

Estudio biológico de la población rural española en el reinado de Isabel II: Aguilar de la Frontera.

Francisco Miguel Espino Jiménez

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo fundamental de esta investigación es el análisis del movimiento natural de la población rural española a través de un caso concreto y durante un período significativo tanto por su amplitud cronológica, como por la importancia que el reinado propiamente dicho de Isabel II (1843-1868) tuvo en la Historia de España dadas las destacadas transformaciones políticas, económicas y sociales que se desarrollaron en el mismo.

Sin embargo, desde un punto de vista demográfico, los cambios experimentados en Europa fueron más tardíos en nuestro país. En este sentido, en los países europeos occidentales la revolución demográfica desencadenó ya en el siglo XVIII el ciclo moderno de la población, caracterizado por: la reducción de la mortalidad catastrófica a partir del siglo XVIII, de la mortalidad ordinaria durante la primera mitad del XIX y de la fecundidad a partir de la segunda mitad de dicho siglo; el envejecimiento de la población desde principios del siglo XX; y, la desaceleración del crecimiento desde el segundo cuarto de la centuria pasada. Mientras que en España la transición del ciclo antiguo al moderno se resistió en producirse, debido a que, pese a la reducción de la mortalidad catastrófica a fines del XVIII, la misma no culminó hasta 1900, sin olvidar que el descenso de la mortalidad ordinaria, sobre todo la infantil, se aceleró a partir de la Guerra Mundial, y la rebaja de la fecundidad tuvo lugar a principios del siglo XX¹.

Por otro lado, en cuanto a la delimitación espacial del trabajo, cuyos resultados vamos a desarrollar a continuación, hemos escogido una población de la Campiña de Córdoba que a mediados del siglo XIX rondaba los diez mil habitantes, por lo tanto, es una población de un considera-

ble tamaño que nos permitirá acercarnos a la realidad biológica rural española en dicha época a través del estudio de un caso específico.

Antes de concluir esta breve introducción, debemos señalar al lector que, aunque el presente artículo se centra fundamentalmente en uno de los factores demográficos, la mortalidad, clave en la evolución de la población en el siglo XIX, esto no quiere decir que el mismo lo estudie de forma aislada, sino que, por el contrario, tenemos muy en cuenta la relación con el otro factor natural de toda población, la natalidad, resultando indudable la trascendencia secular que tienen el nacimiento y la muerte en la vida del individuo, así como en el devenir de la colectividad en la que éste se integra, respecto a la evolución biológica, la sociabilidad, las costumbres, las pautas de conducta, etc.

2. FUENTES Y METODOLOGÍA.

Las fuentes principales en las que se sustenta la investigación que hemos llevado a cabo proceden del Archivo Parroquial de Santa María del Soterraño de Aguilar de la Frontera (en adelante A. P. S. A.)², única parroquia existente en la referida población durante el período isabelino.

La razón fundamental para haber recurrido a las fuentes parroquiales está en que el Registro Civil no se implantó en España hasta la Ley de 17 de julio de 1870. No obstante, ya existían registros civiles antes de aquella fecha³; concretamente, para el caso específico de Aguilar, se conservan listados de nacimientos, de matrimonios y de defunciones⁴, que cronológicamente abarcan desde 1841 a 1860⁵. Así pues, estos documentos no contienen completamente el período de nuestro estudio y, en los mismos, también, se incluyen los casos registrados en la entonces aldea de Zapateros (actual pueblo de Moriles), que contaba con

¹ Cfr. J. NADAL, *La población española (Siglos XVI a XX)*, Barcelona, 1984, pp. 14-7. Vid. etiam M. LIVI BACCI, *Historia de la población europea*, Barcelona, 1999, pp. 130-43.

² Para el período de este estudio, estos libros se encuentran sin lagunas temporales, siendo los siguientes: Libros de Bautismos núms. 55-72. Libros de Desposorios núms. 20-28 y Libros de Defunciones núms. 11-24.

³ En España los primeros intentos de organización civil del Registro se iniciaron en 1813, repitiéndose en 1823, en 1841 y en el proyecto de Código de 1851. Cfr. D.-S. REHER y A. VALERO LOBO, *Fuentes de información demográfica en España*, Madrid, 1995, p. 84.

⁴ Archivo Municipal de Aguilar de la Frontera (en adelante A. M. A.), Registro Civil de nacidos, de matrimonios y de defunciones, legs. 305-318.

⁵ De cronología anterior y relativos a lo enunciado, en el archivo municipal aguilareño se conservan los siguientes documentos: copia de la lista de difuntos entregada por el cura párroco en 1805 (leg. 537, exp. 5) y, un libro de nacidos, otro de matrimonios y otro de difuntos fechados en 1836 (leg. C57, exps. 1, 2 y 3).

parroquia propia, por lo que sus datos demográficos no serán tenidos en cuenta en este artículo.

Por lo tanto, el haber optado por el análisis de los libros eclesiásticos responde a la ausencia de una fuente de carácter civil que nos permita estudiar el movimiento de la población a nivel local. Sin olvidar, la aquilatada riqueza de la información que aquellos nos proporcionan⁶.

En cuanto al origen de los libros sacramentales (bautismos, confirmaciones, matrimonios y defunciones), al parecer, los libros de bautismos y matrimonios ya se redactaban en España por iniciativa propia de los eclesiásticos desde finales de la Edad Media o principios del siglo XVI, pero fue en el Concilio de Trento cuando se sancionó la obligación de lo que ya se estaba practicando en bastantes diócesis con el fin de conocer las relaciones de parentesco y los posibles impedimentos matrimoniales. Finalmente, la Real Cédula de 12 de julio de 1564 convirtió en ley el decreto tridentino, aunque los libros de defunciones tienen un origen posterior al resto de las partidas, implantándose la obligatoriedad de su registro por el Ritual Romano de 1614⁷.

Con respecto a la precisión de estos libros, teniendo siempre en cuenta que no se trata de fuentes realizadas con un fin estadístico, Pérez Moreda señala que las mismas autoridades religiosas exigieron desde el principio rigor en la confección de estos registros, intercalándose entre sus folios las "visitas" periódicas, lo que: "[...] tiene indudable importancia en lo que se refiere a la fiabilidad del contenido de esta fuente, ya que [...] los registros van a contar con una especie de autocontrol de la integridad y exactitud de su contenido"⁸. No obstante, pueden presentar diversas carencias, como: no registrar a los niños fallecidos antes de ser bautizados al ser libros de registro de bautismos, no de nacimientos; duplicar las partidas de matrimonios, al celebrarse primero los desposorios y luego las velaciones; no inscribir a los religiosos regulares que eran enterrados en

sus conventos, a los niños fallecidos al nacer sin bautizar o a los difuntos en períodos de alta mortalidad, como durante las epidemias.

Como ya hemos comentado en la introducción, el presente artículo se centra en estudiar la mortalidad en una zona rural del sur de España a través de los libros parroquiales de defunciones de Aguilar de la Frontera, teniendo en cuenta las 9.875 partidas analizadas, el total de las mismas durante el período indicado.

Con respecto a la información que esta fuente nos aporta, prácticamente durante todo el período analizado se mantuvo la misma forma de inscribir las partidas de sepelios, consignando: el cargo del sacerdote que ordenaba dar sepultura; la fecha en que se dio sepultura; el nombre, el estado civil —en caso de matrimonio o viudez, también, se recogía el nombre del cónyuge— y la edad del difunto; si no procedía de Aguilar; el día en que falleció; causa de la defunción, siempre expresando "según el facultativo"; si testó; el nombre de los testigos; la fecha de la inscripción; la firma del sacerdote que ordenó la sepultura; y, en el margen izquierdo de la partida, el nombre del difunto y el tipo de entierro. En los años 50, se introdujeron algunos cambios en la redacción, expresándose más datos, como: el nombre de los padres y la ocupación del difunto (dato que ya se registraba respecto a algunos estamentos, como el de los militares, los eclesiásticos y, los que ostentaban un título nobiliario o pertenecían a las distintas órdenes de caballería) y, si había recibido los santos sacramentos o no. Sin embargo, en la década siguiente, se suprimió la inscripción de la profesión⁹.

Con toda esta información, podemos acercarnos a la realidad de cómo afectaba la muerte a los aguilarenses de mediados del siglo XIX, teniendo en cuenta: el sexo; la edad; el estatus social; la causa de la defunción; el lugar de procedencia; los tipos de entierros; si testaban y quiénes lo hacían; etc.

⁶ A este respecto, Álvarez Santaló, en referencia a lo ya expuesto por historiadores y demógrafos como Mols, Ruiz Almansa, Pirenne, Domínguez Ortiz, Reinhard y Henry, señala que: "Los Registros Parroquiales, como fuente para contabilizar el movimiento natural de una población, son, sencillamente, en tanto no surgen las inscripciones oficiales del estado civil, únicos". *La población de Sevilla en el primer tercio del siglo XIX*, Sevilla, 1974, p. 21.

⁷ Cfr. V. PÉREZ MOREDA, *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Madrid, 1980, pp. 26-7 y 29. Para el caso de Aguilar, la fecha inicial de los libros de bautismos conservados en la Parroquia del Soterraño es anterior a Trento, 1534, mientras que el primer libro de matrimonios se abrió en 1565, coincidiendo con la Real Cédula; por contra, los libros de entierros conservados en la misma son mucho más tardíos, retrasándose dos siglos, 1744, aunque, como precedentes inmediatos de estos, existen libros de entablo de testamentos desde 1666.

⁸ *Op. cit.*, p. 28.

⁹ A continuación, transcribimos algunos ejemplos de cómo se redactaban las partidas de defunción:

"Como cura en Santa María del Soterraño, Iglesia Parroquial de esta villa de Aguilar, obispado de Córdoba, mandé dar sepultura en el día de la fecha al cadáver de María Francisca Llamas, viuda de Santiago Alberca, de 77 años, falleció el veinte y seis del actual de pulmonía según el facultativo y fueron testigos D. Juan Cuesta y Francisco Giménez. Y para que conste lo firmo en dicha villa a veinte y siete de Febrero de mil ochocientos y quarenta y tres. Lorenzo José Conde. [En el margen izquierdo] María Francisca Llamas, entierro entre solemne."

A. P. S. A., Libro de Defunciones núm. 11 (1841-1846), fol. 76v.

"Como cura propio de esta parroquia de Nuestra Señora del Soterraño, de la villa de Aguilar de la Frontera, provincia y obispado de Córdoba, mandé dar sepultura en el día de la fecha al cadáver de Juan Muñoz de veinte y cuatro años, oficio del campo, hijo de Antonio y Jacinta Trigos, naturales de Puente Genil, marido de Rosa González, natural de Jijona, provincia de Alicante, falleció el día anterior de diarrea, según el facultativo. Recibió los Santos Sacramentos y no testó. Testigos D. Andrés Montilla presbítero sacristán y Ramón Campos. Y para que conste lo firmo a diez de Enero de mil ochocientos cincuenta y tres. Francisco Solano Jurado. [En el margen izquierdo] Juan Muñoz. Entierro de caridad."

A. P. S. A., Libro de Defunciones núm. 15 (1851-1853), fol. 5.

"Como cura propio de la Parroquia de Nuestra Señora del Soterraño de la villa de Aguilar de la Frontera, provincia y obispado de Córdoba, mandé dar sepultura en el día de la fecha al cadáver de María Josefa Gómez de noventa y tres años, hija de José y de Macabea Castilla, mujer de José Poyato, todos naturales de esta villa, falleció el día anterior de diarrea, según el facultativo, no recibió los Santos Sacramentos ni testó, siendo testigos D. Antonio Moreno sacristán y Ramón Campos. Y para que conste lo firmo a dos de Mayo de mil ochocientos sesenta y ocho. Francisco Canalejo. [En el margen izquierdo] María Gómez, entierro llano."

A. P. S. A., Libro de Defunciones núm. 24 (1865-1869), fol. 306v.

Así pues, dada la importante información tanto cuantitativa como cualitativa, y siempre bajo la premisa del esfuerzo para alcanzar el máximo grado de exigencia del investigador sobre las fuentes, hemos desarrollado una metodología basada en la elaboración de una serie de fichas de todas y cada una de las partidas de los tres libros sacramentales, las cuales han sido sometidas al oportuno tratamiento informático para obtener los resultados que comentaremos seguidamente.

Desde luego, el estudio de estos datos nos permitirá, en el caso del presente artículo, conocer no sólo el extenso número absoluto de defunciones y las respectivas tasas, sino, también, la actitud social de una población rural decimonónica ante uno de los procesos biológicos insalvables para el ser humano, la muerte.

3. ESTADO DE LA POBLACIÓN A MEDIADOS DEL SIGLO XIX.

Uno de los problemas más importantes para desarrollar el presente estudio ha sido determinar la evolución de la población de Aguilar durante el período. Si tenemos en cuenta que únicamente se realizaron dos censos, en 1857 y en 1860, muy próximos cronológicamente, hemos tenido que recurrir a los padrones conservados en el Archivo Municipal, pero estos no existen para todos los años y, además, registran un número de habitantes menor al de los censos, dado que, a diferencia de estos, no incluyen los individuos que habitaban los pequeños núcleos dispersos por el campo en su totalidad, sin desechar un más que probable ocultamiento, dado que dicha fuente se realizaba con la finalidad de establecer el número de mozos que correspondía aportar al reemplazo general (es decir, a más población, más quintos). Así pues, los datos de los padrones no son fiables, teniendo un valor más bien orientativo¹⁰.

En vista del cuadro núm. 1, durante este período, la población aguilarense estuvo en crecimiento, pero con marcados altibajos, debido al desigual comportamiento biológico de la población, y a otro factor, la emigración, fenómeno que para el siglo XIX cordobés aún no se ha constatado, dada la ausencia de estudios publicados que nos permitan conocer su evolución. Sin olvidar el ya mencionado ocultamiento, como por ejemplo en 1864, en que hubo un alza espectacular de la población de un año para otro, sin que esto se debiera a motivos biológicos o a la llegada de inmigrantes, dado que no hubo un marcado crecimiento de los nacimientos o un descenso igualmente significativo de las defunciones, y la precaria situación económica de Aguilar, básicamente agrícola, impedía una inmigración masiva.

Inciendiando en un análisis más pormenorizado de la dinámica biológica —véase gráfico núm. 1— para los años en que disponemos de datos, comprobamos que el creci-

Cuadro núm. 1

Evolución biológica de la población de Aguilar (1843-1868).

Años	A	B	C	D	T.B.N.	T.B.M.	C.V.
1843	9.209	433	193	240	47	20,96	26,04
1844	9.755	462	217	245	47,36	22,24	25,12
1845	9.884	446	279	167	45,12	28,23	16,89
1846	10.016	434	465	-31	43,33	46,43	-3,
1847	9.967	463	316	147	46,45	31,7	14,75
1848	10.019	416	318	98	41,52	31,74	9,78
1849		487	317	170			
1850	10.033	458	325	133	45,65	32,39	13,26
1851		466	404	62			
1852	10.440	424	310	114	40,61	29,69	10,92
1853	10.171	402	338	64	39,52	33,23	6,29
1854	10.176	412	374	38	40,49	36,75	3,74
1855	10.330	446	489	-43	43,17	47,34	-4,17
1856	10.384	441	372	69	42,47	35,82	6,65
1857	11.613	392	885	-493	33,75	76,21	-42,46
1858	10.478	479	341	138	45,71	32,54	13,17
1859		382	309	73			
1860	11.722	400	378	22	34,12	32,25	1,87
1861	10.607	440	331	109	41,48	28,21	13,27
1862	10.308	442	350	92	42,88	33,95	8,93
1863	10.414	471	498	-27	45,23	47,82	-2,59
1864	10.823	475	349	126	43,89	32,25	11,64
1865		461	400	61			
1866	10.578	486	450	36	45,94	42,54	3,4
1867		436	357	79			
1868		391	510	-119			
Media		440,19	379,81	60,38	42,78	36,11	6,67

A: Población de hecho de Aguilar. B: Cifras absolutas de bautizados.

