONEFROSIS.
- INFARTO ÚRICO DEL RIÑÓN.
- INFILTRACIÓN URINARIA.
- INFILTRACIÓN URINOSA.
- LESIÓN RENAL.
- LITIASIS RENAL.
- LITIASIS VESICAL.
- METRORRAGIA.
- NEFROESCLEROSIS.
- PARAMETRITIS.
- PIONEFROSIS.
- QUISTE RENAL SUPURANTE.
- RETENCIÓN URINARIA.
- URONEFROSIS POR CÁLCULO RENAL.

## 8. ENFERMEDADES DIGESTIVAS.

### 8.1. ENFERMEDADES PÉPTICAS.

- CONSUNCIÓN PROGRESIVA POR DISPEPSIA GASTROINTESTINAL CRÓNICA.
- DISPEPSIA GÁSTRICA.
- DISPEPSIA GASTROINTESTINAL.
- ENTERITIS ULCEROSA.
- ENTERITIS ULCEROSA CRÓNICA.
- GASTRALGIA.
- GASTRALGIA CRÓNICA.
- GASTRITIS.
- GASTRITIS AGUDAS.

- GASTRITIS CRÓNICA.
- GASTRITIS FLEGMONOSAS.
- GASTRITIS ULCEROSA.
- GASTROENTERITIS ULCEROSA.
- GASTROENTERITIS ULCEROSA TÓXICA.
- GASTRORRAGIA POR ÚLCERA DE DUODENO.
- HEMATEMESIS CONSECUTIVA A ÚLCERA GÁSTRICA.
- HEMORRAGIA INTERNA POR ÚLCERA GÁSTRICA.
- NEURASTENIA GÁSTRICA.
- PERFORACIÓN DE ESTÓMAGO.
- PERFORACIÓN DE LAS PAREDES DEL ESTÓMAGO.
- PERFORACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL.
- PERFORACIÓN GÁSTRICA.
- ÚLCERA AGUDA DEL ESTÓMAGO CON PERFORACIÓN DE SUS PAREDES.
- ÚLCERA CRÓNICA DEL ESTÓMAGO.
- ÚLCERA DE CRUVEILIAR.
- ÚLCERA DE DUODENO.
- ÚLCERA DE ESTÓMAGO.
- ÚLCERA DE ESTÓMAGO O PERFORADA.
- ÚLCERA ESTOMACAL PERFORADA.
- ÚLCERA GÁSTRICA.
- ÚLCERA GÁSTRICA CRÓNICA.
- ÚLCERA GASTRODUODENAL.
- ÚLCERA INTESTINAL.
- ÚLCERA PERFORANTE DE ESTÓMAGO.
- ÚLCERA PERFORADA DE ESTÓMAGO.
- ÚLCERA REDONDA DEL ESTÓMAGO.
- ULCERACIÓN DE ESTÓMAGO.
- ULCUS ROTUNDUM GASTRITIS SECUNDARIA.

## 8.2. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL HÍGADO.

- ANGIOCOLITIS.
- ANGIOCOLITIS SUPURADA.
- ASCITIS.
- ASCITIS AGUDA.
- ASCITIS SUPURADA.

- ATROFIA AGUDA AMARILLA.
- ATROFIA DEL HÍGADO.
- ATROFIA HEPÁTICA.
- CIRROSIS ALCOHÓLICA DEL HÍGADO.
- CIRROSIS ATRÓFICA.
- CIRROSIS ATRÓFICA ALCOHÓLICA.
- CIRROSIS ATRÓFICA DE LAENNEC.
- CIRROSIS ATRÓFICA DEL HÍGADO.
- CIRROSIS ATRÓFICA DEL HÍGADO (PERIODO CAQUÉCTICO).
- CIRROSIS BILIAR HIPERTRÓFICA.
- CIRROSIS DEL HÍGADO.
- CIRROSIS HEPÁTICA.
- CIRROSIS HEPÁTICA ATRÓFICA.
- CIRROSIS HEPÁTICA HIPERTRÓFICA.
- CIRROSIS HEPÁTICA URIVENOSA DE PARROT.
- CIRROSIS HIPERTRÓFICA.
- CIRROSIS HIPERTRÓFICA BILIAR.
- CIRROSIS HIPERTRÓFICA BILIAR DE HANOT.
- CIRROSIS HIPERTRÓFICA BIRCUOSA.
- CIRROSIS HIPERTRÓFICA DE HAROT.
- DERRAME ASCÍTICO.
- ESCLEROSIS HEPÁTICA.
- HIPERTROFIA DEL HÍGADO.
- HIPERTROFIA HEPÁTICA.
- INFARTO HEPÁTICO.
- INSUFICIENCIA HEPÁTICA.
- INSUFICIENCIA HEPATORRENAL.

### 8.3. LITIASIS BILIAR, OTRAS DENOMINACIONES Y AFECCIONES DE LA VESÍCULA BILIAR.

- COLECISTITIS CALCULOSA.
- COLELITIASIS.
- COLELITIASIS BILIAR.
- COLELITIASIS SUPURADA.
- CÓLICO BILIOSO.
- FIEBRE BILIOSA.
- ICTERICIA.
- ICTERICIA AGUDA.



- ICTERICIA CATARRAL.
- ICTERICIA CONSECUTIVA.
- ICTERICIA GRAVE.
- ICTERICIA MALIGNA.
- ICTERICIA POR OCLUSIÓN.
- LITIASIS BILIAR.

#### 8.4. OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES.

- ATONÍA INTESTINAL.
- ATASCAMIENTO INTESTINAL.
- CATARRO GASTROINTESTINAL CRÓNICO.
- CÓLICO INTESTINAL.
- CÓLICO MISERERE.
- ENTERORRAGIA.
- ESTENOSIS DEL PÍLORO.
- ESTENOSIS DUODENAL.
- ESTENOSIS ESPASMÓDICA DEL PÍLORO.
- ESTENOSIS INTESTINAL.
- ESTERCORHEMIA.
- ESTRANGULACIÓN HERNIANA.
- ESTRANGULACIÓN INTERNA.
- ESTRANGULACIÓN INTESTINAL.
- ESTRECHEZ CRÓNICA DEL INTESTINO.
- ESTRECHEZ INTESTINAL.
- FÍSTULA ENTEROCORÁCEA.
- FÍSTULA INTESTINAL.
- GRANDES LESIONES INTESTINALES.
- HEMORRAGIA DEL ESTÓMAGO.
- HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL.
- HEMORRAGIA INTESTINAL.
- HEMORROIDES.
- HERNIA ATASCADA.
- HERNIA CRURAL ATASCADA.
- HERNIA CRURAL ESTRANGULADA.
- HERNIA EMBRIONARIA UMBILICAL.
- HERNIA ESTRANGULADA.
- HERNIA INGUINAL.
- HERNIA INGUINAL DERECHA ESTRANGULADA.
- HERNIA INGUINAL DOBLE.

- HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA.
- HERNIA INGUINAL IZQUIERDA ESTRANGULADA.
- HERNIA INGUINOESCROTAL ESTRANGULADA.
- HERNIA UMBILICAL.
- HERNIA UMBILICAL ATASCADA.
- HERNIA UMBILICAL ESTRANGULADA.
- ILEO PARALÍTICO.
- INVAGINACIÓN INTESTINAL.
- LESIÓN INTESTINAL.
- OBSTRUCCIÓN HERNIARIA.
- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.
- OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR  
ESTRANGULACIÓN HERNIANA.
- OCLUSIÓN INTESTINAL.
- PARÁLISIS INTESTINAL.
- PERFORACIÓN INTESTINAL.
- PROLAPSO DEL RECTO.
- RECTORRAGIA.
- ULCERACIÓN INTESTINAL.
- VÓLVULO.

#### 8.5. APENDICITIS Y PERITONITIS.

- ACCIDENTES SÉPTICOS PERITONEALES  
CONSECUTIVOS A UNA PERITIFLITIS SUPURADA.
- APENDICITIS.
- APENDICITIS AGUDA.
- APENDICITIS SUPURADA.
- APENDICITIS ULTRACECAL SUPURADA.
- CISTOPERITONITIS.
- CISTOPERITONITIS TRAUMÁTICA.
- CÓLICO APENDICULAR.
- CONIO APENDICULAR.
- ENTEROPERITONITIS.
- ENTEROPERITONITIS AGUDA.
- ENTEROPERITONITIS SÉPTICA.
- ENTEROPERITONITIS TÓXICA.
- ENTEROTIFLOCOLITIS.
- GASTROENTEROPERITONITIS.
- MEDIOPERITONITIS.

