

Evolución de la mortalidad en Alfacar y Víznar (Granada) en el siglo XIX

JIMÉNEZ-BROBEIL SA,
GÓMEZ MARTÍN M

Rev. Esp. Antrop. Fís. (2003/4) 24: 19-34

Aceptado: 19 enero 2005

Laboratorio de Antropología Física, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Avenida de Madrid 11, 18012 Granada. jbrobeil@ugr.es

Palabras clave: evolución demográfica, crisis de mortalidad, causas de muerte, salud-enfermedad, población, Granada, siglo XIX

Se han estudiado los registros de defunciones del siglo XIX de los archivos parroquiales de Alfacar y Víznar (Granada) con el objetivo de conocer la evolución de la mortalidad y de la salud-enfermedad. Para ello se han calculado los coeficientes de variabilidad y las crisis de mortalidad y se han recogido las causas de muerte según los criterios de la O.M.S. La distribución de causas de muerte se ha relacionado con el sexo y clase de edad de los individuos y se han analizado las variaciones a lo largo del siglo. Los resultados preliminares indican que la población de esta comarca responde al patrón del “antiguo régimen” demográfico, con una elevada mortalidad infantil y una baja esperanza media de vida y que en los últimos 35 años del siglo se observa una clara disminución de la salud caracterizada por una serie de epidemias que afectaron fundamentalmente a los individuos infantiles.

© 2004 *Sociedad Española de Antropología Física*

Introducción

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre la evolución demográfica de la provincia de Granada en los siglos XVII al XIX, aunque en este caso sólo se abordará la situación de Alfacar y Víznar, pueblos situados en la Sierra de la Alfaguara a unos 6 y 7 Km de la ciudad Granada -hacia el N y NE-, pero a una mayor altitud -entre los 916 m de Alfacar y los 1074 m de Víznar. Los documentos de la época aportan descripciones interesantes sobre su situación, infraestructura, economía y población de estos pueblos que comparten lindes por el Este de Alfacar y por el Oeste de Víznar. Ambos tienen un clima húmedo y frío, y las enfermedades más comunes son pleuresías y tercianas (Madoz, 1845-1850). Su estructura económica se basa en la producción agrícola y aunque abarca otros productos, se centra principalmente en el grano y el aceite. Además, Alfacar posee canteras de piedra y yeso y, sobre todo, una fuerte industria panadera también presente en Víznar, pero en menor grado, que hace de aquel pueblo el mayor suministrador de pan para la ciudad de Granada, mercado principal de toda la comarca.

En cuanto al número de habitantes, faltan recuentos de carácter censal hasta 1860 pero algunas referencias coetáneas hacen posible valorar su evolución en esta centuria. En Alfacar se estiman “[...] 368 vec., 1435 hab., incluso 4 cortijos de su jurisd [...]” (Miñano, 1826); “[...] 1840 habitantes incluso 4 cortijos de su jurisdicción [...]” (VV AA, 1831); “[...] 231 vec.: 1.049 almas [...]” (Madoz, 1845-1850) –cifras que fluctúan demasiado en fechas relativamente próximas–; en 1860 son 1.644 habitantes; en 1877, 1.630; en 1887, 1.557; y en 1900, 1.582. En Víznar los datos sí parecen más coherentes: “[...] 146 vec., 600 hab. incluso 2 cortijos de su jurisd [...]” (Miñano, 1826); “[...] 670 hab. incluso dos cortijos de su jurisd [...]” (VV AA, 1831); “[...] 136 vec., 627 hab.” (Madoz, 1845-1850); en 1860, 930 habitantes; en 1877, 870; en 1887, 745; y en 1900, 867.

El punto de partida del presente estudio, será establecer la evolución de la mortalidad en el siglo XIX, con especial interés en las crisis sufridas durante ese periodo, para sentar las bases que permitan una primera aproximación al conocimiento sobre la evolución de la salud-enfermedad a lo largo de la centuria mediante el análisis de la mortalidad y sus causas. Este trabajo se plantea desde una perspectiva ecológica con el objetivo de valorar la respuesta de estos grupos humanos al estrés medioambiental (Goodman, 1991). A partir de la Revolución Industrial y de los avances técnicos, sanitarios y de producción, que de ella derivaron, se inició en Europa un cambio significativo que conllevó la aparición de la denominada “transición demográfica”. El primer objetivo de este trabajo es comprobar si las poblaciones estudiadas presentan un comportamiento que responda a estos cambios o si por el contrario siguen mostrando la mismas respuestas al estrés medioambiental de las poblaciones antiguas. El siguiente objetivo es analizar la mortalidad por sexos y clases de edad y valorar si hay diferencias en la respuesta adaptativa de los individuos en base a estos parámetros.