C: Cifras absolutas de entierros. D: Diferencia de las cifras absolutas de bautizados y entierros.

Fuente: A. M. A., Padrones y censos de los años respectivos, legs. 215-222 y 298.

A. P. S. A., Libros de bautismos núms. 55-72 y Libros de defunciones núms. 11-24.

Elaboración propia.

miento vegetativo fue positivo salvo en cuatro de los mismos —1846, 1855, 1857 y 1863; a los que habría que sumar 1868, dado que, pese a no contar con datos sobre el número de habitantes, las defunciones sobrepasaron ampliamente a los nacimientos— debido a las crisis de mortalidad que comentaremos más adelante.

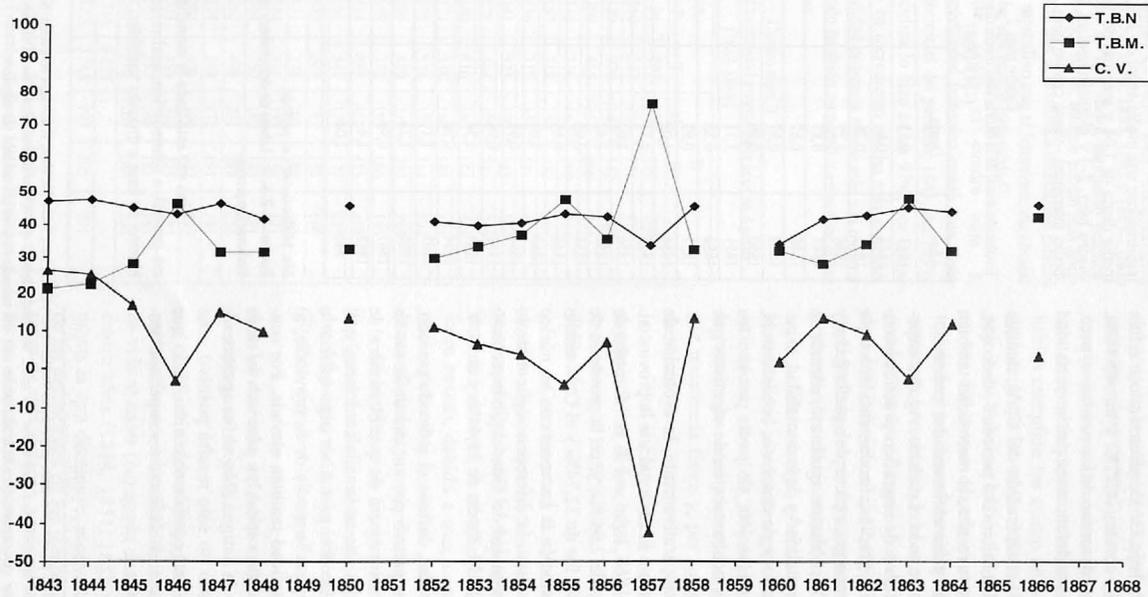
No obstante, se pueden distinguir varias fases en esta ascendente evolución demográfica de Aguilar, atendiendo al movimiento natural, que son las siguientes:

—De 1843 a 1852: se aprecia un crecimiento vegetativo espectacular, superando ampliamente varios años el 10% —caso de 1843 con un 26,04%, 1844 con un 25,12%, 1845 con un 16,89%, 1847 con un 14,75%, 1850 con un 13,26% y 1852 con un 10,92%—¹¹, gracias a una

¹⁰ Como muestra de la disparidad de cifras, según los censos electorales de la época, Aguilar tenía la siguiente población: en 1846, 12.410 hab.; en 1850, 10.509 hab.; en 1853, 10.980 hab.; en 1863, 12.422 hab.; y en 1865, 12.442 hab. Pese a que en ellos se incluía la población de Zapateros, ésta prácticamente nunca superó en el período los 700 habitantes, por lo que según esta fuente la villa de nuestro estudio rondaría entre los 10.200 y los 11.500 hab. Cfr. E. AGUILAR GAVILÁN, *Vida política y procesos electorales en la Córdoba isabelina (1834-1868)*, Córdoba, 1991, pp. 201, 224, 257, 334 y 375.

¹¹ Además, debemos tener en cuenta que, pese a desconocer el crecimiento vegetativo exacto para los años 1849 y 1851, debió ser positivo atendiendo a la diferencia entre nacimientos y defunciones, no variando 1849 en demasía de los años anteriores, mientras que el de 1851 sí debió ser algo inferior.

Gráfico núm. 1
 Representación gráfica de la evolución de la T. B. N., de la T. B. M. y del C. V. en Aguilar (1843-1868)



Fuente: Datos del cuadro núm. 1. Elaboración propia.

altísima natalidad y a una mortalidad, pese a ser creciente, aún baja. Sin embargo, hubo una salvedad, el año 1846, en que el crecimiento vegetativo, con un -3,1%, fue negativo, como consecuencia de los estragos de una epidemia de viruela y del aumento de la mortalidad ordinaria, reduciéndose el número de bautizados y disparándose el de difuntos.

-De 1853 a 1857: bajo C. V., alcanzándose cifras negativas en 1855 y 1857 -con un -4,17% y un -42,46%, respectivamente-, debido al descenso de los naticios, pero, sobre todo, al aumento de las defunciones por la mortalidad catastrófica y ordinaria.

-De 1858 a 1868: recuperación del C. V., aunque sin llegar a los niveles de los inicios del periodo¹², dado que, aunque la natalidad se mantuvo alta, la mortalidad también aumentó por las epidemias y las enfermedades comunes.

En resumen, durante todo el período, Aguilar experimentó un paulatino ascenso demográfico prácticamente continuado hasta 1857¹³, gracias, fundamentalmente, a motivos biológicos. Sin embargo, a partir de aquella fecha y hasta el final del período, la población aguilarese, además de la diversa evolución de la natalidad y de la mortalidad, experimentó años de crecimiento y de descenso, consecuencia, quizá, de otro factor, la migración, sin pasar por alto los constantes y sistemáticos ocultamientos de efectivos que registraban los padrones.

Por otro lado, comparativamente, la evolución de estas cifras fue muy distinta a la nacional y a la provincial. En España, entre 1858 y 1868, hubo una T. B. M. media de 29,65% y un C. V. medio de 7,94 %; y, en la provincia de Córdoba, la T. B. M. media fue de 32,74% y el C. V. medio de 6,49%. Y, si la comparación la hacemos con un núcleo urbano, como Córdoba capital, la diferencia sigue estando bien marcada, dado que la ciudad del Guadalquivir presentó entre 1843 y 1868 una T. B. M. media de 34,44% y un C. V. medio de -2,14%¹⁴.

Así pues, en Aguilar, durante el indicado período, la tasa de mortalidad se mantuvo por encima de la media nacional y provincial, consecuencia de que el número de defunciones fue mucho más alto en la villa cordobesa; y, el movimiento natural aguilareño, pese a ser algo inferior a nivel de todo el país, superó la media de la provincia, al compararse con una natalidad también elevada. Por contra, en contraste con Córdoba capital, ya para toda la etapa isabelina, la T. B. M. de la antigua *Ipagro* fue igualmente mayor, pero el crecimiento no sólo resultó positivo, sino que, además, ascendió a una considerable cifra, dado que en la ciudad de la Mezquita las defunciones superaron ampliamente a los nacimientos.

4. LA DINÁMICA DE LA MORTALIDAD.

Como ya ha quedado claro en el estudio de la evolución demográfica de Aguilar durante el período isabelino, la mortalidad tuvo un importante papel, experimentando un aumento continuo con significativos picos en varios años, registrándose una media anual de 379,81 sepelios (con una media diaria de 1,04 y mensual de 31,64 entierros -véase cuadro núm. 2-) y alcanzándose un 101% de crecimiento medio interanual -véase cuadro núm. 3-.

Cuadro núm. 2

Evolución anual de la Mortalidad media diaria y mensual en Aguilar (1843-1868)

Años	Diaria	Mensual
1843	0,53	16,08
1844	0,6	18,08
1845	0,76	23,25
1846	1,27	38,5
1847	0,87	26,33
1848	0,87	26,5
1849	0,87	26,42
1850	0,89	27,08
1851	1,11	33,67
1852	0,85	25,83
1853	0,93	28,17
1854	1,02	31,17
1855	1,34	40,75
1856	1,02	31
1857	2,42	73,75
1858	0,93	28,42
1859	0,85	25,75
1860	1,04	31,5
1861	0,91	27,58
1862	0,96	29,17
1863	1,36	41,5
1864	0,96	29,08
1865	1,1	33,33
1866	1,23	37,5
1867	0,98	29,75
1868	1,4	42,5
Me	1,04	31,64

Me: Media durante el período.

Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24.

Elaboración propia.

Una vez estudiada la mortalidad en Aguilar de forma general, a continuación, analizaremos este factor de población en base a diversas variables.

¹² Como ocurriera en la década de los cuarenta, pese a no contar con valores para todos los años, si tenemos en cuenta la escasa diferencia en cifras absolutas entre los bautizos y los sepelios para casi todos los años, se puede deducir que el movimiento natural medio de esta etapa sería muy inferior al 10%. Además, debemos destacar que, aparte de 1863, el último año del reinado de Isabel II también fue negativo.

¹³ El lector debe tener en cuenta que el hecho de la importante población de este año es porque se ha tenido en cuenta los datos del censo, que da cifras de población más crecidas que los padrones al incluir las viviendas dispersas por el campo. Además, el mismo se confeccionó el 21 de mayo, meses antes del fulgurante ascenso de la mortalidad registrada como consecuencia de una epidemia de viruela. La población total del censo era de 12.212 hab., de los que: 10.575 hab. correspondían a la villa de Aguilar, 599 hab. a la aldea de Zapateros y 1.038 hab. a las distintas viviendas dispersas por el campo. *Nomenclátor de los pueblos de España de 1857, formado por la comisión de estadística general del reino*, Madrid, 1858, p. 235.

¹⁴ Para los datos de España, cfr. R. NICOLAU, "La población", en A. CARRERAS (Coord.), *Estadísticas históricas de España, siglos XIX-XX*, Madrid, 1989, pp. 69-70. Y, para los provinciales y de Córdoba capital cfr. C. MARTÍNEZ LÓPEZ, "La mortalidad en Córdoba en el segundo tercio del siglo XIX", *Axarquía*, 2 (1981), pp. 80-3.

4.1. El sexo.

Si revisamos los datos del cuadro núm. 3 y visualizamos el gráfico núm. 2, se observa que la mortalidad del varón (con un 51,9%) primó sobre la de la mujer (con un 48,1%), llegando, incluso, los funerales femeninos a superar a los masculinos en varios años –concretamente en siete: 1844, 1851, 1853, 1854, 1855, 1863 y 1865–, dado que las continuas crisis de mortalidad incidieron prácticamente por igual en los dos sexos, aunque nacían más hombres que mujeres, por lo que la dramática mortalidad infantil afectaba más al sexo masculino que al femenino, sin olvidar que la mujer alcanzaba una mayor longevidad¹⁵.

No obstante, según el cuadro núm. 3, porcentualmente la mortalidad femenina creció a un ritmo medio respecto al año inicial del período, 1843, del 105%, mientras que la masculina lo hizo en un 97%, por lo que aquella experimentó un incremento mucho más marcado, debido a que la mortalidad ordinaria afectó más a la mujer y a que durante el período también aumentó a un mayor ritmo el nacimiento de niñas.

Cuadro núm. 3

Evolución anual de la mortalidad general y por sexo en Aguilar (1843-1868)

Años	A			B		
	M	F	T	M	F	T
1843	102	91	193	100	100	100
1844	107	110	217	105	121	112
1845	150	129	279	147	142	145
1846	256	209	465	251	230	241
1847	170	146	316	167	160	164
1848	161	157	318	158	172	165
1849	161	156	317	158	171	164
1850	184	141	325	180	155	168
1851	179	225	404	175	247	209
1852	170	140	310	167	154	161
1853	167	171	338	164	188	175
1854	179	195	374	175	214	194
1855	223	266	489	219	292	253
1856	203	169	372	199	186	193
1857	471	414	885	462	455	458
1858	180	161	341	177	177	177
1859	170	139	309	167	153	160
1860	207	171	378	203	188	196
1861	187	144	331	183	158	171
1862	186	164	350	182	180	181
1863	236	262	498	231	288	258
1864	175	174	349	172	191	181
1865	198	202	400	194	222	207
1866	245	205	450	240	225	233
1867	192	165	357	188	181	185
1868	270	240	510	265	264	264
T	5.129	4.746	9.875			
Me	197,3	182,5	379,8	197	205	201

A: Mortalidad en cifras absolutas. B: Evolución % respecto al año inicial. M: Masculina. F: Femenina. T: Total. Me: Media del período.

Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24.

Elaboración propia.

4.2. La relación edad-sexo.

En cuanto a la mortalidad por grupos de edad –véase gráfico núm. 3–, destaca en gran medida la alta mortandad de los menores de un año, que alcanza la cifra de 3.335 individuos (el 33,77% del total), seguida de las defunciones del grupo que comprende entre uno y cuatro años con 1.913 individuos (el 19,37%), datos desorbitados si tenemos en cuenta que sumando ambos grupos da como resultado que más de la mitad de los difuntos durante el período apenas si habían cumplido los cuatro años de edad. A partir del siguiente grupo de edad, el de los cinco años, la mortalidad, pese a ser alta (con 442 individuos, el 4,48%), ya no alcanza las cifras tan dramáticas de los grupos anteriores, iniciándose un consolidamiento de la vida. En resumen, si sumamos la mortalidad de estos tres grupos, que se corresponden con los primeros años de la infancia, resulta un total de 5.690 individuos, el 57,62% de todos los fallecimientos en el período, lo que demuestra la altísima mortalidad en los primeros años de existencia.

Sin embargo, es entre los 10 y los 60 años cuando la mortalidad se rebaja en gran medida, englobando a 2.250 individuos, sólo el 22,79% del total; correspondiéndose con la primera juventud y la edad adulta en que ya hay una mayor resistencia física y, por lo tanto, la vida se hace más duradera.

Por último, a partir de los 60 años hay un nuevo repunte de las defunciones, alcanzando un total de 1.935 individuos, el 19,59%, dado el lógico envejecimiento de la población¹⁶.

Con respecto a la relación edad-sexo –véase gráfico núm. 3–, aunque en casi todos los grupos predomina el sexo masculino sobre el femenino –destacando la distancia entre los menores de un año (con casi un 3% de diferencia entre sexos), debido a que, como ya hemos comentado, nacían más niños que niñas–, hay algunas excepciones. Así, la mortalidad de la mujer fue superior o estuvo muy igualada a la del hombre entre los 15 y los 39 años, consecuencia de los trastornos de la menstruación, de los problemas derivados del parto y del inicio de la menopausia; y a partir de los 70 años, debido a la mayor longevidad de la mujer.