- METROPERITONITIS.
- METROPERITONITIS AGUDA.
- METROPERITONITIS SÉPTICA.
- METROPERITONITIS ULCEROSA.
- PELVIS PERITONITIS.
- PERIAPENDICITIS.
- PERITIFLITIS.
- PERITONITIS.
- PERITONITIS ADHESIVA.
- PERITONITIS AGUDA.
- PERITONITIS AGUDA CON APENDICITIS.
- PERITONITIS AGUDA SÉPTICA.
- PERITONITIS APENDICULAR.
- PERITONITIS CALCULOSA.
- PERITONITIS CON DERRAME.
- PERITONITIS CON PERFORACIÓN.
- PERITONITIS CRÓNICA.
- PERITONITIS CRÓNICA CONSECUTIVA AUN TRAUMATISMO DEL ABDOMEN SUFRIDO EN EL COMBATE NAVAL DE SANTIAGO DE CUBA.
- PERITONITIS DE ORIGEN APENDICULAR.
- PERITONITIS DIFUSA.
- PERITONITIS ENQUISTADA.
- PERITONITIS ESPONTÁNEA.
- PERITONITIS HEMORRÁGICA.
- PERITONITIS INFECCIOSA.
- PERITONITIS INFECTIVA.
- PERITONITIS PERFORANTE POR ...
- PERITONITIS PNEUMOCÓCICA.
- PERITONITIS POR PERFORACIÓN.
- PERITONITIS POR PERFORACIÓN GÁSTRICA.
- PERITONITIS POSTOPERATORIA.
- PERITONITIS PURULENTA.
- PERITONITIS SÉPTICA.
- PERITONITIS SUPURADA.
- PERITONITIS TRAUMÁTICA.
- SEPTICEMIA PERITONEAL.
- TIFLITIS.
- URETROPERITONITIS.

## 8.6. OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.

- ABSCESO DEL PÁNCREAS.
- ABSCESO ESPLÉNICO.
- AFECCIÓN HEPÁTICA.
- ATROFIA GLANDULAR DEL ESTÓMAGO CON DILATACIÓN DEL ÓRGANO.
- CAQUEXIA GASTROINTESTINAL.
- CAQUEXIA POR GASTROPATÍA.
- CÓLICO HEPÁTICO.
- CONGESTIÓN HEPÁTICA.
- CIRROSIS PANCREÁTICA.
- ESPLENISMO ( ASOCIADO).
- ESPLENOMEGALIA POR ENFERMEDAD DE BANTI.
- ESTENOSIS ESOFÁGICA.
- ESTRECHEZ DEL ESÓFAGO.
- FLEGMÓN HEPÁTICO.
- GASTROENTERORRAGIA.
- GASTRORRAGIA.
- GASTROSUCORREA.
- INDIGESTIÓN.
- INFARTO ESPLÉNICO.
- INSUFICIENCIA GASTROINTESTINAL.
- MELENA.
- OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO COLÉDOCO.
- PANCREATITIS HEMORRÁGICA AGUDA.
- PARÁLISIS ESOFÁGICA.
- VÓMITOS INCOERCIBLES.

## 9. ENFERMEDADES PULMONARES.

### 9.1. ASMA.

- ASMA.
- ASMA BRONQUIAL.
- ASMA BRONQUIAL CONCOMITANTE.
- ASMA BRONQUIAL CRÓNICO.
- ASMA CRÓNICA BRONCOPULMONAR.
- ASMA CRÓNICO.
- ASMA DE CHILLAR.

- ASMA ESENCIAL.
- ASMA INFANTIL.
- ATAQUE DE ASMA.
- BRONQUITIS ASMÁTICA.
- BRONQUITIS CRÓNICA ASMÁTICA.

## 9.2. ASFIXIA Y ENTIDADES RELACIONADAS.

- AHOGADO EN EL MAR.
- APNEA DEL CENTRO RESPIRATORIO BULBAR.
- ASFIXIA.
- ASFIXIA CONSECUTIVA (*SIN MÁS DATOS*).
- ASFIXIA POR AHORCADURA.
- ASFIXIA POR COMPRESIÓN.
- ASFIXIA POR ESTRANGULACIÓN.
- ASFIXIA POR INMERSIÓN.
- ASFIXIA POR SOFOCACIÓN.
- ASFIXIA POR SUMERSIÓN.
- ASFIXIA POR SUSPENSIÓN.
- INMERSIÓN.

## 9.3. ENFERMEDADES PROPIAS DEL PULMÓN.

- ATELECTASIA PULMONAR.
- BRONCOECTASIA.
- BRONCO-PLÉGIA.
- ECTASIA BRONQUIAL.
- DILATACIÓN BRONQUIAL.
- ENFISEMA.
- ENFISEMA GENERALIZADO.
- ENFISEMA PULMONAR.
- ENFISEMA PULMONAR CRÓNICO.
- ESCLEROSIS PULMONAR.
- INSUFICIENCIA PULMONAR.
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

## 9.4. ENFERMEDADES DE LA LARINGE Y ENTIDADES RELACIONADAS.

- ABSCESO DE LA LARINGE.

- EDEMA DE LA GLOTIS.
- EDEMA DE LA LARINGE.
- EDEMA LARÍNGEO.
- EDEMA LARÍNGEO INFLAMATORIO.
- EDEMA SUBGLÓTICO.
- ESPASMO DE LA GLOTIS.
- ESPASMO GLÓTICO.
- ESPASMO LARÍNGEO.
- ESTENOSIS LARÍNGEA.
- ICTUS LARÍNGEO.
- LARINGITIS.
- LARINGITIS AGUDA.
- LARINGITIS CRÓNICA.
- LARINGITIS EDEMATOSA.
- LARINGITIS ESPASMÓDICA DE LA INFANCIA.
- LARINGITIS PARENQUIMATOSA.
- LARINGITIS SUBGLÓTICA.
- LARINGITIS ULCEROSA.
- PARALISMO DE LA LARINGE.

9.5. OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.

- ABSCESO DE LA PLEURA.
- ABSCESO DEL PULMÓN.
- ABSCESO PULMONAR.
- ABSCESO RETROLARÍNGEO.
- CORIZA.
- ESCLEROSIS PULMONAR.
- HIDRONEUMOTÓRAX.
- INFLAMACIÓN CRÓNICA DEL APARATO RESPIRATORIO.
- PARÁLISIS FARÍNGEA.
- PIONEUMOTÓRAX.
- PNEUMOTÓRAX VALVULAR.
- TRAQUEITIS AGUDA.
- VEGETACIONES ADENOIDEAS.

10. COMPLICACIONES EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

## 10.1. ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL PUERPERIO.

- AUTOINTOXICACIÓN GRAVÍDICA.
- EMBOLIA CARDIACA POR ENDOCARDITIS SÉPTICA DE ORIGEN PUERPERAL.
- EMBOLIAS MÚLTIPLES PUERPERALES POR SEPTICEMIA PUERPERAL.
- ENDOMETRITIS PUERPERAL CON SEPTICEMIA GENERALIZADA.
- ENDOURETRITIS PUERPERAL.
- FIEBRE PUERPERAL.
- INFECCIÓN PUERPERAL.
- METROPERITONITIS PUERPERAL.
- METROPERITONITIS SÉPTICA CONSECUENCIA... A
- PERITONITIS AGUDA PUERPERAL.
- PERITONITIS PUERPERAL.
- PIELONEFRITIS GRAVÍDICA.
- PIEMIA PUERPERAL.
- SEPTICEMIA PUERPERAL.
- URETRITIS PUERPERAL.
- URETROPERITONITIS PUERPERAL.

## 10.2. ECLAMPSIA.

- ACCESO DE ECLAMPSIA.
- ALBUMINURIA GRAVÍDICA Y ECLAMPSIA.
- ALBUMINURIA POSTPARTUM.
- ALBUMINURIA PUERPERAL.
- ATAQUES DE ECLAMPSIA.
- ECLAMPSIA.
- ECLAMPSIA DURANTE EL PARTO.
- ECLAMPSIA GRAVÍDICA.
- ECLAMPSIA POR ALBUMINURIA.
- ECLAMPSIA POSTPARTO.
- ECLAMPSIA POSTPARTUM POR ALBUMINURIA.
- ECLAMPSIA PUERPERAL.
- ECLAMPSIA PUERPERAL POR ALBUMINURIA.
- TOXEMIA GRAVÍDICA.

### 10.3. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO.

- AUTOINTOXICACIÓN GRAVÍDICA.
- EMBOLIA PULMONAR (SEGÚN CAUSA).
- EMBOLIA QUE PRODUJO ASFIXIA DESPRENDIMIENTO DE ESTENOSIS MITRAL EN EL MOMENTO DEL PARTO DE UN NIÑO QUE FALLECIÓ TAMBIÉN POR ASFIXIA.
- HEMORRAGIA A CONSECUENCIA DE INSERCIÓN VICIOSA DE LA PLACENTA.
- HEMORRAGIA DEL ALUMBRAMIENTO.
- HEMORRAGIA PLACENTARIA POR DESPRENDIMIENTO PREMATURO.
- HEMORRAGIA POSTPARTUM Y ANEMIA AGUDA CONSECUTIVA.
- HEMORRAGIA PUERPERAL.
- HEMORRAGIA TARDÍA DEL PUERPERIO.
- HEMORRAGIA UTERINA POR PLACENTA PREVIA.
- INSUFICIENCIA PUERPERAL.
- METRORRAGIA DURANTE EL BRAZO.
- MOLA HIDATÍDICA.
- NEFRITIS PUERPERAL.
- PARTO ANORMAL.
- PARTO DISTÓCICO.
- PARTO GEMELAR.
- PARTO PREMATURO.
- PLACENTA MARGINAL.
- PLACENTA PREVIA.
- PUERPERIO.
- UREMIA AGUDA PUERPERAL.
- UREMIA GRAVÍDICA.