Material y métodos

Se han utilizado los datos procedentes de los libros de entierros de las parroquias de Alfacar y Vínzar entre los años 1801 y 1900 lo que ha permitido ver la evolución anual de los fallecidos y su distribución mensual. La edad no aparece con regularidad hasta muy avanzado el siglo lo que ha condicionado algunos aspectos del trabajo. No obstante, el párroco sí señalaba cuando el entierro correspondía a un niño o a un adulto, por lo que en el análisis de la evolución y las crisis de mortalidad es posible diferenciar, aunque de forma muy grosera, entre *mortalidad infantil* y *mortalidad adulta*. Para establecer cuando la mortalidad, a pesar de sus fluctuaciones, se movía dentro de parámetros más estables, se ha analizado la variabilidad de la serie distribuyendo la centuria en periodos de tiempo de 25 años. Los años de crisis y su intensidad se han determinado aplicando los métodos de Flinn (1974), Del Panta/Livi-Bacci (1979) y Dupâquier (1979) a las cifras anuales de defunciones y se han examinado de forma individual. Es cierto que la identificación de las crisis más importantes no requiere el uso simultáneo de los tres métodos; no obstante, subidas menos significativas de la mortalidad, que también pueden constituir crisis, pasan desapercibidas para alguno mientras que otro sí las detecta, por lo que de alguna forma se complementan.

Identificar y tabular la importancia de estos momentos difíciles, teniendo presente los problemas inherentes al uso de estos métodos, supone el punto de partida para acercarnos a las crisis de mortalidad. En cuanto a su importancia en el devenir de estas poblaciones, es cierto que estos sucesos siempre suponen una merma en el potencial humano de los lugares afectados -muchas veces difícil de valorar pues aunque siempre tienen una gran repercusión en el corto plazo a veces sus efectos se manifiestan también en el medio y el largo-, pero sus consecuencias, que pueden llegar a suponer una grave quiebra insuperable, no tienen que ser directamente proporcionales al número de fallecidos, ya que en la capacidad de recuperación de una población juegan un papel decisivo otras variables relacionadas con la natalidad, la nupcialidad o las migraciones. En el estudio de la mortalidad por causas se han seleccionado 3058 registros en los que consta la edad del sujeto, su sexo y la causa de defunción. Los individuos se han distribuido según las clases de edad siguientes teniendo en cuenta el número de años cumplidos: <1, 1-5, 6-14, 15-30, 31-50, 51-70 y >71. Con objeto de valorar la evolución a lo largo del siglo, se han agrupado los registros en periodos de 20 años: 1801-1820, 1821-1840, 1841-1860, 1861-1880 y 1881-1900. Para facilitar el acceso a la información y su análisis, los datos fueron transcritos en fichas individuales a una base de datos informática mediante el programa Access. Para clasificar las causas de defunción se ha utilizado una tabla de enfermedades (Tabla 1) basada en la CIE-9 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978) a la que se ha añadido en el apartado XVI un epígrafe con la denominación “Vejez y procesos relacionados”.

Tabla 1. Clasificación de causas de muerte según la OMS

1	Enfermedades infecciosas y parasitarias
2	Tumores.
3	Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos de la inmunidad.
4	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos.
5	Trastornos mentales.
6	Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.
7	Enfermedades del aparato circulatorio.
8	Enfermedades del aparato respiratorio.
9	Enfermedades del aparato digestivo.
10	Enfermedades del aparato genitourinario.
11	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
12	Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo.
13	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.
14	Anomalías congénitas.
15	Afecciones del periodo perinatal.
16	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.
16b	Vejez y procesos relacionados.
17	Traumatismos, envenenamientos y accidentes

Se ha optado por este sistema porque es cómodo de usar y ha sido utilizado con cierta asiduidad en estudios anteriores (García Moro *et al.*, 2000; Pérez de Landázabal y Martínez, 1989; Perrenoud, 1993). No obstante, es necesario señalar que presenta ciertas imperfecciones a la hora de clasificar las diferentes causas de defunción puesto que es propiamente una lista de enfermedades y no de causas de muerte: en primer lugar, una determinada enfermedad puede encuadrarse en varios apartados según se apliquen criterios etiológicos o anatómicos, basten dos ejemplos: una neumonía se podría incluir en el apartado 1 –lo que se ha hecho– como enfermedad infecciosa o en el apartado 8 puesto que afecta a los pulmones; y una fiebre puerperal aparece en el apartado 11 como complicaciones del embarazo, parto y puerperio pero su causa es claramente de origen infeccioso. En segundo lugar, hoy se conoce que buena parte de las enfermedades señaladas no son la causa que determina el fallecimiento de un individuo: los trastornos mentales no matan en sí mismos y las enfermedades de la piel que pueden hacerlo son: infecciosas -grupo 1-, tumorales -grupo 2- o accidentales como quemaduras -grupo 17-. Por último, hay que recordar que una determinada enfermedad puede constituir la causa inicial o intermedia y no ser la final que provoca el fallecimiento de un individuo.