4.3. La estrecha relación entre la mortalidad infantil y la esperanza de vida.

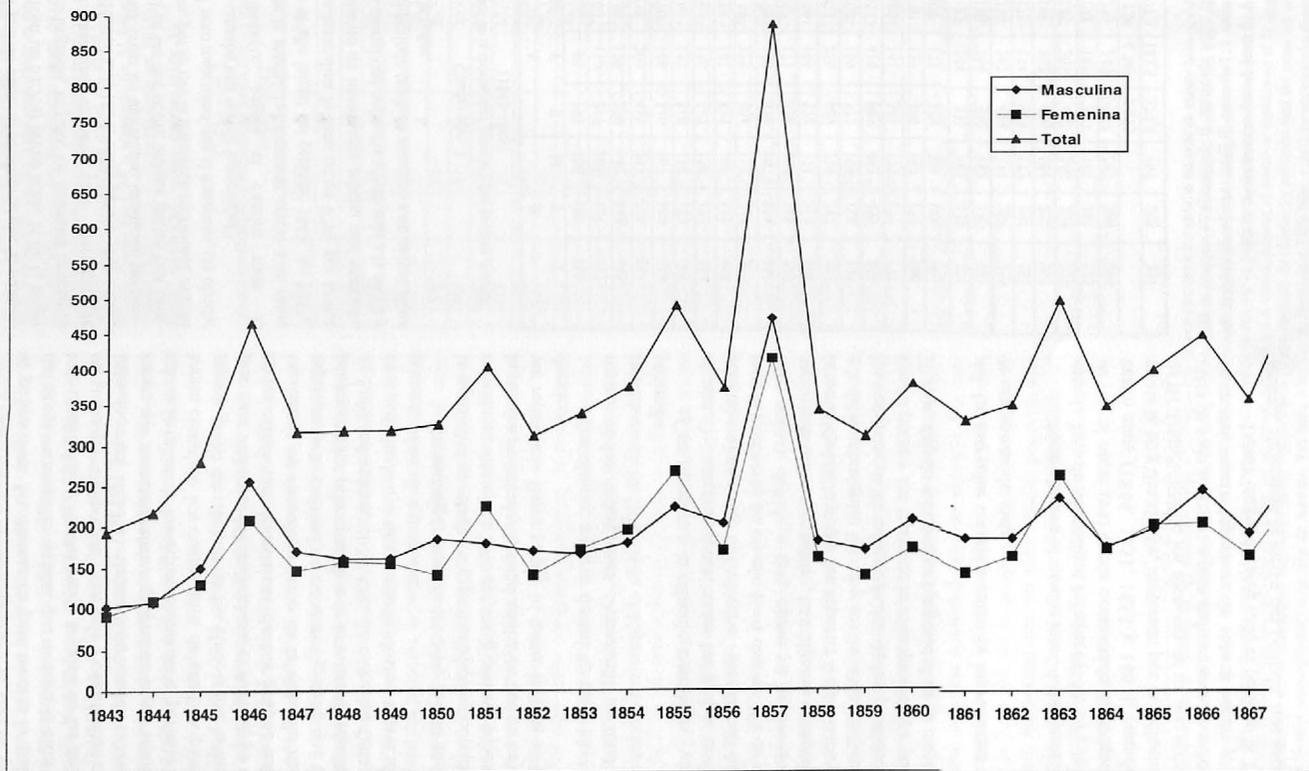
Si se observa el cuadro núm. 4, la estrecha relación entre la Tasa de Mortalidad Infantil (T. M. I.) y la esperanza de vida al nacer (eo) queda demostrada, dado que, salvo en cuatro años (1844, 1851, 1853 y 1861), cuando una aumenta la otra disminuye, motivada por la influencia directa de las defunciones de los menores de un año sobre la esperanza de vida al nacer: a más defunciones de niños menores de un año, menor esperanza de vida al nacer; y, viceversa.

Desde luego, durante todo el período la T. M. I. fue altísima, superando la media del período, que ascendía a un

¹⁵ De hecho, durante el período, en Aguilar nacieron 5.973 niños (el 52,19%), frente a las 5.472 niñas (el 47,81%). Además, fallecieron 1.805 niños (el 54,12%) y 1.530 niñas (el 45,88%) menores de un año.

¹⁶ La ciudad de la Mezquita presentó unos datos por grupos muy similares, por lo que en este caso no hubo diferencias entre el medio rural y el urbano. Cfr. C. MARTÍNEZ LÓPEZ, *op. cit.*, pp. 86-8.

Gráfico núm. 2
Representación gráfica de la mortalidad general y por sexo en Aguilar (1843-1868)



Fuente: Datos del cuadro núm. 3. Elaboración propia.

290,54% (lo que representaba que prácticamente tres de cada diez niños fallecían antes de superar los doce meses de vida) un total de doce años (1845, 1846, 1847, 1850, 1851, 1853, 1855, 1856, 1857, 1859, 1863 y 1868), debido a las epidemias y a los efectos de una mayor incidencia de las enfermedades ordinarias, destacando el año 1857, en que se disparó hasta alcanzar la cifra de 655,61% (casi siete de cada diez niños fallecieron antes de cumplir su primer año), seguida de 1846 con un 442,4% y de 1868 con un 388,75%, consecuencia de sendas epidemias de viruela en las dos primeras fechas y a la penosa crisis de subsistencias de la última que provocó el considerable aumento de las enfermedades ordinarias, las cuales afectaron, sobre todo, al grupo más débil de la población.

Las causas de este altísima mortalidad infantil son diversas. Un autor del siglo XIX, culpaba a la medicina, afirmando:

“En los cinco primeros años de vida y aún hasta los siete, la mortalidad es mayor en España que en Inglaterra y Francia, así como de los diez y ocho en adelante es menos notable en España que en los citados puntos. Lo cierto es que en todos los países la mortalidad es rápida hasta los siete primeros años, período temible para los padres de familia, especialmente en España, donde todavía la clase médica, una de las más útiles y honoríficas, una de las que tiene más inclinados sus sentimientos y abierta su alma a la compasión y a la filantropía, no ha procurado lo bastante difundir en la educación física de los niños, hasta la edad de siete años, más esmero en la higiene y en los tratamientos de las enfermedades.”¹⁷

Precisamente, las causas que provocaron esta alta mortalidad eran la alferecía, la viruela, la detención, el sarampión, la gastroenteritis, etc. Sin olvidar otros factores, como la escasez en la alimentación y las condiciones de insalubridad, tan presentes en la Aguilar isabelina.

Además, la T. M. I. que hemos barajado para Aguilar resulta más sobrecogedora si la comparamos con las cifras de la media nacional, que entre 1840 y 1869 ascendió a un 188,33%, un centenar de puntos por debajo de la aguilarense; así como con un núcleo urbano, la ciudad de Córdoba, cuyo año con una tasa más alta ascendió a un 294%¹⁸. Esto se debe a las agudas epidemias sufridas por la antigua *Poley*, que afectaron en gran medida a los menores de 1 año (viruela, sarampión, ...), destacando la de viruela en 1857, que por sí sola provocó 491 fallecidos, y a la mayor incidencia de la mortalidad ordinaria.

Por otro lado, si observamos las cifras relativas a la eo, resaltan las cotas tan bajas que alcanzó durante el período, situándose en una media de sólo 24,63 años. Edad muy alejada de la media española y andaluza, estimadas entre 1863 y 1870 en 29,8 y 30,6 años respectivamente¹⁹, consecuen-

cia, como ya es obvio, de una T. M. I. más elevada en Aguilar.

Por sexos, como era de esperar, la masculina, con una media de 23,73 años, era inferior a la femenina, con 25,54 años, consecuencia del una mortalidad infantil femenina más baja y de un mayor envejecimiento de la mujer. En cuanto a la evolución interanual de la eo, doce años no superan la media del período (1845-1851, 1857, 1861, 1863, 1865 y 1866), sobresaliendo entre ellos: 1857 con tan sólo 13,17 años de media, 1863 con 17,69 años y 1846 con 18,55 años, debido a dramáticas epidemias de viruela en el primero y último de dichos años, y de sarampión en el otro, que diezmaron a buena parte de la población menor de 12 años.

Cuadro núm. 4
Evolución anual de la esperanza de vida media y de la T. M. I. en Aguilar (1843-1868)

Años	M	F	G	T. M. I.
1843	24,69	26,26	25,47	163,97
1844	28,75	30,53	29,64	186,15
1845	21,49	22,87	22,18	295,96
1846	18,79	18,31	18,55	442,4
1847	20,5	20,46	20,48	295,9
1848	20,79	24,85	22,82	278,85
1849	20,32	28,28	24,3	258,73
1850	21,64	22,29	21,96	303,49
1851	21,48	24,11	22,8	326,18
1852	25,86	28,74	27,3	216,98
1853	29,52	26,15	27,83	320,89
1854	26,5	31,28	28,89	257,28
1855	26,35	27,92	27,14	331,84
1856	27,18	26,16	26,67	378,68
1857	13,54	12,8	13,17	655,61
1858	27,78	33,01	30,4	235,91
1859	25,18	26,73	25,96	348,17
1860	27,48	25,05	26,27	260
1861	21,95	26,28	24,11	213,64
1862	28,7	26,24	27,47	212,67
1863	17,57	17,82	17,69	341,83
1864	27,96	31,72	29,84	189,47
1865	19,44	25,07	22,26	253,8
1866	19,07	23,02	21,05	257,2
1867	31,8	30,43	31,11	188,07
1868	22,76	27,61	25,18	388,75
Me	23,73	25,54	24,63	290,54

M: Esperanza de vida Masculina.

F: Esperanza de vida Femenina.

G: Esperanza de vida General.

Me: Media durante el período.

Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24.

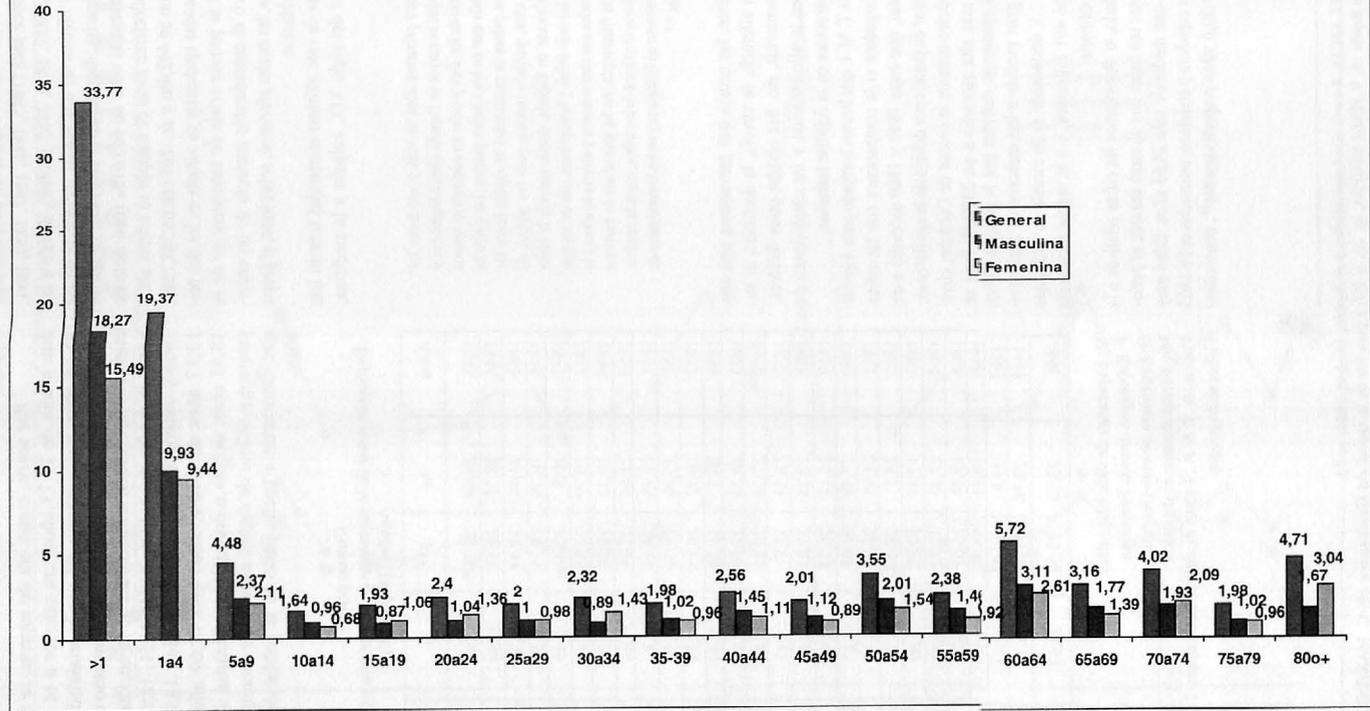
Elaboración propia.

¹⁷ Cfr. A. RAMÍREZ ARCAS, *Anuario económico-estadístico de España*, Madrid, 1859, p. 99.

¹⁸ Para los datos de España cfr. V. PÉREZ MOREDA, *op. cit.*, p. 155; y para los de la capital del Guadalquivir cfr. C. MARTÍNEZ LÓPEZ, *op. cit.*, pp. 88-92.

¹⁹ Cfr. V. PÉREZ MOREDA, “La población”, en *Historia de España de Ramón Menéndez Pidal*, vol. XXXIII, Madrid, 1997, p. 63.

Gráfico núm. 3
% Mortalidad por grupos de edad y sexo en Aguilar (1843-1868)



Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24. Elaboración propia.

4.4. La mortalidad por clases sociales.

Para determinar esta variante, nos hemos encontrado con el problema de que la fuente no presenta una continuidad en la inscripción de la actividad profesional, registrándose para todo el periodo únicamente la ocupación de algunas de las élites (fundamentalmente oficiales del ejército y, miembros de las órdenes militares y del clero). No obstante, pese a no poder determinar por estas razones la mortalidad desde un punto de vista de la clase social, hemos decidido realizar una muestra tomando el año 1855, dado que en el mismo sí se registraron al completo las profesiones y se desarrolló la epidemia de cólera, por lo que podemos determinar no sólo cómo afectaban a las distintas clases sociales las enfermedades ordinarias, sino, también, la mortalidad catastrófica.

En aquel año, de los 489 fallecidos, 45 pertenecían a la élite socioeconómica de la localidad (se registraban como hacendados, labradores, propietarios, profesiones liberales y militares), siendo su edad de 43,21 años, muy superior a la media de todos los grupos sociales de dicho año, cifrada en 27,14 años, por lo que las clases acomodadas gozaban de una vida más larga. En cuanto a las causas de muerte, la clase alta sufría prácticamente las mismas enfermedades ordinarias que el resto, apreciándose una diferencia en la mayor incidencia de las relacionadas con la vejez, lógicamente por su mayor longevidad; y, del mismo modo, también, quedaron a merced del cólera, que ocasionó 13 fallecidos entre sus miembros, pero sólo fueron el 9,77% del total

de víctimas provocadas por la epidemia.

Desde luego, estos datos demuestran que el alto poder adquisitivo de las élites les permitía acceder a unas condiciones higiénicas más favorables y a un menor hacinamiento, a obtener una asistencia sanitaria con una mayor calidad, a comprar los medicamentos que necesitaran, a disfrutar de una alimentación más copiosa y a desarrollar unos trabajos menos duros. De ahí que gozaran de una vida prolongada y, pese a ser afectados por la enfermedad, disponían de los medios suficientes para limitar su incidencia e incluso para marcharse del lugar en caso de epidemia.