### 11. ENFERMEDADES REUMÁTICAS, ÓSEAS Y DEL TEJIDO CONECTIVO. ( CÓDIGO NUESTRO 999).

- ARTRITIS AGUDA COMPLICADA AL CORAZÓN.
- ARTRITIS CRÓNICA.
- ARTRITIS DE LA CADERA.
- ARTRITIS DE LA RODILLA IZQUIERDA.



- ARTROPATÍA ATÁXICA.
- ARTROSIS REUMÁTICA.
- COXALGIA.
- COXALGIA DERECHA.
- ENDOARTERITIS REUMÁTICA.
- LUPUS GENERALIZADO.
- OSTEOMALACIA.
- POLIARTRITIS REUMÁTICA DEFORMANTE DE FORMA CRÓNICA.
- REUMA CRÓNICO.
- REUMATISMO AGUDO.
- REUMATISMO ARTICULAR.
- REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.
- REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO.
- REUMATISMO ARTICULAR DEFORMANTE.
- REUMATISMO CARDIOPULMONAR.
- REUMATISMO CEREBRAL.
- REUMATISMO CRÓNICO.
- REUMATISMO CRÓNICO DEFORMANTE.
- REUMATISMO DEFORMANTE.
- REUMATISMO NODOSO.
- REUMATISMO NODOSO GENERALIZADO.
- REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO.
- REUMATISMO POLIARTICULAR DEFORMANTE.
- REUMATISMO VISCERAL.
- REUMATISMO VISCERAL INFECCIOSO.

## 12. OTROS.

### 12.1. SENILIDAD Y OTRAS DENOMINACIONES.

- AGOTAMIENTO ORGÁNICO.
- ASTENIA SENIL.
- ATREPSIA SENIL.
- CAQUEXIA SENIL.
- CAQUEXIA SENIL PRECOZ.
- CAQUEXIA SENIL PREMATURA.
- CONSUNCIÓN.
- CONSUNCIÓN SENIL.
- DEBILIDAD GENERAL(SEGÚN EDAD).

- DEBILIDAD GENERAL CONSECUTIVA A ANEMIA SENIL.
- DEBILIDAD SENIL.
- DECREPITUD.
- MARASMO SENIL.
- MUERTE SENIL.
- PROGRESOS DE LA EDAD.
- SENECTUD.
- TRASTORNOS DE DECREPITUD.

## 12.2. MUERTES VIOLENTAS Y TRAUMÁTICAS.

- ACCESO CEREBRAL DE ORIGEN TRAUMÁTICO.
- APLASTAMIENTO.
- APLASTAMIENTO DE CRÁNEO.
- ARROJADO POR EL TREN.
- ASFIXIA POR ESTRANGULACIÓN.
- ASFIXIA POR GAS DEL ALUMBRADO.
- ASFIXIA POR GASES DELETÉREOS.
- ASFIXIA POR INTOXICACIÓN DEL ÁCIDO CARBÓNICO.
- ASFIXIA POR SOFOCACIÓN.
- ASFIXIA POR SUSPENSIÓN.
- AUTOINTOXICACIÓN.
- CAIDO AL MAR.
- COLAPSO TRAUMÁTICO.
- COLAPSO TRAUMÁTICO PRIMITIVO.
- COMPLICACIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA.
- COMPRESIÓN.
- CONGESTIÓN CEREBRAL DETERMINADO POR FRACTURA DE CRÁNEO.
- CONMOCIÓN.
- CONMOCIÓN CEREBRAL.
- CONMOCIÓN CEREBRAL CONSECUTIVA A UN FUERTE TRAUMATISMO RECIBIDO EN LA REGIÓN PARIETO FRONTAL.
- CONMOCIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA.
- CONMOCIÓN VISCERAL.
- CONTUSIÓN CEREBRAL.

- CONTUSIÓN Y HEMORRAGIA CEREBRAL PRODUCIDA POR UNA HERIDA CONTUSA EN REGIÓN OCCIPITAL.
- DESGARRADURA DE MASA ENCEFÁLICA.
- DOBLE CONGESTIÓN CEREBROPULMONAR DETERMINADO POR LA FRACTURA CONMINUTA DEL MAXILAR INFERIOR Y DEL ARCO SUPERCILIAR DERECHO.
- EXPLOSIÓN DE DINAMITA.
- FRACTURA CONMINUTA DE AMBOS MAXILARES Y PÓMULO IZQUIERDO QUE HA PRODUCIDO CONMOCIÓN CEREBRAL Y CONGESTIÓN CEREBRAL Y PULMONAR.
- FRACTURA CONMINUTA DE COLUMNA VERTEBRAL Y ROTURA MEDULAR.
- FRACTURA CONMINUTA DEL CRÁNEO.
- FRACTURA CONMINUTA DEL MAXILAR SUPERIOR DERECHO.
- FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO.
- FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO POR CAÍDA DESDE LA CUBIERTA DEL BARCO.
- FRACTURA DE CRÁNEO.
- FRACTURA DE LA BÓVEDA CRANEAL CON PROFUNDAS LESIONES EN LA MASA ENCEFÁLICA.
- FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL.
- FRACTURA DE LAS CUATRO ÚLTIMAS VERTEBRAS CERVICALES CON ROTURA DE LA MÉDULA ESPINAL DE LA SEXTA VERTEBRA CERVICAL TODO A CONSECUENCIA DE UN PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO DE PEQUEÑO CALIBRE.
- FRACTURA DE FEMUR IZQUIERDO.
- FRACTURA DEL FÉMUR IZQUIERDO CASUAL.
- FRACTURA MÚLTIPLE DE CRÁNEO.
- FRACTURAS MÚLTIPLES DEL CRÁNEO.
- GRAN HEMORRAGIA SOBREVENIDA POR HERIDA PENETRANTE DEL VIENTRE.
- GRAN INFLACIÓN INTESTINAL Y PERITONITIS CONSECUTIVA A LA FUERTE CONTUSIÓN RECIBIDA EN LA REGIÓN ABDOMINAL.

- HEMORRAGIA CEREBRAL POR ESTRANGULACIÓN.
- HEMORRAGIA CEREBRAL POR FRACTURA DE LOS HUESOS DEL CRÁNEO.
- HEMORRAGIA CEREBRAL POR SUICIDIO.
- HEMORRAGIA CEREBRAL TRAUMÁTICA.
- HEMORRAGIA NASAL.
- HEMORRAGIA POR PRESENTAR UNA HERIDA EN LA REGIÓN ANTEROLATERAL IZQUIERDA DEL CUELLO.
- HEMORRAGIA PRODUCIDA POR LA HERIDA DE LA POPLÍTEA.
- HEMORRAGIA PRODUCIDA POR LESIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR.
- HEMORRAGIA RAQUÍDEA DE ORIGEN TRAUMÁTICO.
- HEMORRAGIA UMBILICAL.
- HERIDA CONTUSA EN LA PARTE EXTERNA DEL ARCO SUPERCILIAR DERECHO Y PÓMULO DEL MISMO LADO.
- HERIDA CONTUSA EN LA REGIÓN PARIETAL DERECHA CON FRACTURA CONMINUTA DEL CITADO HUESO Y PORCIÓN ESCAMOSA DEL MISMO HUESO.
- HERIDA DEL CORAZÓN.
- HERIDA DEL PERICARDIO.
- HERIDA DE LA ARTERIA AORTA.
- HERIDA PENETRANTE DEL CORAZÓN.
- HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN LA CABEZA.
- HERIDA POR ARMA DE FUEGO QUE INTERESA MASA ENCEFÁLICA.
- HIDRARGIRISMO AGUDO.
- INANICIÓN.
- INTOXICACIÓN.
- INTOXICACIÓN AGUDÍSIMA.
- INTOXICACIÓN CRÓNICA POR EL PLOMO.
- INTOXICACIÓN DE ORIGEN BULBAR PRODUCIDA POR UN GAS ASFÍCTICO DESCONOCIDO.
- INTOXICACIÓN POR ÁCIDO CARBÓNICO.
- INTOXICACIÓN POR ÁCIDO CIANHÍDRICO.
- INTOXICACIÓN POR ÁCIDO CLORHÍDRICO.

- INTOXICACIÓN POR ÁCIDO FÉMICO.
- INTOXICACIÓN POR EL FÓSFORO.
- INTOXICACIÓN POR EL VICLORURO DE MERCURIO.
- INTOXICACIÓN POR ÓXIDO DE CARBONO.
- INTOXICACIÓN POR VENENO CAÚSTICO.
- LESIONES VISCERALES MÚLTIPLES.
- MACHETEADO.
- MARASMO CONSECUTIVO.
- MUERTE VIOLENTA POR HEMORRAGIA CEREBRAL.
- MÚLTIPLES HERIDAS PERFORANTES EN ABDOMEN.
- NEFRORRAGIA TRAUMÁTICA.
- QUEMADURA.
- QUEMADURAS CAUSALES.
- ROTURA DE LAS VISCERAS ABDOMINALES.
- ROTURA VIOLENTA DEL CORAZÓN.
- SHOCK NERVIOSO.
- SHOCK POSTOPERATORIO.
- SHOCK POSTOPERATORIO DELIRANTE.
- SHOCK TRAUMÁTICO.
- SHOCK TRAUMÁTICO CONSECUTIVO A LOS CUATRO DÍAS DE OPERADA DE LAPAROTOMÍA.
- SHOCK TRAUMÁTICO POR OPERATORIO.
- SHOCK TRAUMÁTICO POSTLAPAROTÓMICO.
- SÍNCOPE CLOROFÓRMICO.
- SÍNCOPE SECUNDARIO CARDIACO CLOROFÓRMICO POR UNA ANESTESIA OPERATORIA.
- SÍNCOPE TERCIARIO CLOROFÓRMICO.
- SÍNCOPE TRAUMÁTICO.
- SUICIDIO POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO.
- TRAUMATISMO ABDOMINAL.
- TRAUMATISMO CEREBRAL.
- TRAUMATISMO CRANEAL.
- TRAUMATISMO GENERAL Y VISCERAL.
- TRAUMATISMO Y PÉRDIDA DE SANGRE.
- TRAUMATISMO VIOLENTO EN EL TÓRAX Y CRÁNEO.

- VACIAMIENTO DE MASA ENCEFÁLICA.

### 12.3. OTRAS ENFERMEDADES, ENFERMEDADES MAL DENOMINADAS Y NO DENOMINADAS.

- ABLACIÓN DE LA CABEZA.
- ACCIDENTE POR INMERSIÓN.
- ACNÉ QUELÓDICO.
- ACNÉS QUELÓDICOS GENERALIZADOS.
- ADENOFLEGMÓN DIFUSO DEL CUELLO.
- ANASARCA.
- ASTENIA GENERAL.
- ALCOHOLISMO AGUDO.
- ALCOHOLISMO CRÓNICO.
- ARANIOSIS.
- ATAQUE CONGÉNITO. (CON 55 AÑOS).
- BACILEMIA.
- CAQUEXIA.
- CAQUEXIA CONSTITUCIONAL.
- CAQUEXIA CONSUNTIVA.
- CAQUEXIA CRÓNICA.
- CAQUEXIA GÁSTRICA.
- CARDIONEFRITIS.
- CARIES DE LA CADERA Y FÉMUR DERECHO.
- CARIES DE LA PARTE INFERIOR DE LA COLUMNA VERTEBRAL.
- CARIES DE LA PELVIS.
- CARIES DE LAS COSTILLAS.
- CARIES DE LAS TIBIAS.
- CARIES DEL MAXILAR SUPERIOR.
- CARIES DEL MAXILAR INFERIOR.
- CARIES DEL PEÑASCO.
- CAUSA NO LEGIBLE.
- CAYO AL MAR.
- CIANOSIS.
- COLAPSO.
- CÓLICO ESPASMÓDICO.
- CONGESTIÓN VISCERAL.
- CONSUCIÓN.
- CONSUNCIÓN HIPOSA.

- CONSUNCIÓN PROGRESIVA.
- DEBILIDAD GENERAL (SEGÚN EDAD).
- DEFICIENCIA ORGÁNICA.
- DELIRIO AGUDO.
- DELIRIO ALCOHÓLICO.
- DELIRIUM TREMENS.
- DERMATITIS NO FOLIATRIZ.
- DESAPARECIDO EN ACCIDENTE.
- DESAPARECIDO EN INCENDIO Y NAUFRAGIO.
- DESAPARECIÓ EN EL MAR.
- DESAPARECIÓN EN NAUFRAGIO.
- DESTRUCCIÓN Y DERRAMAMIENTO DEL CEREBRO COMO DEL CORAZÓN.
- DOLOR ESPASMÓDICO.
- EDEMA ULCEROSO GENERALIZADO.
- ENTERORRAGIA.
- ESCLEROMA.
- ESCLEROSIS.
- ESCLEROSIS CARDIOBULBAR.
- ESCLEROSIS CARDIORRENAL.
- ESCLEROSIS SENIL.
- ESCLEROSIS VISCERAL GENERALIZADA.
- ESPLENITIS CRÓNICA.
- ESPLENOMEGALIA.
- ESTENUACIÓN.
- GASTRORRAGIA.
- HEMATEMESIS.
- HEMATEMESIS ESPONTÁNEA.
- HEMATEMESIS INTERNA.
- HEMATURIA.
- HEMOGLOBINURIA.
- HEMORRAGIA.
- HEMORRAGIA ABDOMINAL.
- HEMORRAGIA AGUDA.
- HEMORRAGIA BRONCOABDOMINAL.
- HEMORRAGIA CON ANEMIA AGUDA.
- HEMORRAGIA FULMINANTE INTERNA.
- HEMORRAGIA INTERNA.

- HEMORRAGIA MEDIASTÍNICA Y ASFIXIA POR COMPRESIÓN DE LOS PULMONES Y EL CORAZÓN.
- HEMORRAGIA NASAL INTERNA PRODUCIDA POR CARIES DE LOS HUESOS DE LA NARIZ.
- HEMORRAGIA UMBILICAL.
- HIPERCUSIÓN CEREBRAL.
- HIPERTROFIA DEL BAZO.
- HIDROPESIA.
- IDIOTISMO.
- IDIOTISMO PROGRESIVO.
- LESIÓN CEREBRAL.
- LESIONES VISCERALES MÚLTIPLES.
- LEUCOUREMIA.
- LINFADENIA.
- LINFATISMO.
- LINFOEDEMA
- MARASMO ( ENAJENACIÓN MENTAL).
- METRORRAGIA.
- MUERTE NATURAL POR AGOTAMIENTO VITAL ( según edad).
- NAÚFRAGO.
- NECROSIS DEL MAXILAR.
- NEUMORRAGIA.
- NO ESPECIFICADO.
- NOLUCIÓN PREMATURA.
- NÓMICA PULMONAR IZQUIERDA.
- ONFALORRAGIA IDIOPÁTICA.
- PÉNFIGO DE ORIGEN ENERÓSICO.
- PÉNFIGO DIACRÓNICO HEREDITARIO.
- PÉNFIGO HEREDITARIO.
- PRECTITIS.
- RECURRENCIA LOBULAR.
- RESTOS DE CADÁVER.
- RESTOS HUMANOS.
- RETRAFULCIÓN DEL EXANTEMA.
- RETROPRESIÓN DE UREME.
- ROTURA DEL BULBO.
- RUPTURA DE LA ARTERIA PULMONAR.



- SHOCK POR DEPRESIÓN NERVIOSA (CON 22 MESES).
- SIRESMA UTERINO.
- TABES.
- TOS CONVULSIVA.
- ULCERACIÓN POR DECÚBITO.

## **7.4. ANEXO 4. Relación de enfermedades según “Movimiento natural de la población” (1901). Nomenclatura detallada del Dr. Bertillon**

### **1. ENFERMEDADES GENERALES.**

- 1.1. FIEBRE TIFOIDEA ( TIFO ABDOMINAL).
- 1.2. TIFO EXANTEMÁTICO.
- 1.3. FIEBRE RECURRENTE.
- 1.4. FIEBRE INTERMITENTE Y CAQUEXIA PALÚDICA.
- 1.5. VIRUELA.
- 1.6. SARAPIÓN.
- 1.7. ESCARLATINA.
- 1.8. TOS FERINA.
- 1.9. DIFTERIA Y CRUP.
- 1.10. GRIPE.
- 1.11. SUDOR MILIAR.
- 1.12. CÓLERA ASIÁTICO.
- 1.13. CÓLERA NOSTRAS.
- 1.14. DISENTERÍA.
- 1.15. PESTE.
- 1.16. FIEBRE AMARILLA.
- 1.17. LEPRO.
- 1.18. ERISPELA.
- 1.19. OTRAS AFECCIONES EPIDÉMICAS.
- 1.20. INFECCIÓN PURULENTO Y SEPTICEMIA.
- 1.21. MUERMO Y LAMPARÓN.
- 1.22. PÚSTULA MALIGNA Y CARBUNCLO.
- 1.23. RABIA.
- 1.24. ACTINOMICOSIS, TRIQUINOSIS, ETC.
- 1.25. PELAGRA.
- 1.26. TUBERCULOSIS DE LA LARINJE.
- 1.27. TUBERCULOSIS DE LOS PULMONES.
- 1.28. TUBERCULOSIS DE LAS MENINGES.
- 1.29. TUBERCULOSIS ABDOMINAL.
- 1.30. MAL DE POTT.
- 1.31. ABSCESO FRÍO Y POR CONGESTIÓN.
- 1.32. TUMORES BLANCOS.
- 1.33. TUBERCULOSIS DE OTROS ÓRGANOS.
- 1.34. TUBERCULOSIS GENERALIZADA.
- 1.35. ESCRÓFULA.
- 1.36. A. SÍFILIS.