4.5. La estacionalidad de la mortalidad.

Si observamos el cuadro núm. 5 y el gráfico núm. 4, se aprecia un máximo de defunciones coincidente con los meses estivales y los inicios del otoño (julio con 1.242 fallecidos, el 12,57%; agosto con 1.044, el 10,57%; septiembre con 1.044, el 10,36%; octubre con 1.018, el 10,31%; y, junio con 878, el 8,89%); seguido de los meses otoñales e invernales (noviembre con 819, el 8,29%; diciembre con 747, el 7,57%; y, enero con 660, el 6,68%). Mientras que los fallecimientos experimentan una significativa reducción en los meses de primavera (febrero con 538, el 5,45%; marzo con 612, el 6,2%; abril con 655, el 6,63%; y, mayo con 640, el 6,48%).

Esto encuentra su explicación en las condiciones climáticas características de esta zona.

Así pues, durante el verano e inicios del otoño, periodo en el que se alcanzan las temperaturas más altas y se

Cuadro núm. 5
EVOLUCIÓN MENSUAL DE LA MORTALIDAD AGUILARENSE EN CIFRAS ABSOLUTAS (1843-1868)

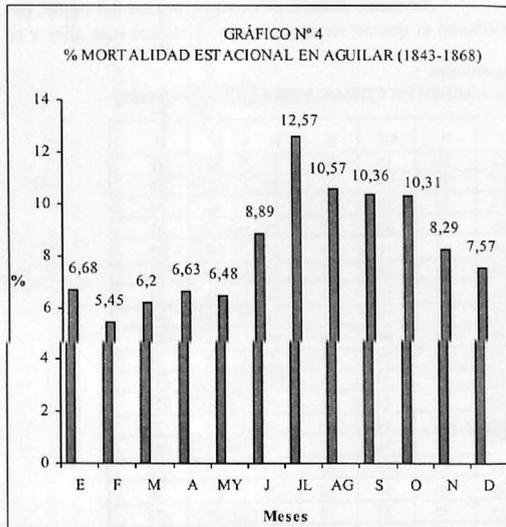
Meses/Años	E	F	M	A	MY	J	JL	AG	S	O	N	D
1843	16	15	14	11	14	22	20	16	10	17	22	16
1844	10	15	17	13	13	17	23	17	21	23	22	26
1845	20	20	16	35	13	14	31	39	25	16	22	28
1846	27	24	30	32	38	66	85	44	40	25	19	25
1847	19	17	20	18	18	26	33	31	38	36	27	33
1848	30	23	25	22	13	23	46	30	33	32	20	21
1849	29	13	19	24	20	26	47	31	30	30	19	29
1850	21	21	27	21	16	32	25	33	21	36	36	36
1851	32	20	17	12	27	39	58	36	46	45	44	28
1852	20	22	27	22	21	27	42	26	28	23	28	24
1853	35	21	25	16	14	30	34	30	29	36	33	35
1854	34	21	26	28	32	29	29	28	43	50	26	28
1855	36	19	16	39	31	41	142	64	39	24	15	23
1856	21	28	20	30	16	39	40	54	40	33	28	23
1857	18	23	16	20	31	49	65	102	182	214	119	46
1858	22	15	21	23	20	24	36	38	42	37	23	40
1859	25	21	20	19	22	15	35	37	33	21	28	33
1860	24	23	24	24	27	25	41	50	41	40	38	21
1861	30	14	25	21	20	33	26	32	34	38	28	30
1862	22	21	26	16	20	46	40	40	26	34	35	24
1863	19	25	30	34	34	40	103	64	52	40	28	29
1864	25	22	25	20	26	45	44	40	21	27	24	30
1865	30	28	21	27	17	45	52	28	28	33	38	53
1866	32	15	38	43	52	48	48	44	39	43	33	15
1867	29	20	22	38	36	26	32	34	34	28	36	22
1868	34	32	45	47	49	51	64	56	48	27	28	29
Total	660	538	612	655	640	878	1.241	1.044	1.023	1.018	819	747

Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24. Elaboración propia.

producen menos precipitaciones (lo cual se hace más significativo en Andalucía y especialmente en la Campiña de Córdoba, dado que secularmente las temperaturas alcanzan límites muy altos, mientras que la ausencia de lluvias provoca una pertinaz sequía, pudiendo alargarse la época estival hasta bien entrado el mes de octubre), por lo que el ambiente se enrarece y se hace sofocante, y las aguas se quedan estancadas, favoreciendo el aumento de su insalubridad y la presencia de parásitos (como el mosquito, transmisor del paludismo), favoreciendo una mayor incidencia de las enfermedades infectocontagiosas, especialmente de las gastrointestinales, llegando incluso a convertirse en dramáticas epidemias como estudiaremos en un próximo epígrafe, siendo, también, los más perjudicados los niños, al ser el grupo de edad más débil.

En cuanto al otoño y al invierno, las bajas temperaturas acrecientan las enfermedades respiratorias, fomentando el aumento de la mortalidad.

Por contra, durante el final del invierno y toda la primavera, las temperaturas suaves y las cuantiosas precipitaciones que se producen en esta estación favorecen un menor número de enfermedades, lo que a su vez supone un apreciable descenso de la mortalidad estacional, comportamiento coincidente plenamente con las condiciones experimentadas en Córdoba capital durante mediados del siglo XIX²⁰.



Fuente: Datos del cuadro núm. 8. Elaboración propia.

5. LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD.

Pueden ser de muy diverso tipo: guerras, accidentes, catástrofes naturales, enfermedades, etc.

Durante el período de nuestro estudio, Aguilar no se vio inmersa directamente en ningún conflicto bélico ni en otro fenómeno violento de carácter catastrófico, por lo que nos centraremos en el estudio de la mortalidad debida, principalmente, a las enfermedades.

5.1. Las causas directas.

5.1.1. Tipos.

El estudio de las enfermedades resulta extremadamente complejo, dado que, como ya comentamos al describir la fuente principal de esta investigación, la causa de la defunción se registraba siempre "según el facultativo", es decir, en base al diagnóstico de un médico; pero, debido a la utilización de un vocabulario distinto al actual, en muchas ocasiones eran definidas por sus síntomas más externos o utilizando vocablos populares. Así pues, según Pérez Moreda:

"De ningún modo se puede asegurar que la patología actual sirva sin variaciones importantes para la descripción de cuadros supuestamente análogos del pasado. Cada enfermedad se sitúa en un contexto biológico variable en el tiempo, en equilibrio con el resto del conjunto patológico de la época. Las características propias de una enfermedad pueden variar dada la capacidad evolutiva del complejo patógeno en que se inscriben y su misma presencia o desaparición pueden depender estrechamente del conjunto de las enfermedades coexistentes."²¹

Afirmaciones con las que coincide plenamente el profesor López Piñero, quien afirma:

"Desde la superación del positivismo vulgar hace casi un siglo, los historiadores profesionales de la medicina tienen claro que las ideas y los nombres que sobre las enfermedades aparecen en las fuentes escritas de cualquier época únicamente pueden entenderse reintegrándolos en las doctrinas y terminologías desde las que fueron formulados."²²

Por ello, hemos decidido mantener las denominaciones que se emplearon en los libros parroquiales. Pero esta opción nos ha planteado numerosos problemas para realizar la clasificación de las causas de las muertes en Aguilar de la Frontera a mediados del siglo XIX, y aunque existen multitud de formas de ordenarlas²³ -Farr²⁴, McKeon²⁵,

²⁰ Cfr. C. MARTÍNEZ LÓPEZ, *op. cit.*, pp. 93-5.

²¹ *Las crisis de mortalidad ...*, p. 65.

²² Cfr. *Breve historia de la medicina*, Madrid, 2000, p. 16.

²³ Cfr. J. CARRILLO PRIETO, "Clasificación de enfermedades y defunciones según la causa de muerte", en *Fuentes Estadísticas*, núm. 49 (diciembre de 2000), pp. 16-7.

²⁴ A mediados del siglo XIX, el médico británico William Farr realizó una clasificación consistente en cinco grupos de causas en base al lugar de la dolencia. Ésta se aplicó en España en la primera lista de defunciones según la causa de muerte confeccionada con datos del período 1861-1870 y publicada por el Instituto Nacional de Estadística. *Ibid.*, p. 16.

²⁵ Este demógrafo ideó una clasificación de las enfermedades consistente en dos tipos, las infecciosas -divididas a su vez en tres, según su transmisión por el agua y los alimentos, por el aire o por microorganismos- y las no infecciosas. Cfr. *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, 1990.

la C. I. E.²⁶, etc.—, consideramos que ninguna de las cono-
cidas es la apropiada —unas debido a su simplicidad y otras
por ser extemporáneas a la época estudiada— para analizar
los resultados de nuestro estudio, por lo que hemos optado
por realizar una clasificación propia, agrupando las distintas
causas en siete grupos y varios subgrupos —véase cuadro
núm. 6—.

Cuadro núm. 6.
Mortalidad por causas en Aguilar (1843-1868)

Causas	A	%
1. Enfermedades infecciosas	4.929	49,92
1.1. Del aparato respiratorio	1.540	15,6
1.1.1. Pulmonía	1.249	12,65
1.1.2. Tisis	153	1,55
1.1.3. Crup/Garrotillo	92	0,93
1.1.4. Otras	46	0,47
1.2. Del aparato digestivo	1.381	14
1.2.1. Dentición	674	6,84
1.2.2. Diarrea/Colitis/Gastroenteritis	393	3,98
1.2.3. Cólera	178	1,8
1.2.4. Gastritis	76	0,77
1.2.5. Disenteria	60	0,61
1.3. Viruela	805	8,17
1.4. Paludismo	670	6,8
1.5. Sarampión	146	1,48
1.6. Tifus/Tabardillo	141	1,43
1.7. Parótidas	83	0,84
1.8. Fiebres tifoideas	60	0,61
1.9. Erisipela	40	0,41
1.10. Carbunco	23	0,23
1.11. Hepatitis	19	0,19
1.12. Peritonitis	11	0,11
1.13. Escarlatina	8	0,08
1.14. Meningitis	2	0,02
2. Enfermedades del sistema nervioso	3.343	33,85
2.1. Alferecia	2.657	26,91
2.2. Apoplejía	456	4,62
2.3. Epilepsia	163	1,65
2.4. Parálisis	50	0,51
2.5. Hemiplejía	13	0,13
2.6. Convulsiones nerviosas	4	0,04
3. Violentas	93	0,94
4.1. Accidente	51	0,52
4.2. Asesinato	39	0,4
4.3. Suicidio	3	0,03
4. Parto	76	0,77
5. Enfermedades cancerígenas	33	0,33
6.1. Cáncer	28	0,28
6.2. Zaratán	5	0,05

6. Otras causas	972	9,84
8.1. Irritación	431	4,37
8.2. Hidropesía/Anasarca	179	1,81
8.3. Cisiones	126	1,28
8.4. Cerebritis	72	0,73
8.5. Aire	43	0,44
8.6. Sincope	24	0,24
8.7. Gangrena	23	0,23
8.8. Mal de orina	20	0,2
8.9. Consunción	16	0,16
8.10. Flujo	13	0,13
8.11. Del corazón	10	0,1
8.12. Hernia	7	0,07
8.13. Raquitis	6	0,06
8.14. Diabetes	2	0,02
7. Enfermedades desconocidas y mal definidas	429	4,35
TOTAL	9.875	100

A: Cifras absolutas. %: Tanto por ciento respecto al total de las causas.
Fuente: A. P. S. A., Libros de defunciones núms. 11-24. Elaboración propia.

Según los datos de esta clasificación —véase también gráfico núm. 5—, el grupo de las enfermedades infecciosas es el más numeroso, con 4.929 fallecidos (el 49,92%). Dentro del mismo, sobresalen las enfermedades del aparato respiratorio, y particularmente la pulmonía con 1.249 defunciones (el 12,65%); englobando, también, otras enfermedades como la tisis o tuberculosis pulmonar (una de las causas de defunción más claramente asociada a la pobreza), el crup o garrotillo (aparecen ambos vocablos por separado, refiriéndose a la difteria, que, junto a la viruela y la alferecia, protagonizaron la mortalidad infantil, afectando a los más pobres) y otras menos numerosas (como el catarro y, el coqueluche o tos ferina). A continuación se sitúan las enfermedades que afectaban al aparato digestivo, destacando la dentición (el aumento de la salivación por la salida de los dientes producía diarrea, afectando a los párvulos menores de un año) y la diarrea/colitis/gastroenteritis (hemos agrupado todas estas acepciones bajo una misma causa al considerar que las dos primeras eran los síntomas de la última), seguidas por el cólera (enfermedad cuyo foco endémico originario sí sitúa en el sur del valle del Ganges, de ahí la denominación que se le dio en la época de “cólera morbo asiático”; su contagio era a través del agua o los alimentos contaminados, presentando síntomas inequívocos, dado que la intoxicación intestinal causada por el germen producía diarreas riciformes que sin tratamiento provocaban la muerte por deshidratación), la gastritis (inflamación del estómago, pudiendo dar lugar a la gastroenteritis) y la disenteria (transmitida por el consumo de agua o alimentos contaminados). A continuación se sitúa la viruela, en-

²⁶ En 1900 se celebró en París la Primera Conferencia Internacional para la Clasificación de Causas de Defunción, determinándose una Clasificación Internacional de Enfermedades (C. I. E.) formada por 14 grupos y 191 causas, aplicándose en España a partir de 1901. Cfr. J. CARRILLO PRIETO, *op. cit.*, p. 16. *Vid. etiam* “International Classification of Diseases, Revision 1 (1900)”, <http://www.wolffbane.com>.

fermedad iniciada en Asia oriental que provocaba una cuantiosa mortalidad fundamentalmente entre la población infantil, transmitiéndose por vía aérea tras el contacto con infectados. Seguidamente, el paludismo, grave problema de los países mediterráneos desde la Antigüedad, localizándose el foco de infección en las zonas pantanosas, al ser transmitida por el mosquito, siendo especialmente mortífera en Aguilar y la aldea de Zapateros, debido a la cercanía de la Laguna del Rincón; aunque no aparece como tal en los libros parroquiales, sino bajo la denominación de “calenturas biliosas”, “calenturas pútridas”, “tercianas”, “cuartanas” o simplemente como “calenturas”. Inmediatamente después, varias enfermedades que causaban una elevada mortalidad ordinaria, y algunas epidémicas, pero ya no tan mortíferas, como: el sarampión (otra enfermedad típicamente infantil), el tífus (la mayoría de los casos con este tipo de causa se inscriben como tabardillo, tratándose del tífus exantemático, desarrollado en épocas de hambre y guerra, afectando sobre todo a las clases menos pudientes por la condiciones de suciedad al ser transmitida por la picadura del piojo humano), las parótidas (no es una enfermedad propiamente dicha, denominando a la inflamación de las glándulas del mismo nombre, siendo vulgarmente conocida como “páperas” y afectando a los niños de corta edad), las fiebres tifoideas (se diferencian del tífus en la forma de contagio, siendo ésta transmitida por vía oral a través del agua y de los alimentos contaminados por heces de enfermos o portadores sanos), la erisipela (inflamación aguda y muy contagiosa de la piel, provocada por la infección de heridas) y otras muy poco significativas por su exigua cantidad.

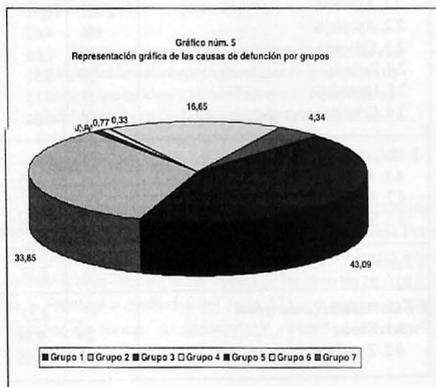
En cuanto al segundo grupo, el de las enfermedades del sistema nervioso, que, cuantitativamente, también, ocupa el segundo puesto entre las causas de mortalidad, acoge a las siguientes: la alferecía, la epilepsia y las convulsiones nerviosas se trata de una misma enfermedad, la epilepsia, empleándose en la fuente estudiada los otros dos vocablos como una acepción popular el primero y como un síntoma el último, de ahí que en realidad la muerte por esta enfermedad se eleve al 28,6%, convirtiéndose en la principal causa particular de defunción, consecuencia, en gran parte, a que era el diagnóstico más utilizado para determinar la mortalidad infantil. Por contra, si la epilepsia acaparaba la mortalidad de los niños, la apoplejía se centraba sobre todo en la población de edad más avanzada. Y las otras dos causas, la hemiplejía y la perlesia, presentes, sobre todo, en el grupo de los adultos, consistiendo ambas en una parálisis corporal, aunque la primera sólo afecta a una parte del cuerpo.

Por su parte, los grupos tercero, cuarto y quinto, se refieren a causas más bien escasas, que no llegan a alcanzar los 100 casos de muerte. Particularmente, el tercero, correspondiente a los decesos violentos, engloba los accidentes, asesinatos y suicidios, sobresaliendo el alto número de homicidios, un total de 39, que se produjeron en Aguilar durante el período estudiado (una media de 1,5 por año), consecuencia de que la sociedad de la época era muy violenta, adquiriendo la criminalidad niveles elevados. Con

respecto al cuarto, en los libros parroquiales la causa que se registraba literalmente era “sobre parto”, es decir, la defunción sobrevenía al dar a luz, siendo los 76 fallecidos por esta causa una cifra bastante crecida (una media de casi 3 mujeres por año), si lo comparáramos porcentualmente con las mujeres en edad fértil de la villa cordobesa a las que exclusivamente afectaba esta causa. Por último, el quinto, correspondiente a las enfermedades cancerígenas resulta más bien escaso en comparación con la cifras de mortalidad actuales, teniendo en cuenta que hoy por hoy el cáncer es una de las principales causas de muerte.

En el sexto englobamos un heterogéneo grupo de causas, que no se pueden incluir en los otros conjuntos. En base a su cuantía, la primera es la irritación, la cual no es una enfermedad en sí misma, si no que se refiere a un determinado síntoma, considerando que está muy relacionada con la dentición, afectando fundamentalmente a los niños – pese a que, también, se hayan registrado una decena de afectados entre la población adulta, por lo que, en este caso, se aludiría a la excitación morbosa en cualquier parte del cuerpo–, señalando los médicos decimonónicos que la dentición consistía en una “irritación” de las encías²⁷. La hidropesía y la anasarca, así como la consunción, son producidas por trastornos alimenticios. Por su parte, las cisiones tampoco son una enfermedad, sino que se refieren a las heridas. Por último, este apartado se cierra con una serie de causas igualmente diversas, tratándose la mayoría de ellas de síntomas o de los efectos *in extremis* de la enfermedad, no alcanzando ninguna el centenar de casos.

Finalmente, hemos creado un séptimo grupo que incluye aquellas causas que nominalmente se registran simplemente, sin especificar, como: “de repente”, “de muerte natural” y “dolor”; así como las que presentan una terminología desconocida.

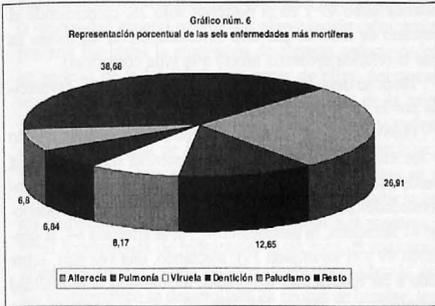


Fuente: Datos del cuadro núm. 9. Elaboración propia.

Por otro lado, debemos destacar que sólo cinco de las causas –véase gráfico núm. 6–, por supuesto las más

²⁷ Cfr. C. J. B. WILLIAMS, *Principios de medicina o patología general*, Madrid, 1872, p. 16.

mortíferas, alcanzan casi los dos tercios del total de aquellas, provocando 6.055 defunciones (el 61,32% de todas ellas), cifras muy significativas que prueban sin ninguna duda la enorme letalidad de las mismas, siendo éstas: la alferecía, la pulmonía, la viruela, la dentición –si se incluyeran las defunciones por irritación, la incidencia de este conjunto que podemos denominar como el de las enfermedades más letales sería mucho más amplio y, particularmente, aquélla superaría a la viruela, convirtiéndose en la tercera causa de muerte– y el paludismo²⁸; por lo tanto, una nerviosa y cuatro infecciosas, afectando todas ellas en gran medida a la población infantil, que como ya sabemos experimentó la mortalidad más elevada de todos los grupos de edad, siendo auténticas enfermedades sociales²⁹.



Fuente: Datos del cuadro núm. 9. Elaboración propia.

En cuanto al comportamiento de las distintas causas de defunción respecto a las variables ya estudiadas en epígrafes anteriores, fue el siguiente:

-Edad: la mayoría de las enfermedades se presentaron a cualquier edad, aunque algunas de ellas fueron propias de las distintas etapas vitales del ser humano. Así, en la niñez destacaron la viruela, el crup o garrotillo, el sarampión, las parótidas, la escarlatina, la alferecía, la dentición, la irritación, etc.; mientras que en la vejez sobresalió la apoplejía.

-Sexo: excepto la muerte por parto y por zaratán que son propias de la mujer, el resto afectó prácticamente por igual a los dos sexos.

-Clase social: tampoco se han observado diferencias apreciables, salvo una mayor presencia de las enfermedades de la vejez dado que las clases acomodadas, como ya se ha comentado, alcanzaron una edad más avanzada.

Por último, debemos tener en cuenta que éstas son las causas de defunción, es decir, el desenlace más negativo de la enfermedad, resultando sólo un posible indicador de la morbilidad existente en la Aguilar isabelina.

5.1.2. Las epidemias y las crisis de mortalidad.

Durante el período isabelino, Aguilar se vio afectada por diversas epidemias que provocaron una altísima letalidad, siendo unas compartidas con el resto del país y otras propias.

a) La viruela: aunque durante prácticamente todos los años se producía alguna muerte por esta enfermedad, como epidemia atacó en tres ocasiones a la villa cordobesa. La primera vez que se presentó fue en 1846, provocando un total de 111 víctimas, iniciándose en abril y perdurando hasta octubre, alcanzando su punto más álgido en julio (con 30 fallecidos). Pero la más mortífera fue la de 1857, con un total de 491 muertos, originándose en junio y desarrollándose hasta diciembre, siendo los meses de máxima mortalidad septiembre (con 145 fallecidos), octubre (con 177) y noviembre (con 90). La última vez que apareció en este período fue en 1866, provocando 120 defunciones, expandiéndose prácticamente durante todo el año, desde febrero a noviembre, con picos muy altos en mayo y junio.

b) El cólera: una de las enfermedades sociales que más temor causaba entre la población, afectando a los individuos con independencia de su sexo, edad o estatus social. En Aguilar, para la época de nuestro estudio, la epidemia de 1854-1856, que se extendió por buena parte de la península, apareció por primera vez en 1854, provocando 11 muertes en un mes, dado que la primera defunción tuvo lugar a fines de septiembre y la última en los últimos días de octubre. Pero fue en la estación estival del año siguiente cuando ésta adquirió sus notas más dramáticas y terribles, registrándose en los libros parroquiales entre el 18 de julio (fecha de la primera muerte) y el 23 de septiembre (día de la última) un total de 133 fallecidos³⁰, siendo el grupo de los adultos el más afectado con 69 fallecidos, mientras que por sexo, la enfermedad ocasionó más muertes entre las mujeres (con

²⁸ Esto coincide con los medios urbanos, dado que, al parecer, a mediados de siglo en la ciudad de Málaga las enfermedades más abundantes eran las cerebrales, las pulmonales y las abdominales. Cfr. V. MARTÍNEZ Y MONTES, *Topografía médica de la ciudad de Málaga*, Málaga, 1852, p. 569.

²⁹ El término "enfermedad social" se aplica actualmente a las que tienen importancia colectiva, refiriéndose a una sociedad determinada en un momento dado y utilizándose tres criterios de importancia que pueden aparecer aisladamente o coincidir: un peso elevado en las tasas de mortalidad o morbilidad; graves repercusiones socioeconómicas, políticas o culturales; y un lugar destacado entre los problemas que preocupan a la opinión pública. Cfr. J. M. LÓPEZ PINERO, *op. cit.*, p. 16.

³⁰ Esta cifra resulta muy baja si la comparamos con los 320 difuntos por cólera que, según el expediente sobre el cólera morbo en la diócesis de Córdoba conservado en el Archivo General de la Administración –*apud* F. LÓPEZ MORA, *Pobreza y acción social en Córdoba (1750-1900)*, Córdoba, 1997, p.124–, provocó esta epidemia en Aguilar. Además, en este documento se vuelve a contradecir la fuente principal de nuestro estudio al afirmarse que hubo un máximo de 2 víctimas diarias, cuando los libros parroquiales señalan 6 fallecidos el 26 de julio, y, además, si hubiese habido sólo dos fallecimientos al día, teniendo en cuenta que la primera defunción por cólera se registró el 18 de julio y la última el 23 de septiembre, resulta imposible que en este tiempo hubieran muerto 320 individuos. Tampoco es posible que hubiese muertes por cólera solapadas con otras causas, dado que, si restamos al número total de difuntos del año las víctimas oficiales por cólera, el número resultante estaría muy por debajo de la media de fallecidos de los años anteriores y posteriores. Así pues, estos datos contradictorios tienen una difícil explicación, dado que si nos decantamos por la hipótesis de que la cantidad de cólericos fallecidos del expediente oficial fue artificialmente abultado, teniendo en cuenta que en el registro civil de 1855 únicamente se contabilizaron 122 víctimas por cólera (número más próximo al registrado en los referidos libros) –A. M. A., Registro civil de defunciones, leg. 316, exp. 3–, podemos incurrir en un error ante la posibilidad de que, dado el alto número de fallecimientos, algunos no se anotaran. No obstante, no descartamos una más que probable exageración del recuento oficial.

casi el 60% del total). Posteriormente, volvió a presentarse, aunque con una incidencia mucho menor, en 1860 (con sólo 4 fallecidos), 1864 (con 3), 1865 (con 23), 1866 (con 1) y 1868 (con 2), aunque, también, no debemos pasar por alto el sospechoso aumento de las muertes por gastroenteritis en estos años, siendo muy probable que algunas defunciones por cólera fueran diagnosticadas con aquella otra enfermedad, dado que los síntomas de ambas eran muy parecidos y las autoridades no tenían intención de alarmar a la población con la noticia de un nuevo brote colérico.

c) El sarampión: como epidemia únicamente se presentó en 1863, provocando 57 fallecidos y desarrollándose en verano, entre los meses de junio a septiembre, con un máximo en julio.

Desde luego, las epidemias de viruela y de sarampión tuvieron una importancia cuantitativa, particularmente la primera, por la enorme cantidad de víctimas que causaba, pero, sobre todo, cualitativa porque afectaba en gran medida a la población menor de doce años, perdiéndose generaciones enteras. Desde luego, las muertes que provocó la viruela fueron mucho más altas que las del cólera, pero ésta afectaba a todas las edades y aún no se había descubierto un remedio para mitigarla, mientras que para la viruela, desde fines del siglo XVIII, ya se contaba con una vacuna, pese a no fomentarse su difusión; de ahí que la población se aterrorizara más con la aparición del cólera que con la de aquélla. Por ello, las autoridades oficiales introdujeron continuamente medidas para intentar frenar el progreso del cólera y se publicaron multitud de escritos sobre ella, lo que no se hizo con la viruela.

Por otro lado, en cuanto a las crisis de mortalidad, durante el período estudiado, en Aguilar hubo ocho años cuyas defunciones superaron la media del período -véase cuadro núm. 2-. Seguidamente, estudiaremos las causas que provocaron estas crisis de mortalidad en cada uno de aquellos años.

1ª. 1846: el aumento de la mortalidad fue consecuencia de una epidemia de viruela, así como por el incremento de la mortalidad ordinaria provocada por la alferecía (con 186 fallecidos), la pulmonía (con 69 fallecidos) y el paludismo (con 64 fallecidos).

2ª. 1851: nese al aumento de las defunciones, debido a la incidencia de enfermedades comunes (como la alferecía con 156 fallecidos, la pulmonía con 67, la apoplejía con 41 y la irritación con 30, agravadas por el desempleo debido a la pérdida de la cosecha de aceituna por la sequía³¹), el considerable número de nacimientos compensó al de defunciones, de ahí que el crecimiento vegetativo fuera positivo.

3ª. 1855: año en que se desató la epidemia de cólera morbo, cuya letalidad se vio favorecida por la desnutrición de la población consecuencia de la crisis de subsistencias. A nivel nacional, fue la que más afectó a la población, ocasionando una pérdida del 15 o 16% de habitantes y un 50% de aumento adicional de la mortalidad ordinaria³².

4ª. 1857: fecha en que se desarrolló una epidemia de viruela, cuyos estragos letales entre los niños se vieron favorecidos por la aguda crisis de subsistencias arrastrada desde el año anterior, al ser estos los más débiles.

5ª. 1863: además de la epidemia de sarampión ya comentada, influyó en la mayor incidencia de la mortalidad varias enfermedades comunes que afectaron a todos los grupos de edad, como la gastroenteritis con 53 fallecidos, la tisis con 24 y la gastritis con 21.

6ª. 1865: según las cifras relativas a las muertes producidas por la epidemia de cólera, ésta no afectó en gran medida a la población de Aguilar, pero, como ya comentamos, sí hubo un sospechoso incremento de las defunciones causadas por gastroenteritis (79 fallecidos en total, mientras que en el año anterior hubo 49 y en el posterior sólo 26, coincidiendo el máximo de muertes por esta enfermedad con los meses en que la referida epidemia afectó a la villa cordobesa).

7ª. 1866: se desató una grave epidemia de viruela, favorecida por la crisis de subsistencias.

8ª. 1868: ante el debilitamiento físico de la población debido a los efectos de la crisis de subsistencia que se padecía desde 1866, la incidencia de la mortalidad ordinaria (las enfermedades más mortíferas fueron: la pulmonía que ocasionó 81 fallecidos, la gastroenteritis 72, la alferecía 64, la dentición 49 y el sarampión 39); afectando, una vez más, sobre todo a las edades más tempranas, alcanzando la mortalidad infantil de este año un 388,75%, el segundo nivel más alto del período.

En base a la fórmula de Dupâquier, la intensidad de estas crisis fue la siguiente: 1851, 1855, 1865 y 1866, menores; 1863 y 1868, medias; 1846, fuerte; y 1857, crisis importante rozando la gran crisis³³.