- 1.37. B. CHANCRO BLANDO.
- 1.38. BLENORRAGIA DEL ADULTO.
- 1.39. AFECCIONES GONOCÓCICAS DEL NIÑO.
- 1.40. CÁNCER DE LA CAVIDAD BUCAL.
- 1.41. CÁNCER DEL ESTÓMAGO, DEL HÍGADO.
- 1.42. CÁNCER DEL PERITONEO, DE LOS INTESTINOS Y DEL RECTO.
- 1.43. CÁNCER DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.
- 1.44. CÁNCER DE LOS PECHOS.
- 1.45. CÁNCER DE LA PIEL.
- 1.46. CÁNCER DE OTROS ÓRGANOS Y DE ÓRGANOS NO ESPECIFICADOS.
- 1.47. OTROS TUMORES ( EXCEPTO LOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER).
- 1.48. REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.
- 1.49. REUMATISMO CRÓNICO Y GOTA.
- 1.50. ESCORBUTO.
- 1.51. DIABETES.
- 1.52. BOCIO EXOFTÁLMICO.
- 1.53. ENFERMEDAD BRONCEADA DE ADDISON.
- 1.54. LEUCEMIA.
- 1.55. ANEMIA, CLOROSIS.
- 1.56. OTRAS ENFERMEDADES GENERALES.
- 1.57. ALCOHOLISMO AGUDO O CRÓNICO.
- 1.58. SATURNISMO.
- 1.59. OTRAS INTOXICACIONES PROFESIONALES CRÓNICAS.
- 1.60. OTROS ENVENENAMIENTOS CRÓNICOS.

## 2. DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

- 2.61. ENCEFALITIS.
- 2.62. MENINGITIS SIMPLE.
- 2.63. ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.
- 2.64. OTRAS ENFERMEDADES DE LA MÉDULA ESPINAL.
- 2.65. CONGESTIÓN Y HEMORRAGIA CEREBRALES.
- 2.66. REBLANDECIMIENTO CEREBRAL.
- 2.67. PARÁLISIS SIN CAUSA INDICADA.

- 2.68. PARÁLISIS GENERAL.
- 2.69. OTRAS FORMAS DE ENAJENACIÓN.
- 2.70. EPILEPSIA.
- 2.71. ECLAMPSIA ( NO PUERPERAL).
- 2.72. CONVULSIONES DE LOS NIÑOS.
- 2.73. TÉTANOS.
- 2.74. COREA.
- 2.75.A. HISTERISMO.
- 2.75.B. NEURALGIA.
- 2.75.C. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.
- 2.76. ENFERMEDADES DE LOS OJOS Y DE SUS ANEJOS.
- 2.77. ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS.

### 3. DEL APARATO CIRCULATORIO.

- 3.78. PERICARDITIS.
- 3.79. ENDOCARDITIS AGUDA.
- 3.80. ENFERMEDADES ORGÁNICAS DEL CORAZÓN.
- 3.81. ANGINA DE PECHO.
- 3.82. AFECCIONES DE LAS ARTERIAS, ATEROMA, ANEURISMA, ETC.
- 3.83. EMBOLIA Y TROMBOSIS.
- 3.84. AFECCIONES DE LAS VENAS ( VARICES, HEMORROIDES, FLEBITIS, ETC. ).
- 3.85. AFECCIONES DEL SISTEMA LINFÁTICO ( LINFANGITIS, ETC. ).
- 3.86. HEMORRAGIAS.
- 3.87. OTRAS AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO.

### 4. DEL APARATO RESPIRATORIO.

- 4.88. ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES.
- 4.89. AFECCIONES DE LA LARINGE.
- 4.90. AFECCIONES DEL CUERPO TIROIDES.
- 4.91. BRONQUITIS AGUDA.
- 4.92. BRONQUITIS CRÓNICA.
- 4.93. BRONCONEUMONÍA.
- 4.94. NEUMONÍA.
- 4.95. PLEURESÍA.
- 4.96. CONGESTIÓN Y APOPLEJÍA PULMONARES.

- 4.97. GANGRENA DEL PULMÓN.
- 4.98. ASMA.
- 4.99. ENFISEMA PULMONAR.
- 4.100. OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO ( EXCEPTO LA TISIS).

## 5. DEL APARATO DIGESTIVO.

- 5.101. AFECCIONES DE LA BOCA Y SUS ANEXOS.
- 5.102. AFECCIONES DE LA FARINGE.
- 5.103. AFECCIONES DEL ESÓFAGO.
- 5.104. ÚLCERA DEL ESTÓMAGO.
- 5.105. OTRAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO ( EXCEPTO EL CÁNCER).
- 5.106. DIARREA Y ENTERITIS ( PARA LOS MENORES DE DOS AÑOS).
- 5.107. DIARREA Y ENTERITIS ( PARA LOS DE DOS O MÁS AÑOS).
- 5.108. PARÁSITOS INTESTINALES.
- 5.109. HERNIAS, OBSTRUCCIONES INTESTINALES.
- 5.110.A. OTRAS AFECCIONES DEL INTESTINO.
- 5.110.B. ENFERMEDADES DEL ANO Y FÍSTULAS ESTERCORÁCEAS.
- 5.111. ICTERICIA GRAVE.
- 5.112. TUMORES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO.
- 5.113. CIRROSIS HEPÁTICA.
- 5.114. CÁLCULOS BILIARES.
- 5.115. OTRAS AFECCIONES DEL HÍGADO.
- 5.116. AFECCIONES DEL BAZO.
- 5.117. PERITONITIS SIMPLE ( EXCEPTO LA PUERPERAL).
- 5.118. OTRAS AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO ( EXCEPTO EL CÁNCER Y LA TUBERCULOSIS).
- 5.119. APENDICITIS Y FLEMÓN DE LA FOSA ILIACA.

## 6. DEL APARATO GENITOURINARIO Y SUS ANEXOS.

- 6.120. NEFRITIS AGUDA.
- 6.121. ENFERMEDAD DE BRIGHT.
- 6.122. OTRAS ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES Y DE SUS ANEXOS.
- 6.123. CÁLCULOS DE LAS VÍAS URINARIAS.

- 6.124. ENFERMEDADES DE LA VEJIGA.
- 6.125. OTRAS ENFERMEDADES DE LA URETRA, ABSCESO RUINOSO, ETC.
- 6.126. ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA.
- 6.127. ENFERMEDADES NO VENÉREAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DEL HOMBRE.
- 6.128. METRITIS.
- 6.129. HEMORRAGIA UTERINA NO PUERPERAL.
- 6.130. TUMOR UTERINO ( O CANCEROSO).
- 6.131. OTRAS ENFERMEDADES DEL ÚTERO.
- 6.132. QUISTES Y OTROS TUMORES DEL OVARIO.
- 6.133. OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.
- 6.134. ENFERMEDADES NO PUERPERALES DE LA MAMILA ( EXCEPTO EL CÁNCER).

## 7. ESTADO PUERPERAL.

- 7.135. ACCIDENTES DEL EMBARAZO.
- 7.136. HEMORRAGIA PUERPERAL.
- 7.137. OTROS ACCIDENTES DEL PARTO.
- 7.138. SEPTICEMIA PUERPERAL.
- 7.139. ALBUMINURIA Y ECLAMPSIA PUERPERALES.
- 7.140. "PHLEGMATIA ALBA DOLENS" PUERPERAL.
- 7.141. OTROS ACCIDENTES PUERPERALES. MUERTE REPENTINA.
- 7.142. ENFERMEDADES PUERPERALES DE LA MAMILA.

## 8. DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR.

- 8.143. GANGRENA.
- 8.144. DIVIESO, FORÚNCULO.
- 8.145. FLEMÓN, ABSCESO CALIENTE.
- 8.146.A. TIÑA FAVOSA.
- 8.146.B. TIÑA TONSURANTE.
- 8.146.C. PELADERA (ALOPECIA).
- 8.146.D. SARNA.
- 8.146.E. OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DE SUS ANEXOS.

## 9. DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN.

9.147. AFECCIONES DE LOS HUESOS ( EXCEPTO LA TUBERCULOSIS).

9.148. ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES ( EXCEPTO LA TUBERCULOSIS Y EL REUMATISMO).

9.149. AMPUTACIÓN.

9.150. OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN.

## 10. VICIOS DE CONFORMACIÓN.

10.151. VICIOS CONGÉNITOS DE CONFORMACIÓN ( EXCEPTO LOS NACIDOS MUERTOS).

## 11. PRIMERA INFANCIA.

11.152. DEBILIDAD CONGÉNITA, ICTERICIA Y ESCLEREMIA.

11.153. OTRAS ENFERMEDADES PECULIARES DE LA PRIMERA INFANCIA.

11.154. FALTA DE CUIDADOS.

## 12. VEJEZ.

12.155. DEBILIDAD SENIL.

## 13. AFECCIONES PRODUCIDAS POR CAUSAS EXTERIORES.

13.156. SUICIDIO POR ENVENENAMIENTO.

13.157. SUICIDIO POR ASFIXIA.

13.158. SUICIDIO POR SUSPENSIÓN O ESTRANGULACIÓN.

13.159. SUICIDIO POR SUMERSIÓN.

13.160. SUICIDIO CON ARMA DE FUEGO.

13.161. SUICIDIO CON INSTRUMENTO CORTANTE.

13.162. SUICIDIO POR PRECIPITACIÓN DESDE LUGARES ELEVADOS.

13.163. SUICIDIO POR APLASTAMIENTO O MAGULLAMIENTO.

- 13.164. OTROS SUICIDIOS.
- 13.165. FRACTURA.
- 13.166. LUXACIONES.
- 13.167. OTROS TRAUMATISMOS ACCIDENTALES.
- 13.168. QUEMADURA POR EL FUEGO.
- 13.169. QUEMADURA POR SUSTANCIAS CORROSIVAS.
- 13.170. INSOLACIÓN.
- 13.171. CONGELACIÓN.
- 13.172. CONMOCIÓN ELÉCTRICA.
- 13.173. SUMERSIÓN ACCIDENTAL.
- 13.174.A. AGOTAMIENTO NERVIOSO O POR EXCESO DE TRABAJO.
- 13.174.B. INANICIÓN.
- 13.175. ABSORCIÓN DE GASES DELETÉREOS.
- 13.176. OTROS ENVENENAMIENTOS AGUDOS.
- 13.177. OTRAS VIOLENCIAS EXTERIORES.