No obstante, durante el siglo XIX, según Pérez Moreda, "[...] en líneas generales, puede asegurarse que las crisis de mortalidad no suponen por sí mismas en este período, con excepción tal vez de las del primer decenio del siglo, la introducción de un factor esencial en el desarrollo de las variables demográficas, y no harían otra cosa que reforzar periódicamente los niveles arcaicos y elevados de la mortalidad habitual predominante a lo largo de todo el siglo"³⁴. Esto se cumple en Aguilar, dado que, pese a la alta letalidad de algunas de estas crisis, la población continuó con su crecimiento prácticamente continuo.

5.2. Factores sociales de la mortalidad.

Además de los factores físicos (como el clima) y de los orgánicos (como las enfermedades de carácter genético, la edad, el sexo, la predisposición del organismo a sufrir con más o menos intensidad la morbilidad, etc.), la mayoría ya estudiados en epígrafes anteriores, hay que tener en cuenta un conjunto de elementos de base social, muy relacionados entre sí, cuyo comportamiento igualmente puede provocar una mayor o una menor mortalidad, como: las

³¹ A. M. A., Libro de Actas Capitulares de 1851, sesión de 9 de diciembre, leg. 129.

³² Cfr. V. PÉREZ MOREDA, *Las crisis de mortalidad...*, p. 395.

³³ Dupâquier determinó la siguiente escala de magnitudes: crisis menor, media, fuerte, importante, gran crisis y catástrofe. *Ibid.*, pp.103-4.

³⁴ *Ibid.*, p. 399.

crisis de subsistencias y el estado nutritivo de la población, las circunstancias de la higiene pública, la situación de hacinamiento, la actitud ante el aseo personal, la calidad de la asistencia sanitaria y benéfica, las condiciones de trabajo y la incidencia de las muertes violentas.

Pasemos a analizarlos.

5.2.1. Las crisis de subsistencias y el estado nutritivo de la población.

Según Pérez Moreda, a mediados del siglo XIX, España se encontraba inmersa en una economía predominantemente agraria, que mantenía a amplias capas de la población en un nivel alimenticio deficiente, tendiendo a crecer la mortalidad general porque una alimentación crónicamente precaria facilitaba la progresión de algunas enfermedades y en general de la letalidad de muchas de ellas. Así pues, la marcada subalimentación, consecuencia tanto de la exigua cantidad de la ración como de su composición y variedad estaba relacionada de forma directa con la tuberculosis, el progreso de la parasitosis y de diversas infecciones en general; al acentuarse el adelgazamiento, se acentuaba la astenia pudiendo llegar *in extremis* a dar lugar a la anasarca general acompañada de hidropesía; y, también, el consumo de alimentos en mal estado causaba disenterías. Además, el tífus exantemático se desarrollaba en épocas de hambre, transmitiéndose a través del piojo³⁵. Y, a parte de estas enfermedades, que como ya hemos estudiado afectaron en gran medida a la población aguilareña, no podemos pasar por alto que, también, se registraron 16 fallecidos por consunción, causa muy relacionada con problemas nutricionales.

Por otro lado, contamos con un testimonio demostrativo de qué punto podía alcanzar la desesperación de la población hambrienta. Al parecer, en 1865 una carga de pescado fue retirada del mercado local por su putrefacción y enterrada; pero un grupo de personas la desenterró y la consumió, provocando la muerte en pocos días de 25 individuos tras sufrir agudos cólicos³⁶. Así pues, el hambre extrema obligaba incluso a comer alimentos en mal estado, aún a riesgo de morir por una intoxicación alimenticia como en el caso que acabamos de describir, habiéndose vivido este episodio en un momento en que todavía no había crisis de subsistencias.

Desde luego, estas penosas circunstancias adquieren connotaciones aún más dramáticas en los periodos de aparición de las crisis de subsistencias, provocando agudas hambrunas que incidieron en una mayor mortalidad, al debi-

litar el organismo de la población, sobre todo el de los más débiles, los niños.

El desarrollo de las crisis de subsistencias era el siguiente: las malas cosechas por las inclemencias climáticas causaban un descenso de la producción, el paro y la subida galopante de los precios de los productos de primera necesidad, los cuales ascendían aún más por la especulación y los onerosos impuestos que los gravaban³⁷ (con la paradoja añadida de que cuando las instituciones públicas necesitaban fondos para socorrer a los desempleados, se recargaban estas contribuciones indirectas, perjudicando, por lo tanto, a las clases más humildes). Todas estas circunstancias provocaban el hambre y la miseria entre los más desfavorecidos, aumentando la criminalidad, la mendicidad, la emigración y la mortalidad ordinaria. Ante esta problemática, las instituciones introdujeron medidas consistentes en el empleo de los jornaleros desocupados en obras públicas o su reparto entre los propietarios agrícolas, la distribución de comidas económicas, la asistencia en los establecimientos de caridad, las rogativas y, en caso de protesta social, la represión, que no solucionaron el problema de fondo, el desnivel entre precios y salarios³⁸.

Desde luego, Aguilar, con una economía basada íntegramente en los cultivos de la denominada trilogía mediterránea, estaba inmersa en este panorama nacional.

La villa cordobesa de nuestro estudio no escapó a los estragos de las crisis desatadas durante el período isabelino, siendo las siguientes³⁹:

a) 1847: pese a las protestas de los jornaleros parados que pedían que el ayuntamiento les proporcionara empleo al negarse ya los panaderos a darles más pan si no les pagaban lo que les debían, las autoridades locales decidieron hacer caso omiso al considerar que la falta de trabajo no era general, afectando sólo a unos pocos "[...] que por su concepto de malos trabajadores se encuentran parados según siempre les ha sucedido en los meses de mayo y octubre, que son en los que suele haber menos trabajo de campo"⁴⁰, otorgando un voto de confianza al alcalde para contener cualquier exceso que por ese "falso" pretexto pudiera producirse.

b) 1851: la mala cosecha de aceituna provocó la escasez de trabajo, decidiéndose que los desocupados sin tierras ni bestias fueran alojados por el ayuntamiento y, que se les pagara el jornal de dos días y medio. Además, la situación de las capas populares de la población se hizo aún más difícil por las reducidas cosechas de trigo de los últimos años.

³⁵ *Ibid.*, pp. 51, 71-2 y 78-82.

³⁶ *Diario de Córdoba*, 10-XII.

³⁷ La relación directa entre la subida del precio de los productos de primera necesidad y el descenso de la población, y la injusticia que se hacía con los impuestos de consumos, ya fueron tratados por J. García Barzanallana en su conocida obra *La población de España*, Madrid, 1872, pp. 111-35.

³⁸ Para el estudio de las crisis de subsistencias en España, cfr. C. SÁNCHEZ ALBORNOZ, *Las crisis de subsistencias en España en el siglo XIX*, Rosario, 1963; y de éste mismo autor: "La crisis de subsistencias de 1857" y "Crisis alimenticia y recesión demográfica", en *España hace un siglo. Una economía dual*, Barcelona, 1977, pp. 57-134. Vid. etiam A. M. BERNAL, *La propiedad de la tierra y las luchas agrarias andaluzas*, Barcelona, 1974 y A. M. CALERO AMOR, *Movimientos sociales en Andalucía (1820-1936)*, Madrid, 1987.

³⁹ Cfr. F. M. ESPINO JIMÉNEZ, "Aportaciones al estudio de las crisis de subsistencias y actitud social en la Córdoba isabelina (1843-1868): Aguilar de la Frontera y Montilla", en *Ámbitos*, 1 (1999), pp. 45-54.

⁴⁰ A. M. A., Libro de actas capitulares de 1847, sesión de 13 de mayo, leg. 129.

c) 1856-1857: mucho más nefasta que las anteriores, siendo el resultado de la pérdida de las cosechas de trigo de 1855 y 1856 por las cuantiosas lluvias, provocando el encarecimiento progresivo de los artículos de primera necesidad y el paro de la ingente masa de jornaleros que formaban la base socioprofesional de esta población, creándose un latente desasosiego social. Ante esta precaria situación, el gobernador civil dispuso el empleo de los parados en obras públicas (como en la construcción del camino entre Aguilar y Puente Genil) cuyos gastos serían cubiertos por la Diputación Provincial, dada la carencia de fondos municipales.

d) 1867-1868: la crisis agrícola desatada por los años consecutivos de malas cosechas de trigo de 1866, 1867 y 1868, y de aceituna de 1867 provocó una nueva alza de los precios (la fan. de trigo en la provincia de Córdoba costaba 91,6 rs. en marzo de 1868, frente a los 58 rs. del mismo mes del año anterior; mientras que la @ de aceite pasó de los 50,3 rs. en abril de 1867 a los 62,7 en el mismo período del año siguiente, no compensada con un aumento de los salarios (un jornalero empleado en las obras públicas en Aguilar en 1868 cobraba tan sólo 3,5 rs. diarios). A esto se sumó el paro en el campo, consecuencia de las abundantes lluvias del otoño de 1867, precedidas de una pertinaz sequía, no siendo muy halagüeñas las perspectivas para 1868, estimándose que unos 1.500 braceros aguilarenses quedarían en paro tras la recogida de la exigua cosecha cerealista de aquel año. Ante este problema, una vez más, se recurrió a las obras públicas.

En vista de estos datos, sin duda, las penurias económicas de la masa de la población aguilarensa empeoraron en esos periodos, acrecentándose el hambre y la miseria, y, por lo tanto, la mortalidad.

5.2.2. Las circunstancias de la higiene pública.

A lo largo del siglo XIX, se procuró la defensa y el control del medio ambiente urbano, con: la construcción de nuevos cementerios en el exterior de las poblaciones, en lugar de utilizarse las mismas iglesias o sus extramuros, con los consiguientes problemas higiénicos-sanitarios, al ocupar aquellas un lugar céntrico de las poblaciones; la limpieza, el alumbrado y la urbanización en general; la construcción de cloacas y la canalización de las aguas fecales bajo tierra para evitar su mezcla con el agua potable; el empedrado y la limpieza de las calles; la recogida de basuras; la protección de las fuentes públicas para evitar su contaminación; etc. Pero hubo un escaso apoyo popular a estas medidas y servicios públicos⁴¹.

Particularmente, Aguilar no escapó a estos problemas decimonónicos de salud pública, aunque algunos de los cuales se intentaron solucionar.

En primer lugar, la cuestión de la proximidad de los

cementerios al casco urbano de la localidad se procuró resolver con la edificación de uno nuevo en las afueras. En Aguilar, a través de los siglos se había utilizado como campo santo uno contiguo a la iglesia parroquial, pero se quedó pequeño y presentaba una continua insalubridad⁴², disponiéndose en 1855 la construcción de otro, el cual no quedó terminado hasta 1860, situándose en la Ermita de San Antón⁴³, lugar no muy alejado de las zonas habitadas, persistiendo el problema hasta el período primorriverista en que se construyó el actual a unos 500 m. de la población.

Sin embargo, uno de los problemas más graves y difíciles de solucionar era la existencia de la Laguna del Rincón, foco de infección al concentrar en sus aguas estancadas el mosquito transmisor del paludismo. Así, en 1861 se decidió su desecación, por las siguientes razones: causaba "fiebres" entre los trabajadores de los campos cercanos y, entre los habitantes de la aldea de Zapateros y Monturque; y los insectos que la rodeaban eran muy dañinos para el fruto de la vid. Pero la escasez de fondos dilató que esta medida se llevase a la práctica, retomándose en 1864, cuando el desagüe se presupuestó en 325.557 rs., coste que sería cubierto con las siguientes aportaciones: 19.090 rs. de los propietarios de los viñedos adyacentes; 40.000 rs. del ayuntamiento aguilarenses; 90.625 rs. de la posterior venta de las 9 hectáreas que abarcaba la laguna; y el resto a través del gobernador. Casi dos años después, la primera autoridad de la provincia se comprometió a sufragar la obra con fondos procedentes de la Diputación y del Ministerio de Fomento, aunque con la condición, que fue aceptada, de que los terrenos pasaran a ser propiedad del Estado⁴⁴. Sin embargo, debido a cuestiones políticas y a la reiterada falta de capital esta obra nunca se llevó a cabo, por lo que el paludismo continuó siendo una enfermedad endémica de Aguilar y de varios pueblos de la comarca hasta bien avanzado el siglo XX.

Del mismo modo, se procuró eliminar los vertidos incontrolados de bejín. En 1844 dos vecinos, conscientes de sus perjuicios, solicitaron al consistorio el soterramiento del bejín de los molinos de las calles Pozuelo y Concepción, dado que "[...] al descubierta en que hoy se encuentra causa un grave daño a la salud pública, y muy especialmente a los vecinos de dichas calles", decidiendo los municipios que los vertidos se encauzase a costa de los propietarios de las almazaras; pero seis años después, aún no se habían desarrollado las obras, reiterándose las protestas de los vecinos, ordenando el gobernador que se encausase a través de un "encañamiento" o se depositase en sumideros dentro de los molinos; tras varios meses de discusiones para determinar quiénes pagarían dicha construcción, la primera autoridad de la provincia volvió a intervenir ordenando que se construya un "encañamiento" inmediatamente a cuenta de los dueños de los molinos. Además, en estas mismas fechas los habitantes de la calle Belén dirigieron al ayuntamiento una

⁴¹ Cfr. V. PÉREZ MOREDA, *Las crisis de mortalidad...*, pp. 424-33.

⁴² En 1849, la junta de sanidad municipal se quejó al Ayuntamiento por la situación del viejo cementerio, recomendando que las zanjas se realizaran más profundas y que los cadáveres no cayeran unos sobre otros. A. M. A., Libro de actas capitulares, sesión de 28 de abril, leg. 129.

⁴³ A. M. A., Libros de actas capitulares de 1855 y 1860, sesiones de 3 de septiembre y 14 de noviembre legs. 129 y 131.

⁴⁴ A. M. A., Libros de actas capitulares de 1861, 1864 y 1866, sesiones de 9 de mayo, 9 de noviembre y 9 de enero, legs. 131 y 132.

petición idéntica a la de sus convecinos, que, sin embargo, fue rechazada con las excusas de haber comenzado la moluturación y de que la época de lluvias estaba próxima⁴⁵. En 1856, ante las reiteradas protestas de los vecinos respecto a un molino de aceite situado en la calle La Rosa, que desalojaba dicho producto directamente a la vía pública, el ayuntamiento ordenó a su propietario que lo encauzara o clausurara su fábrica⁴⁶. Desde luego, las continuas protestas indican que este problema no llegó a solucionarse completamente, convirtiéndose en recurrente.

Así pues, la mayoría de las escasas y superficiales medidas de higiene pública introducidas por los municipios no llegaron a prosperar, al mismo tiempo que no se desarrollaron otras más drásticas para acabar con las deficientes infraestructuras urbanas, como la construcción de una red de alcantarillado, la conducción de agua corriente para las casas, la puesta en marcha de un servicio de limpieza de las calles y de recogida de basuras, etc., con lo que se evitaría la marcada insalubridad de la población, que favorecía el desarrollo de las enfermedades, sobre todo, de las infectocontagiosas.

5.2.3. La situación de hacinamiento.

La aglomeración de personas en lugares generalmente pequeños, también propiciaba el progreso de la morbilidad. En Aguilar, esta situación era evidente a mediados del siglo XIX, dado que en 1860 había 6,09 habs. por vivienda, uno de los niveles más elevados de la provincia de Córdoba⁴⁷. Además, en las casas existían cuadras, corrales, zahurdas, etc., lo que implicaba el contacto directo con los animales, otro foco de infección. Sin olvidar, la presencia de pozos negros próximos a los de agua potable (medios de abastecimiento, junto con las fuentes, del líquido vital), aumentando la posibilidad de su contaminación por las filtraciones.

5.2.4. La actitud ante el aseo personal.

Pese a que no podemos precisar las prácticas desarrolladas en la villa cordobesa de nuestro estudio, debido a las duras condiciones de miseria, de hacinamiento y de trabajo, éstas debieron ser muy limitadas. A esto hay que añadir el alto precio del jabón, producto gravado por impuestos provinciales y sobre el que recaían continuos arbitrios extraordinarios, como en 1855 en que se subió 3 rs. la @ para sufragar las obras del nuevo cementerio⁴⁸, de ahí que el mismo no estuviera al alcance de la mayoritariamente depauperada población aguilarense, que debía subsistir con unos sueldos ínfimos.

5.2.5. La calidad de la asistencia sanitaria y benéfica.

En el siglo XIX se constituyó una medicina científica plenamente moderna, introduciéndose en la primera mitad de siglo frente al diagnóstico basado en síntomas el método anatomoclínico, basado en la relación entre la observación clínica de los enfermos y las lesiones anatómicas o alteraciones estructurales que la autopsia descubre; mientras que durante la segunda mitad se desarrolló la explicación científica de las enfermedades en base a los saberes físicos, químicos y biológicos⁴⁹.

Sin embargo, la España decimonónica se caracterizó por la escasez y la mala calidad de la asistencia médica, sobre todo en las zonas rurales, debido: a la falta de preparación de los médicos, formando las universidades hasta 1843 médicos "puros", sin que aprendieran el ejercicio de la cirugía; a los salarios bajos de los médicos; y a la asistencia y el equipo hospitalario dejó mucho que desear debido a la mala administración de los hospitales al situar a su frente a personas que únicamente buscaban los privilegios en lugar de su buen funcionamiento, prefiriéndose la asistencia domiciliaria, dadas las penosas condiciones y las escasas garantías que estos ofrecían, quedando los hospitales para las clases más bajas⁵⁰.

Además, si bien es cierto que el reinado de Isabel II coincidió con el progreso de la medicina española, gracias al crecimiento de la publicación de libros y de revistas médicas, y la difusión y la asimilación de las novedades europeas con el regreso de los médicos exiliados desde Fernando VII, estos avances fueron el fruto del esfuerzo de personas o grupos aislados, que no contaron con el apoyo material y moral de la sociedad española⁵¹.

A esto, se sumó, según López Piñero, la plasmación de un modelo de organización sanitaria centralizador coincidente con la secularización de la asistencia sanitaria hasta entonces en manos eclesiásticas e implantado por la Ley de Sanidad de 1855⁵². A nivel provincial y municipal funcionaban juntas sanitarias que velaban por el estado de salud de las poblaciones y organizaban las medidas necesarias en caso de epidemia, estando las provinciales formadas por el gobernador (presidente), un diputado provincial (vicepresidente), el alcalde de la capital, un arquitecto o un ingeniero civil, dos médicos, dos farmacéuticos, un cirujano y tres vecinos contribuyentes; y las locales por el alcalde (presidente), un médico, un cirujano, un veterinario y tres vecinos contribuyentes, pero sus decisiones debían ser aprobadas por la máxima autoridad política de la provincia.

Otro indicador del declive de la medicina en la España isabelina, es el hecho de que en 1860 tan sólo había 8,9 médicos por cada diez mil habitantes, frente a los 12,9 de

⁴⁵ A. M. A., Libro de actas capitulares de 1844, sesiones de agosto y octubre, leg. 128.

⁴⁶ A. M. A., Libro de actas capitulares de 1856, sesión de 9 de noviembre, leg. 129.

⁴⁷ Cfr. *Nomenclátor de la provincia de Córdoba*, Córdoba, 1860.

⁴⁸ A. M. A., Libro de actas capitulares de 1855, sesión de 9 de noviembre, leg. 129.

⁴⁹ Cfr. J. M. LÓPEZ PIÑERO, *op. cit.*, p. 163.

⁵⁰ V. PÉREZ MOREDA, *Las crisis de mortalidad...*, pp. 445-50.

⁵¹ Cfr. J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Medicina moderna y sociedad española (siglos XVI-XX)*, Valencia, 1976, pp. 240-9.

⁵² *Breve historia de la...*, pp. 189 y 204.

1797 y los 11,81 de 1887⁵³.

En el caso de Aguilar, la asistencia sanitaria estaba en manos de 5 boticarios, 5 médicos, 1 "comadre de parir" y 1 sangrador en 1852⁵⁴; y de 3 médicos, 3 boticarios, 2 sangradores y 1 enfermero en 1866⁵⁵.

Así pues, si tenemos en cuenta que durante buena parte del período la villa de nuestro estudio superó los 10.000 hab., nunca se alcanzó la media nacional del número de médicos, e incluso se redujo al final del mismo. Además, aunque el ayuntamiento tenía contratados a dos de estos médicos con la condición de atender gratuitamente a los enfermos pobres, sus salarios eran muy bajos; por ejemplo, en 1856 un cirujano municipal en Aguilar cobraba 2.200 rs. frente a los 5.500 rs. de otro en Fuente Obejuna⁵⁶. Todo lo cual nos da una idea de la precariedad de la asistencia sanitaria aguilarensis.

En cuanto a los centros asistenciales, al alcanzar el liberalismo el poder, se procedió a una "municipalización" de la asistencia, entonces en manos privadas y bajo el control de la Iglesia, pasando los establecimientos benéficos a ser gestionados por los ayuntamientos, los cuales debían utilizar sus propios recursos para resolver los problemas de atención a los enfermos pobres y la acogida de los niños abandonados, pero, dada su permanente déficit presupuestario, instituciones de carácter superior, generalmente las diputaciones, debían hacerse cargo de buena parte de sus gastos⁵⁷.

No obstante, pese al cambio en la organización de estos establecimientos, la sanidad y la beneficencia continuaron bajo la idea cristiana de considerarlas como obras de caridad más que como el logro del bienestar público.

En Aguilar, a mediados del siglo XIX, existían diversos centros asistenciales, a saber:

-El Hospital de Caridad en la calle Santa Brígida, fundado en el siglo XVII y administrado por un patronato formado por tres personas, estando financiado con aportaciones públicas, principalmente municipales, por lo que, si tenemos en cuenta la continua ausencia de fondos del ayuntamiento, la atención en el mismo era deficitaria, recayendo el peso de la misma en 1857 en 6 hermanas, 1 presbítero y 1 sirviente, un personal más bien escaso para una población del tamaño de la aguilarensis⁵⁸. Problemas de funcionamien-

to a los que se añadían las carencias directivas y administrativas por las disputas entre el poder civil y el eclesiástico para controlar su gestión⁵⁹. De ahí que en los contratos de los médicos municipales se contemplara una cláusula que les obligaba a atender a los enfermos pobres en sus propios domicilios, por lo que se prefería la asistencia domiciliaria en lugar del ingreso en el hospital. También, en períodos de crisis, en los que los establecimientos sanitarios existentes no podían cubrir las necesidades de los enfermos, se crearon centros provisionales, caso del hospital de coléricos durante la epidemia de 1855⁶⁰.

-La casa cuna: la atención de los más débiles, los niños abandonados, recaía en la casa de depósitos del partido judicial, establecida en Aguilar en 1844, cuya dirección recaía en un presbítero, y estaba subvencionada por los ayuntamientos que formaban el partido (Aguilar, Monturque y Puente Genil), pero su escasez obligó a que al menos desde 1857 la mayor parte de los gastos (el 84% en dicho año) fueran cubiertos por la Diputación⁶¹. En cuanto a su estado, entre 1857 y 1868 esta institución benéfica acogió a una media de 83,38 expósitos de distintas edades, de los que el 36,7% falleció, es decir, más de un tercio de los recluidos, alta mortalidad que constituye un claro indicador de sus pésimas condiciones asistenciales⁶². Con respecto al personal que se ocupaba de atender a los menores, en 1857 contaba con 2 amas internas y 85 externas⁶³, encargándose principalmente estas últimas de amamantar a los bebés.

Así pues, debido a los problemas de gestión interna y a la escasez de fondos la asistencia en los centros benéfico-sanitarios aguilarenses no era precisamente la más adecuada.

5.2.6. Las condiciones de trabajo.

Como ya hemos comentado en páginas anteriores, en el tercio central del siglo XIX la base económica aguilarensis se sustentaba en la agricultura, por lo que la mayor parte de la mano de obra se empleaba en ella, sobresaliendo los jornaleros, que en 1857 ascendían a 1.981 individuos⁶⁴, el 61,83% del total de la población activa.

Estos, a su escaso salario, unían un prolongado horario laboral, en ocasiones a destajo, desarrollando traba-

⁵³ *Ibid.*, p. 225.

⁵⁴ Según el repartimiento de la Contribución Industrial de ese mismo año. Suplemento núm. 6 a *B. O. P. CO.*

⁵⁵ A. M. A., Padrón de 1866, leg. 227, exp. 1.

⁵⁶ *Diario de Córdoba*, 16-VII.

⁵⁷ Cfr. F. LÓPEZ MORA, *Pobreza y acción social en Córdoba (1750-1900)*, Córdoba, 1997, p. 407.

⁵⁸ Además, en esta fecha se refiere la existencia de un "hospital para pobres" situado en la calle Cuestezuela y habitado por 11 personas, no localizándose más testimonios de su funcionamiento u organización administrativa, considerando que se trataba de un centro benéfico privado al no registrarse en los partes oficiales periódicos sobre los datos de estas características que existían en la villa. A. M. A., Censo de 1857, leg. 298, exp. 1.

⁵⁹ Cfr. F. M. ESPINO JIMÉNEZ, *Historia de la Real Cofradía de Nuestro Padre Jesús de Aguilar de la Frontera (Siglos XVI-XXI)*. Religiosidad popular, cultura y sociedad. Córdoba, 2002, pp. 85-7.

⁶⁰ A. P. S. A., Libro de defunciones de 1855.

⁶¹ Esta institución benéfica sustituyó a otra similar de carácter local, creada en el siglo XVI por iniciativa eclesiástica, cuyos gastos eran cubiertos con los fondos de propios, los capitales a censo sujetos a la misma y las aportaciones de la Parroquia. A. M. A., Actas Capitulares de 1843 y de 1844, sesiones de 4 de septiembre de 1843 y 21 de junio de 1844, leg. 128. *Vid. etiam*, F. LÓPEZ MORA, *op. cit.*, pp. 475-6.

⁶² Además, durante los períodos de crisis de subsistencia el número de difuntos entre los expósitos aumentó en gran medida, sumándose al factor negativo de su corta edad, el formar parte de uno de los colectivos de la población más desasistidos, de ahí que la muerte se cebara con ellos. Cfr. *B. O. P. CO.* y A. P. S. A., Libros de defunciones de los años respectivos.

⁶³ Cfr. F. LÓPEZ MORA, *op. cit.*, p. 474.

⁶⁴ A. M. A., Censo de 1857, leg. 298, exp. 1.

jos de gran dureza y sin prácticamente la ayuda de maquinaria.

A este respecto, en 1868, durante la penosa crisis de subsistencias, se decidió emplear a los jornaleros desempleados en la reparación de varios caminos vecinales, disponiéndose un horario de trabajo desde las ocho de la mañana a la puesta de sol, con descansos para comer y, para fumarse un cigarro por la mañana y otro por la tarde, tal y como se hacía durante el laboreo en el campo⁶⁵.

5.2.7. La incidencia de las muertes violentas.

En Aguilar, durante el período analizado, 93 individuos fallecieron por causas no naturales, destacando los accidentes; pero, lo más grave fueron los 39 asesinatos que se cometieron en sólo 26 años.

Desde luego, pese a la significativa represión ejercida por las autoridades, no cabe duda que una de las lacras de la sociedad española decimonónica fue la criminalidad, especialmente en las zonas rurales de Andalucía, assoladas por el bandolerismo, no siendo la población de nuestro estudio una excepción a esta norma general.

En resumen, la negativa influencia de todos estos factores provocaron que la mortalidad aguilarenses se incrementara a lo largo del período analizado.

6. LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD.

Una vez que hemos examinado los distintos factores que inflúan en el crecimiento del número de defunciones, pasamos al análisis de las medidas que se tomaron para frenar su avance galopante, habiendo comentado ya alguna de ellas, como las higiénicas, en el epígrafe anterior.

En cuanto a la acción médica para frenar las epidemias, la vacuna antivariólica fue descubierta por Jenner en 1796. Sin embargo, en España la vacunación no fue obligatoria hasta principios del siglo XX, a lo que se suma el rechazo popular hacia la misma dado que, por su deficiente aplicación, se podían transmitir otras enfermedades. De ahí que en 1866 el 58% de los nacidos quedaron sin vacunar y un significativo porcentaje de los vacunados murieron⁶⁶.

Con respecto al cólera, afectó a España en diversas épocas del siglo XIX: 1833-35, 1854-56, 1859-60, 1865 y 1885⁶⁷. Centrándonos en el período de nuestro estudio, la epidemia más mortífera fue la de 1854-56, que apareció en la provincia de Córdoba el 14 de julio de 1854, registrándose el último caso el 20 de abril de 1856, causando un total de 18.935 acometidos, de los que 5.709 fallecieron⁶⁸. A finales

de julio de 1855, el Ministerio de la Gobernación dispuso que los médicos no podían abandonar el pueblo de su residencia en caso de ser invadido⁶⁹ y en la segunda quincena de agosto insistió en la prohibición, que ya se hiciera en 1854, del aislamiento, al considerar que:

"La ciencia, la razón, la humanidad y hasta el interés particular rechazan toda medida que tienda a privar a los pueblos invadidos de los auxilios necesarios. Los resultados que el aislamiento produce en el estado sanitario son los más deplorables; abate el espíritu, introduce el desaliento, propaga el temor, causas todas predisponentes a adquirir la enfermedad, aunque el virus morbooso no se haya transmitido a la atmósfera y llegado por tanto al grado de epidémico, al propio tiempo que destruye la industria, mata el comercio, paraliza todos los oficios y trabajos, introduce el hambre y la desesperación, y da motivo a escenas impropias de un país culto, dotado de sentimientos religiosos y humanitarios"⁷⁰.

Medida esta última que más bien fomentaba la extensión de la epidemia, dado el alto riesgo de contagio, al no impedirse los desplazamientos entre los lugares infectados y los que aún no lo habían sido. A esto, también influyó el considerar que la transmisión de la enfermedad era por el aire, cuando en realidad era por el agua y los alimentos contaminados.

Sin embargo, en cierta forma se hizo caso omiso a la misma, dado que se suspendieron las ferias de La Rambla, Hinojosa del Duque, Montilla, Pedro Abad, Aguilar de la Frontera y Castro del Río⁷¹.

En septiembre, dicho ministerio introdujo otra prohibición, la de los funerales de cuerpo presente, debido a que:

"[...] la descomposición subsiguiente a la muerte produce miasmas nocivas, que aspiradas por los fieles concurrentes, son origen de las enfermedades más graves.