#### 14. ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS.

- 14.178. HIDROPESÍA.
- 14.179. MUERTE REPENTINA.
- 14.180. CAUSAS DE DEFUNCIÓN NO ESPECIFICADAS O MAL DEFINIDAS.



## **7.5. ANEXO 5. Relación de enfermedades según “Movimiento natural de la población” (1910 Y 1920). Nomenclatura detallada del Dr. Bertillon**

### **1. ENFERMEDADES GENERALES.**

- 1.FIEBRE TIFOIDEA (TIFUS ABDOMINAL).
- 2.TIFUS EXANTEMÁTICO.
- 3.FIEBRE RECURRENTE.
- 4.FIEBRE INTERMITENTE Y CAQUEXIA PALÚDICA.
- 4.BIS. DE ELLAS: CAQUEXIA PALÚDICA.
- 5.VIRUELA.
- 6.SARAMPIÓN.
- 7.ESCARLATINA.
- 8.TOS FERINA (COQUELUCHE).
- 9.DIFTERIA Y CRUP.
- 9.BIS. DE ELLAS: CRUP.
- 10.GRIPE.
- 11.SUDOR MILIAR.
- 12.CÓLERA ASIÁTICO.
- 13.CÓLERA NOSTRAS.
- 14.DISENTERÍA.
- 15.PESTE.
- 16.FIEBRE AMARILLA.
- 17.LEPRA.
- 18.ERISPELA.
- 19.OTRAS AFECCIONES EPIDÉMICAS.
- 20.INFECCIÓN PURULENTO Y SEPTICEMIA.
- 21.MUERMO Y LAMPARÓN.
- 22.PÚSTULA MALIGNA Y CARBUNCLO.
- 23.RABIA.
- 24.TÉTANOS.
- 25.MICOSIS.
- 26.PELAGRA.
- 27.BERIBERI.
- 28.TUBERCULOSIS DE LOS PULMONES.
- 29.TUBERCULOSIS MILIAR AGUDA.
- 30.TUBERCULOSIS DE LAS MENINGES.
- 31.TUBERCULOSIS ABDOMINAL.
- 32.MAL DE POTT.

- 33.TUMORES BLANCOS.
- 34.TUBERCULOSIS DE OTROS ÓRGANOS.
- 35.TUBERCULOSIS GENERALIZADA.
- 36.RAQUITISMO.
- 37.SÍFILIS.
- 38.CHANCRO BLANDO. GONOCOCIA.
- 39.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDA BUCAL.
- 40.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DEL ESTÓMAGO, DEL HÍGADO.
- 41.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DEL PERITONEO, DE LOS INTESTINOS Y DEL RECTO.
- 42.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.
- 43.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE LOS PECHOS.
- 44.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL.
- 45.CÁNCER Y OTROS TUMORES MALIGNOS DE OTROS ÓRGANOS Y DE ÓRGANOS NO ESPECIFICADOS.
- 46.OTROS TUMORES (EXCEPTO LOS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER).
- 47.REUMATISMO ARTICULAR AGUDO.
- 48.REUMATISMO CRÓNICO Y GOTA.
- 49.ESCORBUTO.
- 50.DIABETES.
- 51.BOCIO EXOFTÁLMICO.
- 52.ENFERMEDAD BRONCEADA DE ADDISON.
- 53.LEUCEMIA.
- 54.ANEMIA, CLOROSIS.
- 55.OTRAS ENFERMEDADES GENERALES.
- 56.ALCOHOLISMO AGUDO O CRÓNICO.
- 57.SATURNISMO.
- 58.OTRAS INTOXICACIONES PROFESIONALES CRÓNICAS.
- 59.OTROS ENVENENAMIENTOS CRÓNICOS.

## 2. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

- 60.ENCEFALITIS.
- 61.MENINGITIS SIMPLE.

- 61.BIS. DE ELLAS: MENINGITIS CEREBROESPINAL EPIDÉMICA.
- 62. ATAXIA LOCOMOTRIZ PROGRESIVA.
- 63. OTRAS ENFERMEDADES DE LA MÉDULA ESPINAL.
- 64. HEMORRAGIA CEREBRAL. APOPLEJÍA.
- 65. REBLANDECIMIENTO CEREBRAL.
- 66. PARÁLISIS SIN CAUSA INDICADA.
- 67. PARÁLISIS GENERAL.
- 68. OTRAS FORMAS DE ENAJENACIÓN MENTAL.
- 69. EPILEPSIA.
- 70. ECLAMPSIA (NO PUERPERAL).
- 71. CONVULSIONES DE LOS NIÑOS.
- 72. COREA.
- 73. NEURALGIA Y NEURITIS.
- 74. OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.
- 75. ENFERMEDADES DE LOS OJOS Y DE SUS ANEJOS.
- 76. ENFERMEDADES DE LOS OÍDOS.

### **3. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO.**

- 77. PERICARDITIS.
- 78. ENDOCARDITIS AGUDA.
- 79. ENFERMEDADES ORGÁNICAS DEL CORAZÓN.
- 80. ANGINA DE PECHO.
- 81. AFECCIONES DE LAS ARTERIAS, ATEROMA, ANEURISMA, ETCÉTERA.
- 82. EMBOLIA Y TROMBOSIS.
- 83. AFECCIONES DE LAS VENAS (VARICES, HEMORROIDES, FLEBITIS, ETC.).
- 84. AFECCIONES DEL SISTEMA LINFÁTICO (LINFANGITIS, ETC.).
- 85. HEMORRAGIAS Y OTRAS AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO.

### **4. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO.**

- 86. ENFERMEDADES DE LAS FOSAS NASALES.
- 87. AFECCIONES DE LA LARINGE.
- 88. AFECCIONES DEL CUERPO TIROIDE.
- 89. BRONQUITIS AGUDA.
- 90. BRONQUITIS CRÓNICA.

- 91. BRONCONEUMONÍA.
- 92. NEUMONÍA.
- 93. PLEURESÍA.
- 94. CONGESTIÓN Y APOPLEJÍA PULMONARES.
- 95. GANGRENA DEL PULMÓN.
- 96. ASMA.
- 97. ENFISEMA PULMONAR.
- 98. OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (EXCEPTO LA TISIS).

## **5. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.**

- 99. AFECCIONES DE LA BOCA Y DE SUS ANEXOS.
- 100. ANGINA Y OTRAS AFECCIONES DE LA FARINGE.
- 101. AFECCIONES DEL ESÓFAGO.
- 102. ÚLCERA DE ESTÓMAGO.
- 103. OTRAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO ( EXCEPTO EL CÁNCER).
- 104. DIARREAS Y ENTERITIS ( PARA LOS MENORES DE DOS AÑOS).
- 105. DIARREAS Y ENTERITIS ( PARA LOS DE DOS O MÁS AÑOS).
- 105. BIS. DE ELLAS: LAS DEBIDAS AL ALCOHOLISMO.
- 106. ANQUILOSTOMIASIS.
- 107. PARÁSITOS INTESTINALES.
- 108. APENDICITIS Y TIFLITIS.
- 109. HERNIAS, OBSTRUCCIONES INTESTINALES.
- 110. OTRAS AFECCIONES DEL INTESTINO.
- 111. ICTERICIA GRAVE.
- 112. TUMORES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO.
- 113. CIRROSIS DEL HÍGADO.
- 113. DE ELLAS: LAS DEBIDAS AL ALCOHOLISMO.
- 114. CÁLCULOS BILIARES.
- 115. OTRAS AFECCIONES DEL HÍGADO.
- 116. AFECCIONES DEL BAZO.
- 117. PERITONITIS SIMPLE ( EXCEPTO LA PUERPERAL).
- 118. OTRAS AFECCIONES DEL APARATO DIGESTIVO (EXCEPTO EL CÁNCER Y LA TUBERCULOSIS)

## **6. ENFERMEDADES NO VENÉREAS DEL APARATO GENITOURINARIO Y DE SUS ANEXOS.**

- 119.NEFRITIS AGUDA.
- 120.ENFERMEDAD DE BRIGHT.
- 121.QUILURIA.
- 122.OTRAS ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES Y SUS ANEXOS.
- 123.CÁLCULOS DE LAS VÍAS URINARIAS.
- 124.ENFERMEDADES DE LA VEJIGA.
- 125.OTRAS ENFERMEDADES DE LA URETRA: ABSCESO URINOSO, ETC.
- 126.ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA.
- 127.ENFERMEDADES NO VENÉREAS DE LOS ÓRGANOS GENITALES DEL HOMBRE.
- 128.HEMORRAGIA UTERINA (NO PUERPERAL).
- 129.TUMOR UTERINO (NO CANCEROSO).
- 130.OTRAS ENFERMEDADES DEL ÚTERO.
- 131.QUISTES Y OTROS TUMORES DEL OVARIO.
- 132.SALPINGITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER.
- 133.ENFERMEDADES NO PUERPERALES DE LA MAMILA (EXCEPTO EL CÁNCER).

## **7. ESTADO PUERPERAL.**

- 134.ACCIDENTES DEL EMBARAZO.
- 135.HEMORRAGIA PUERPERAL.
- 136.OTROS ACCIDENTES DEL PARTO.
- 137.SEPTICEMIA PUERPERAL.
- 138.ALBUMINURIA Y ECLAMPSIA PUERPERALES.
- 139."PHLEGMATIA ALBA DOLENS". EMBOLIA Y MUERTE REPENTINA PUERPERALES.
- 140.OTROS ACCIDENTES PUERPERALES.
- 141.ENFERMEDADES PUERPERALES DE LA MAMILA.

## **8. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR.**

- 142.GANGRENA.
- 143.DIVIESO, FORÚNCULO.
- 144.FLEMÓN, ABSCESO CALIENTE.

145.OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DE SUS ANEXOS.

## **9. ENFERMEDADES DE LOS HUESOS Y DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN.**

146.AFECCIONES DE LOS HUESOS (EXCEPTO LA TUBERCULOSIS).

147.ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES (EXCEPTO LA TUBERCULOSIS Y EL REUMATISMO).

148.AMPUTACIÓN.

149.OTRAS AFECCIONES DE LOS HUESOS Y DE LOS ÓRGANOS DE LA LOCOMOCIÓN.

## **10. VICIOS DE CONFORMACIÓN.**

150.VICIOS CONGÉNITOS DE CONFORMACIÓN (EXCEPTO LOS NACIDOS MUERTOS).

## **11. PRIMERA INFANCIA.**

151.DEBILIDAD CONGÉNITA, ICTERICIA Y ESCLEREMÍA.

152.OTRAS ENFERMEDADES PECULIARES DE LA PRIMERA INFANCIA.

153.FALTA DE CUIDADOS.

## **12. VEJEZ.**

154.SENILIDAD.

## **13. AFECCIONES PRODUCIDAS POR CAUSAS EXTERIORES.**

155.SUICIDIO POR ENVENENAMIENTO.

156.SUICIDIO POR ASFIXIA.

157.SUICIDIO POR SUSPENSIÓN O ESTRANGULACIÓN.

158.SUICIDIO POR SUMERSIÓN.

159.SUICIDIO CON ARMA DE FUEGO.

160.SUICIDIO CON INSTRUMENTO CORTANTE O PUNZANTE.

- 161.SUICIDIO POR PRECIPITACIÓN DESDE LUGARES ELEVADOS.
- 162.SUICIDIO POR APLASTAMIENTO O MAGULLAMIENTO.
- 163.OTROS SUICIDIOS.
- 164.ENVENENAMIENTO POR LOS ALIMENTOS.
- 165.OTROS ENVENENAMIENTOS AGUDOS.
- 166.INCENDIO.
- 167.QUEMADURAS (EXCEPTO POR INCENDIO).
- 168.ABSORCIÓN DE GASES DELETÉREOS (EXCEPTO POR INCENDIO Y SUICIDIO).
- 169.SUMERSIÓN ACCIDENTAL.
- 170.TRAUMATISMO POR ARMA DE FUEGO.
- 171.TRAUMATISMO POR INSTRUMENTO CORTANTE O PUNZANTE.
- 172.TRAUMATISMO POR CAIDA.
- 173.TRAUMATISMO EN MINAS Y CANTERAS.
- 174.TRAUMATISMO POR MÁQUINAS.
- 175.TRAUMATISMO POR OTROS APLASTAMIENTOS O MAGULLAMIENTOS.
- 176.VIOLENCIA EJERCIDA POR LOS ANIMALES.
- 177.HAMBRE.
- 178.FRIO EXCESIVO.
- 179.INSOLACIÓN.
- 180.RAYO.
- 181.OTRA CONMOCIÓN ELÉCTRICA.
- 182.HOMICIDIO POR ARMA DE FUEGO.
- 183.HOMICIDIO POR INSTRUMENTO CORTANTE O PUNZANTE.
- 184.HOMICIDIO POR OTROS MEDIOS.
- 185.FRACTURA (SIN OTRA INDICACIÓN).
- 186.OTRAS VIOLENCIAS EXTERIORES.

#### **14. ENFERMEDADES MAL DEFINIDAS.**

- 187.LESIÓN ORGÁNICA NO DEFINIDA.
- 188.MUERTE REPENTINA.
- 189.CAUSA DE DEFUNCIÓN NO ESPECIFICADA O MAL DEFINIDA.

## 7.6. ANEXO 6. Distribución de la mortalidad por meses en Cádiz y en España (1900 – 1920)

AÑO	LOCAL	NACIONAL
1901	1.DICIEMBRE 2.FEBRERO 3.MAYO	1.DICIEMBRE 2.MARZO. 3.JUNIO
1904	1.MARZO 2.ENERO 3.FEBRERO	1.JULIO 2.AGOSTO 3.MARZO
1908	1.MAYO 2.DICIEMBRE 3.MARZO	1.JULIO 2.AGOSTO 3.MARZO
1909	1.MARZO 2.DICIEMBRE 3.FEBRERO	1.MARZO 2.ENERO 3.AGOSTO
1910	1.ABRIL 2.ENERO 3.FEBRERO	1.ENERO 2.MARZO 3.ABRIL
1911	1.ENERO 2.FEBRERO Y MARZO 3.MAYO	1.AGOSTO 2.ENERO 3.JULIO
1912	1.ENERO 2.MARZO 3.FEBRERO Y MAYO	1.DICIEMBRE 2.ENERO 3.MARZO
1913	1.DICIEMBRE 2.MARZO 3.ABRIL	1.JULIO 2.AGOSTO 3.ENERO
1914	1.MARZO 2.ENERO 3.ABRIL	1.ENERO 2.MARZO 3.AGOSTO
1915	1.DICIEMBRE 2.ENERO 3.FEBRERO	1.JULIO 2.AGOSTO 3.ENERO
1917	1.DICIEMBRE 2.ABRIL 3.ENERO	1.DICIEMBRE 2.MARZO 3.ENERO
1918	1.DICIEMBRE 2.JUNIO 3.NOVIEMBRE	1.OCTUBRE 2.NOVIEMBRE 3.SEPTIEMBRE
1919	1.MARZO 2.ENERO 3.ABRIL	1.ENERO 2.DICIEMBRE 3.MARZO
1920	1.FEBRERO 2.ENERO 3.MARZO	1.ENERO 2.FEBRERO 3.MARZO



## 7.7. ANEXO 7. Cuadro con frecuencias absolutas y relativas de enfermedades epidémicas según clasificación propia Herrera – Almenara- Rodríguez. Cádiz, 1900 – 1920

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920
012	20 0,8	7 0,3	11 0,4	3 0,2	7 0,3	10 0,5	3 0,1	13 0,6	4 0,2	7 0,3	14 0,7	11 0,6	12 0,6	6 0,3	12 0,6	8 0,4	8 0,4	10 0,5	12 0,5	10 0,4	4 0,2
016	572 24,8	573 24,8	504 20,3	426 21,4	425 19,2	387 18,3	434 19,6	363 17,9	355 18,3	372 18,1	347 18,2	351 17,7	318 15,4	325 17,5	393 19,1	364 18,7	375 17,1	381 17,6	465 17,9	492 19,2	393 17,5
017	1 0	1 0	9 0,4	5 0,3	2 0,1	5 0,2	11 0,5	11 0,5	9 0,5	2 0,1	1 0,1	4 0,2	4 0,2	0 0	0 0	5 0,3	2 0,1	4 0,2	2 0,1	6 0,2	2 0,1
018	5 0,2	8 0,3	57 2,3	1 0,1	38 1,7	30 1,4	2 0,1	3 0,1	12 0,6	9 0,4	2 0,1	3 0,2	16 0,8	2 0,1	28 1,4	1 0,1	41 1,9	4 0,2	13 0,5	5 0,2	0 0
110	125 5,3	109 4,7	145 5,8	131 6,6	116 5,2	107 5,1	122 5,5	120 5,9	132 6,8	118 5,7	112 5,9	123 6,2	119 5,8	132 7,1	108 5,3	119 6,1	103 4,7	107 5,0	133 5,1	111 4,3	125 5,6
113	79 3,4	61 2,6	28 1,1	34 1,7	25 1,1	31 1,5	19 0,9	46 2,3	21 1,1	32 1,6	22 1,2	17 0,9	18 0,9	18 1,0	16 0,8	16 0,8	22 1,0	32 1,5	179 6,9	101 3,9	23 1,0
115	5 0,2	3 0,1	2 0,1	0 0	1 0	2 0,1	5 0,2	7 0,1	1 0,1	2 0,1	1 0,1	1 0,1	3 0,1	4 0,2	1 0	2 0,1	2 0,1	2 0,1	2 0,1	4 0,2	2 0,1
116	65 2,8	52 2,3	57 23	40 2,0	46 2,1	46 2,2	39 1,8	35 1,7	43 2,2	33 1,6	48 2,5	26 1,3	24 1,2	23 1,2	27 1,3	33 1,7	55 2,5	42 1,9	37 1,4	47 1,8	32 1,4
119	2 0,1	0 0	2 0,1	0 0	11 0,5	13 0,6	31 1,4	83 4,5	2 0,1	0 0	2 0,1	18 0,9	42 2,0	13 0,7	0 0	3 0,2	6 0,3	0 0	30 1,2	55 2,1	1 0
031	183 7,8	174 7,7	229 9,2	164 82	211 9,5	175 8,3	213 9,9	173 8,5	183 9,4	184 8,9	167 8,8	189 9,5	168 8,2	143 7,7	189 9,2	195 10,0	191 8,7	146 6,8	214 8,2	202 7,9	186 8,3