Absurdo, inconcebible es que cuando se prescriben las fumigaciones y todos los desinfectantes para purificar la atmósfera de la habitación donde ha ocurrido un caso de epidemia, se permita conducir los cadáveres de los epidemiados a los templos, lugar en general de escasa ventilación, y más si se compara con el número de personas que en ellos se reúne"⁷².

La epidemia permaneció en Aguilar al menos hasta finales de septiembre, en que se celebró un Tedéum en acción de gracias⁷³.

En cuanto a los tratamientos para su curación, a mediados del siglo XIX se preconizaron varios, como pro-

⁶⁵ A. M. A., Actas Capitulares de 1868, sesión de 7 de enero, leg. 132.

⁶⁶ Cfr. V. PÉREZ MOREDA, *Las crisis de mortalidad...*, pp. 419-22. *Vid. etiam*, J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Breve historia de la...*, p. 26.

⁶⁷ Cfr. J. NADAL, *op. cit.*, pp. 144-53.

⁶⁸ Cfr. M. GONZÁLEZ DE SÁMANO, *Memoria histórica del cólera-morbo asiático en España*, tomo II, Madrid, 1860, p. 486.

⁶⁹ B. O. P. CO., 23-VII-1855.

⁷⁰ *Ibid.*, 20-VIII-1855. El reiterado incumplimiento de esta norma hizo que días después, el 5 de septiembre, se volviera a insistir en ello, ante los perjuicios que la limitación de los movimientos provocaba a los intereses generales y a que predisponía al desarrollo de la enfermedad en los lugares infectados, al resultar sus consecuencias aún más funestas por no llegar los medicamentosos, los auxilios y los artículos de consumo.

⁷¹ B.O.P.CO., meses de agosto y septiembre.

⁷² *Ibid.*, 4-IX-1855.

⁷³ A. M. A., Libro de actas capitulares de 1855, sesión de 28 de septiembre, leg. 129.

vocar vómitos⁷⁴ y, la aplicación de sangrías⁷⁵ y laxantes⁷⁶, que lo que hacían era más bien debilitar el organismo de los pacientes. De hecho, hasta el descubrimiento del vibrion cólico por Koch en 1883, la inoculación de la vacuna anticólera de Ferrán a partir de 1885, la instalación de sistemas modernos de abastecimiento de aguas y alcantarillado, la elevación del nivel de vida y la implantación de la terapéutica para limitar la deshidratación, la enfermedad no empezó a retroceder de forma efectiva⁷⁷.

Por otro lado, otras enfermedades infectocontagiosas crónicas no tuvieron curación o, al menos, un marcado descenso en la época. Así, la identificación del germen causante del tífus la completó Henrique Rocha Lima en 1916, pero fue con la introducción de antibióticos ya avanzado el siglo XX cuando se consiguió su limitación; la tuberculosis se mantuvo muy alta en España hasta mediados del siglo pasado⁷⁸; el paludismo, que era tratado en los siglos XVIII y XIX con la quina o quinina, sangrías y limonada, no fue oficialmente erradicado en España hasta 1969; las fiebres tifoideas, antes de la prevención por la vacunación y el uso de antibióticos ya avanzado el siglo pasado, tenían una letalidad del 15 o 20%; y la difteria experimentó un significativo retroceso gracias al suero antidiférico obtenido por Behring y Roux, y difundido a partir de 1894⁷⁹.

Además, los galenos de la época consideraban que para facilitar la expulsión del exceso de babas por la dentición, una de las causas que más trabajo daba a la parca, era muy favorable la ingesta de laxantes, favoreciendo el aumento de la diarrea, con las nefastas consecuencias que ello causaba⁸⁰.

Así pues, los remedios más comúnmente utilizados en la España de mediados del siglo XIX eran la aplicación de sangrías y la ingesta de purgantes para "expulsar el mal", es decir, los elementos patógenos que causaban la morbilidad, ante la extendida creencia de que con la expulsión de fluidos se curaba al enfermo, nada más lejos de la realidad, dado

que lo que provocaban era un aumento galopante de la mortalidad⁸¹.

Sin embargo, las medidas más comunes en la época contra cualquier catástrofe, incluidas las epidemias, eran las rogativas públicas y las celebraciones religiosas en acción de gracias en honor de la divinidad por haber librado a la población de la enfermedad, actos basados en las supersticiones más añejas y fomentados por los poderes públicos con el fin de distraer a la masa de la población ante la falta de soluciones drásticas que limitaran los efectos de las mismas.

A este respecto, en 1865, en plena incidencia del cólera, el vicario de Aguilar informó a su Obispo sobre el inicio de una de estas ceremonias, afirmando:

"El Triduo principia hoy, rezándose el Santo Rosario, su sermón atacando a los vicios, haciendo ver a los fieles que la única medicina para la enfermedad reinante, y para toda adversidad es la reforma completa en las costumbres, y el exacto cumplimiento de los mandamientos de Dios y, después, cantará también la música el Miserere a Ntro. Padre Jesús Nazareno. El día 1º del año se dará principio a otro Triduo en el Carmen, la auxiliar, que está en el otro extremo de la población, del mismo modo que el anterior. Dios quiera que obtengamos los buenos resultados que con una fianza ilimitada esperamos todos."⁸²

De este modo, el máximo representante religioso de la localidad defendía con convicción que la moralidad y la fe católica eran la única profilaxis posible contra la enfermedad.

En resumen, el atraso sanitario, las duras condiciones de vida de la mayor parte de la población —subalimentación, excesivas horas de trabajo, miseria, ...—, la falta de una política de higiene pública más enérgica, las carencias en el aseo privado, el desmedido hacinamiento, etc., problemas no solucionados en la época, fomentaron que las enfer-

⁷⁴ El médico sevillano P. VÁZQUEZ defendió esta medida, aunque, también, desaconsejó el remedio de las sanguijuelas y cualquier tipo de tratamiento que debilitara al cuerpo, recomendando la ingestión de mucha agua para hidratarlo y de una dieta a base de caldos nutritivos (concretamente sopa de puchero con carne de vaca y de gallina, garbanzos y "yerbabuena"), precedidos de un vaso de vino. Cfr. *Método curativo del cólera-morbo*, 3ª edición, Sevilla, 1855, pp. 4-8.

⁷⁵ El doctor Mariano González de Sámano, en su "terapéutica", defendía: el aislamiento de los enfermos, la aplicación de sangrías y sanguijuelas, mantener abrigado al paciente y "refrigerarlo" con nieve en caso de fiebre, el uso de bebidas alcohólicas como tónicos y la aplicación de diversos medicamentos (como los hidrocloratos, carbonatos y sulfatos de sosa, etc.). No obstante, rechazó el empleo de purgantes. *Op. cit.*, pp. 112-248.

⁷⁶ El también médico, de origen montillano, José María de Aguayo y Trillo rechazó que el contagio se pudiera producir por el contacto con los enfermos, recomendando para su tratamiento: las fricciones de "aceite volátil de trementina", el hielo, las sangrías, las "bebidas demulcentes" (compuestas, según el autor, de goma, arroz, pan y leche de almendras) con opio, lavativas de almidón con láudano y, friegas secas, oleosas o etéreas. *Memoria sobre el cólera-morbo asiático, considerado bajo el aspecto de las condiciones más favorables a su desarrollo, su analogía con las fiebres intermitentes perniciosas y tifoideas, y método curativo*, Montilla, 1854, pp. 9-42.

⁷⁷ Cfr. J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Breve historia de la...*, p. 25.

⁷⁸ En la provincia de Córdoba, el médico rural José María de Aguayo y Trillo, quien, como ya hemos comentado, escribió una obra en la que exponía un tratamiento contra el cólera, también publicó un estudio sobre la tisis, en el que, entre otras cuestiones, pese a reconocer que su desaparición era prácticamente imposible, recomendó para su tratamiento una buena alimentación, el ejercicio al aire libre y la aplicación de diversos medicamentos —como la "tintura de quina", los "preparados ferruginosos" y "balsámicos", destacando entre estos últimos el "jarabe de tolú". Además, indicó que con ello intentaba atenuar "[...] los estragos de una de las plagas más asoladoras de la juventud, en cuya parte más florida escogió de preferencia sus víctimas". *Apud F. M. ESPINO JIMÉNEZ, Montilla en las hojas del Diario de Córdoba (1854-1868)*, Montilla, 1999, pp. 358-60.

⁷⁹ Cfr. J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Breve historia de la...*, pp. 26-38.

⁸⁰ C. Ruiz García y A. García del Moral citan diversos tratados médicos de mediados del XIX que defendían esta práctica, acrecentando la ya de por sí fuerte creencia popular en este mismo sentido. Cfr. "La mortalidad infantil en la Córdoba de la Restauración", en *Actas del Coloquio Internacional "Andalucía y el 98"*, Córdoba, 2001, pp. 509-10.

⁸¹ A mediados de siglo, el médico militar Martínez Montes recomendó las sangrías, los vomitivos y los laxantes para casi todas las enfermedades, desde las digestivas a las respiratorias, pasando por las nerviosas. *Op. cit.*, pp. 556-71.

⁸² Archivo General del Obispado de Córdoba (en adelante A. G. O. CO.), Provisorato. Despacho Ordinario 2 (1862-72), carta de 21 de diciembre de 1865.

medades sociales causaran estragos en la Aguilar isabelina, alcanzando la mortalidad unas cifras elevadísimas.

7. OTROS DATOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD.

Como ya comentamos en su momento, dada la riqueza informativa de los libros parroquiales de defunciones, contamos con datos de interés para estudiar desde un punto de vista sociológico cómo afrontaba la población aguilarense de mediados del siglo XIX la muerte. Así, las partidas de defunción nos informaban de:

a) El estado civil: lógicamente, debido a la alta T. M. I., buena parte de los difuntos eran solteros, seguidos de los casados y de los viudos.

b) El lugar de procedencia: la inmensa mayoría de los difuntos nacieron en Aguilar, registrándose únicamente 216 individuos (el 2,19%) oriundos de otros lugares. Entre estos, el 42,59% procedía del resto de la provincia de Córdoba, el 38,43% de otras provincias andaluzas, el 17,13% de otras regiones españolas y el 1,85% restante eran extranjeros. No obstante, estos datos no deben ser tomados como indicadores de la inmigración, dado que los difuntos podían ser transeúntes.

c) Los testamentos: al parecer, durante el período testaron 459 individuos (el 11,98% del total de los fallecidos mayores de 21 años), de los que 257 (el 55,99%) eran hombres y 202 (el 40,01%) mujeres, por lo que el predominio masculino resulta indiscutible. Estas cifras demuestran la escasez de individuos que testaban en la época, aunque deben ser tenidos en cuenta con reservas, dado que es muy posible que en esta fuente no se determinaran todos los testamentos, sino sólo aquéllos en los que se especificara alguna manda a favor de la Iglesia.

d) Los tipos de entierro: se registran cinco tipos según su coste y la edad del difunto⁸³, a saber: "entierro de almohada" o "de andicas capa" que se corresponde con los entierros de párvulos (el primero hacía referencia a los menores de un año, y el resto a los que tenían menos de seis, por lo que se consideraban párvulos sólo a los menores de ésta edad), de caridad (también denominado "gratis" o "de limosna"), llano, entresolemne y solemne⁸⁴. Durante el período, la mayoría de estos, lógicamente, fueron los de párvulos (el 42,62%), seguidos de los llanos (el 29,03%), los de caridad (el 14,37%), los entresolemnes (el 9,26%) y los solemnes (el 4,72%). Mayoritariamente, los entierros solemnes y entresolemnes eran contratados por las élites socioeconómicas (incluidos sus vástagos fallecidos a edad infantil, los cuales, eran eximidos del entierro de párvulo por una cuestión de prestigio social), pero lo más sorpren-

dente es que, pese a la pobreza ya comentada que caracterizaba a la mayor parte de los aguilarenses, una buena parte de los mismos preferían pagar un entierro llano, o incluso entresolemnes y solemnes, antes que ser enterrados de caridad, dado que aquellos eran más dignos que los otros⁸⁵.

8. CONCLUSIONES.

Durante todo el reinado de Isabel II, la población española se mantuvo prácticamente en el ciclo demográfico antiguo, debido, en gran parte, a la alta mortalidad, especialmente la infantil.

Esta circunstancia tuvo unas características más negativas en la zona rural de nuestro estudio, donde la T. B. M. y la T. M. I. sobrepasaron ampliamente la media nacional. Esto provocó que la eo y el C. V., sobre todo desde mediados de la década de los 50, experimentarían un movimiento a la inversa, es decir, eran más bajos que en el conjunto del país, dado que el número de nacimientos, pese a ser, también, muy elevado, compensó a duras penas las altísimas cifras de las defunciones, especialmente dramáticas entre los más jóvenes.

Desde luego, la mortalidad catastrófica ocasionada por las numerosas epidemias influyó en el elevado número de fallecidos de la Aguilar isabelina, pero la mortalidad ordinaria resultó aún más nefasta, estando causada por las denominadas enfermedades sociales, que asolaron a la población aguilarense, ralentizando su crecimiento demográfico y provocando la pérdida de generaciones enteras al ensañarse con los más débiles, los menores de un año. Todo ello fomentado por factores sociales relacionados entre sí—como: el desarrollo de varias crisis de subsistencias y la subalimentación de la mayor parte de la población; el descuido en la higiene pública; el problema del elevado hacinamiento; la falta de aseó personal; la pésima calidad de la asistencia médica y benéfica; las desfavorables condiciones de trabajo de la amplia población menesterosa; y, la negativa incidencia de las muertes violentas, consecuencia de la alta criminalidad—, cuyos efectos no fueron mitigados con la introducción de medidas energías por las autoridades.

En definitiva, sin que, por ahora, se haya podido determinar la trascendencia de las migraciones, la evolución demográfica de Aguilar durante el período del reinado de Isabel II estuvo determinada por factores biológicos, ostentando el papel protagonista la mortalidad, cuyas cifras absolutas resultaron más negativas que la media de España, debido, en suma, al atraso económico e higiénico-sanitario y a los problemas alimenticios que experimentaba esta zona rural.

⁸³ Los tipos de funerales de los expósitos no se determinaban, aunque debían ser de caridad.

⁸⁴ Excepto el de caridad, que era gratuito, el coste de los entierros en 1842 era el siguiente: solemne 35 rs. y 17 mrs.; entresolemne 14 rs. y 17 mrs.; llano 9 rs. y 17 mrs.; y párvulo 3 rs. A. G. O. CO., "Nota expresiva y circunstancial que nosotros los curas párrocos de la villa de Aguilar damos de los derechos que por razón de entierros y misas cantadas corresponden a la fábrica de la Iglesia Parroquial de dicha villa para el culto y la conservación y reparación de la misma, 30 de abril de 1842", *Provisorato. Despacho Ordinario 2* (1840-1848).

⁸⁵ Como muestra del interés por parte de las clases populares para que su entierro fuera lo más "decente" posible, algunas cofradías locales de la época establecieron desde el siglo XVI y hasta la segunda mitad del XX el pago de los funerales de sus cofrades como medio para atraer a un mayor número de miembros, funcionando como auténticas compañías aseguradoras de decesos, en las cuales sus asociados, por el abono de una entrada determinada según la edad y de una mínima cuota anual o mensual, se aseguraban un buen funeral y varias misas por su alma. Cfr. F. M. ESPINO JIMÉNEZ, *Historia de la Real Cofradía de Nuestro Padre Jesús Nazareno...*