012 Difteria y otras denominaciones

016 TBC

017 Coqueluche o tos ferina

018 Sarampión

110 Meningitis y encefalitis

113 Gripe y otras complicaciones

115 Malaria o paludismo

116 Otras infecciones

119 Viruela

031 Enfermedades nutricionales infantiles

## 7.8. ANEXO 8. Cuadro con frecuencias absolutas y relativas de enfermedades epidémicas según clasificación de Bertillon. Cádiz, 1900 – 1920

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	
01019	20 0,8	6 0,3	10 0,4	3 0,2	8 0,4	10 0,5	2 0,1	13 0,6	4 0,2	7 0,3	13 0,7	11 0,6	12 0,6	6 0,3	12 0,6	8 0,4	8 0,4	10 0,5	12 0,5	9 0,4	4 0,2	
01018	1 0	1 0	9 0,4	5 0,3	2 0,1	5 0,2	11 0,5	11 0,5	9 0,5	2 0,1	1 0,1	6 0,3	4 0,2	0 0	0 0	5 0,3	2 0,1	4 0,2	2 0,1	6 0,2	3 0,1	
01016	5 0,2	8 0,3	57 2,3	1 0,1	38 1,7	30 1,4	2 0,1	3 0,1	12 0,6	9 0,4	2 0,1	3 0,2	16 0,8	2 0,1	30 1,5	1 0,1	41 1,9	4 0,2	13 0,5	5 0,2	0 0	
02262	125	110	145	129	115	107	122	120	132	118	111	123	119	132	108	119	103	107	130	112	125	
02260	5,3	4,8	5,9	6,5	5,2	5,1	5,6	5,9	6,8	5,7	5,8	6,2	5,8	7,1	5,3	6,1	4,7	5	5,1	4,4	5,5	
01110	80 3,4	61 2,6	29 1,2	35 1,8	25 1,8	31 1,5	19 0,9	46 2,3	21 1,1	32 1,6	22 1,2	17 0,9	18 0,9	18 1,0	16 0,8	16 0,8	22 1,0	32 1,5	178 6,9	101 3,9	23 1,0	
01014	5 0,2	3 0,1	2 0,1	0 0	1 0	2 0,1	6 0,3	2 0,1	6 0,3	2 0,1	1 0,1	3 0,2	3 0,1	5 0,3	1 0	2 0,1	2 0,1	2 0,1	2 0,1	5 0,2	2 0,1	
01119	48 2,1	36 1,5	37 1,5	30 1,5	26 1,2	3 0,1	21 0,9	16 0,8	26 1,3	22 1,1	22 1,2	9 0,5	6 0,3	12 0,7	15 0,7	13 0,7	24 1,1	22 1,0	14 0,5	14 0,5	1 0	
01015	2 0,1	0 0	2 0,1	0 0	11 0,5	13 0,6	31 1,4	83 4,1	2 0,1	0 0	2 0,1	18 0,9	42 2,0	13 0,7	0 0	3 0,2	6 0,3	0 0	30 1,2	55 2,1	1 0	
10151	133	121	194	140	181	141	167	147	145	155	143	157	144	120	160	195	193	140	215	193	189	
10150	5,6	5,3	7,8	7,0	8,1	4,7	7,6	7,2	7,5	7,6	7,5	7,9	6,9	6,6	7,8	10	8,8	6,5	8,2	7,5	8,4	
01112								1														
01113			1				1		1											1	1	1
01011	20 0,8	21 0,9	23 0,9	14 0,7	16 0,7	13 0,6	7 0,3	14 0,7	10 0,5	8 0,4	16 0,8	13 0,17	5 0,2	7 0,4	5 0,2	6 0,3	7 0,3	6 0,3	10 0,4	8 0,3	5 0,2	
01012		1 0,0				1 0,0	1 0,0	1 0														
01017	1 0,0	4 0,2			2 0,1		2 0,1	2 0,1		3 0,1	7 0,4			1 0,1	1 0,0	1 0,1				1 0,0		
07138	6	5	6	3	4	6	6	7	7	5	1	7	1	6	8	11	3	8	7	3	5	
07137	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,1	0,4	0	0,3	0,4	0,6	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2	

01019 Difteria y crup  
01018 Tosferina  
01016 Sarampión  
02262-02261 Meningitis y encefalitis  
01110 Gripe  
01012 Fiebre intermitente y caquexia palúdica  
01119-01120 Otras afecciones epidérmicas + infección purulenta y septicemia  
01015 Varicela  
10151-11152-11153 Vicios congénita de conformación (excepto los nacidos muertos); Debilidad congénita, ictericia y esclerodermia; Otras enfermedades peculiares de la primera infancia  
01011 Fiebre tifoidea  
01012 Tifus exantemático  
01017 Escarlatina  
07138-07137 Septicemia puerperal  
01112 Cólera Asiático  
01113 Cólera nostras

**7.9. ANEXO 9. Inscripción núm. 259. "Restos humanos".  
Libro 92. Distrito Santa Cruz. 28 / 03 / 1900. Registro  
Civil de Cádiz**

<p>Número <u>259</u> <u>Restos humanos</u></p>	<p>la ciudad de Cádiz, término municipal, partido y provincia de idem, á la <u>una</u> de la <u>tarde</u> del día <u>veinte y ocho</u> de <u>Marzo</u> de mil novecientos ante el Sr. Ldo. D. <u>León María Regijo y Obispo</u> Juez Municipal' <u>B</u> del Distrito de Santa Cruz y D. <u>Pedro Gordillo y Bañista</u> Secretario <u>empresario</u> <u>Oficio del juzgado de Instrucción de esta, acompañado de testimonio del referido juzgado, en el que se manifiesta que en diligencias que se instruyeron en dicho juzgado por el hallazgo en el mar y sitio inmediato á la Ciénega de esta Ciudad, de unos restos humanos, se ha hecho el reconocimiento debido por los médicos forenses <u>Maldonado y</u> <u>su</u> <u>equilibrado</u> <u>incompleto</u> <u>de</u> <u>un</u> <u>hombro</u> <u>de</u> <u>edad</u> <u>adulto</u> <u>compuesto</u> <u>de</u> <u>la</u> <u>hueso</u> <u>escapular</u> <u>costillas</u> <u>y</u> <u>esternón</u> <u>costas</u> <u>y</u> <u>ambos</u> <u>humeros</u> <u>y</u> <u>la</u> <u>parte</u> <u>superior</u> <u>de</u> <u>las</u> <u>dos</u> <u>claviculas</u> <u>y</u> <u>de</u> <u>los</u> <u>dos</u> <u>humeros</u> <u>disponiendo</u> <u>dicha</u> <u>anatomía</u> <u>de</u> <u>todas</u> <u>las</u> <u>visceras</u> <u>y</u> <u>tejidos</u> <u>anexas</u> <u>quedando</u> <u>tan</u> <u>solo</u> <u>los</u> <u>ligamentos</u> <u>articulares</u> <u>sin</u> <u>que</u> <u>por</u> <u>la</u> <u>razón</u> <u>y</u> <u>aparte</u> <u>de</u> <u>las</u> <u>diligencias</u> <u>particulares</u> <u>se</u> <u>hayan</u> <u>avido</u> <u>en</u> <u>conocimiento</u> <u>de</u> <u>quien</u> <u>son</u> <u>la</u> <u>persona</u> <u>á</u> <u>que</u> <u>deben</u> <u>restos</u> <u>proceder</u> <u>se</u> <u>relacionado</u> <u>con</u> <u>suas</u> <u>expresion</u> <u>resulta</u> <u>de</u> <u>dichas</u> <u>diligencias</u>.</u></p> <p>En vista de esta manifestación y del <u>testimonio del juzgado de Instrucción</u> <u>certificación facultativa</u> presentado, el Sr. Juez Municipal dispuso se extendiese la presente acta de inscripción, consignándose en ella, además de lo expuesto, y en virtud de las noticias que se han podido adquirir, lo siguiente:— Que el referido <u>foyo</u> <u>de</u> <u>los</u> <u>siguientes</u> <u>mas</u> <u>se</u> <u>trata</u> <u>de</u> <u>los</u> <u>restos</u> <u>humanos</u>.</p>
--	--

Y que al cadáver se le dará sepultura en el cementerio *Colón*  
de esta ciudad

Fueron testigos presenciales del acto D. *Antonio Macario* y *Don Francisco de San Juan*, naturales de *Cádiz*, mayores de edad, casados, empadronados y domiciliados en esta ciudad.

Leída íntegramente esta acta é invitadas las personas que deben suscribirla á que la leyeran por si misma si así lo creían conveniente, se estampó en ella el sello del Juzgado Municipal y la firmaron el Sr. Juez, y los testigos, de que entiendo

*Don M. Reyes*

*Antonio Macario*

*Francisco de San Juan*

*[Signature]*