Cuando se trabaja con causas anotadas en el pasado, el proceso de clasificación puede convertirse en una ardua tarea, que presenta todo un conjunto de dificultades añadidas (Bernabeu Mestre *et al.*, 2003): el uso de los nombres de la medicina popular en ocasiones de difícil interpretación -por ejemplo, *heril*-; la anotación de síntomas como causa de defunción -por ejemplo, *calenturas*-; la utilización de términos vagos y poco concretos -por ejemplo, *dentición o vejez*-; el consignar como causa de defunción un padecimiento que sufría el sujeto en el momento de fallecer y que obviamente no es en sí una causa de muerte inmediata sino una causa contribuyente -nadie fallece de *reumatismo*-. Términos como *vejez*, *senectud* o *ancianidad*, sólo nos indican que el sujeto tenía una edad avanzada y que el fallecimiento era esperado y no violento ni repentino, en todo caso, el médico, si es que le atendió uno, no indagó más profundamente; bajo estos epígrafes se pueden esconder infecciones, tumores y problemas cardiovasculares no diagnosticados, expresiones como *decrepitud* o *debilidad esencial* podrían describir una caquexia propia de un cáncer terminal. Una última dificultad, no menor sin duda, son las limitaciones propias de la medicina en una época en que las posibilidades de diagnóstico y los medios disponibles por los médicos no permitían hacer más precisiones, es significativo el

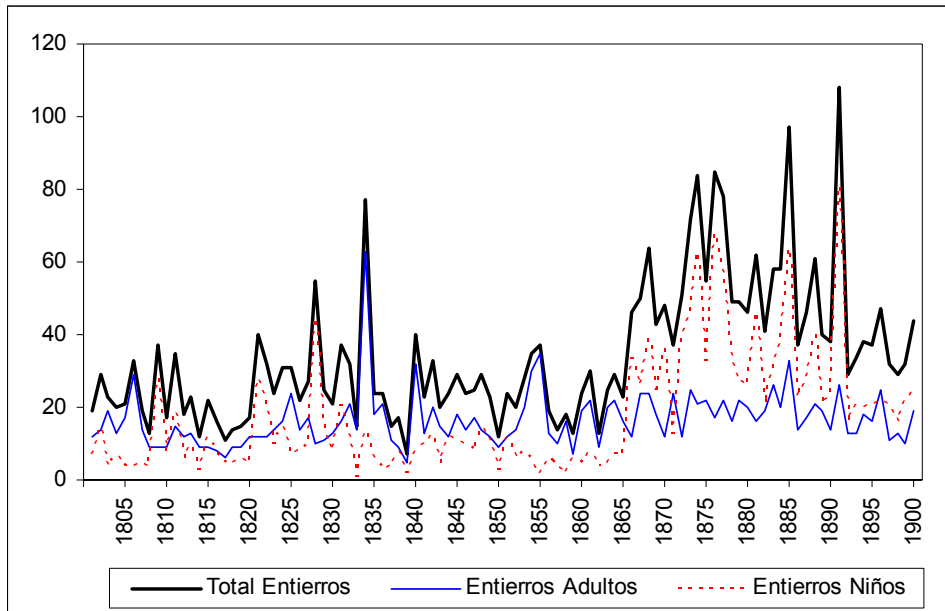


Figura 1. Alfacaar, entierros siglo XIX (1801-1900); evolución anual

caso de los tumores que normalmente sólo son especificados cuando afectan a órganos más o menos externos -por ejemplo, *la mama*- o que cursen con síntomas muy característicos.

En los registros originales se consignaron 532 causas de defunción distintas que se han “traducido” en la medida de lo posible –en muchos casos en un proceso meramente aproximativo- a términos ajustables a la anterior clasificación (De Ramón, 1885; Lewis Smith, 1889-90; Navarro Beltrán, 1996). En el camino entre el diagnóstico del médico, si lo hubo, y lo que anotó el sacerdote en el libro de entierros surgen malentendidos y diferencias ortográficas, que si se suman a los distintos nombres que puede recibir una determinada enfermedad, multiplican el número de causas registradas -por ejemplo, la *difteria* aparece bajo 14 denominaciones distintas, de las que 6 son errores ortográficos-. En todo caso, esta diversidad de causas es típica de cualquier registro antiguo de causas de muerte (Arrizabalaga, 1993; Perdiguero, 1993).

Seguidamente, se han clasificado las causas de muerte según sexo y edad y por periodos de 20 años y se han obtenido varios valores de esperanza media de vida (Acsadi y Nemeskeri, 1970). En las causas de muerte por sexos, se han comparado las frecuencias obtenidas mediante el test chi-cuadrado (χ^2).

Resultados y discusión

La serie de entierros: cuantificación y evolución

Entre los dos pueblos se contabilizan a lo largo del siglo XIX 5.302 partidas de entierros: en Alfacaar se anotan 3.429 lo que supone una media anual de 34,29 entierros, mientras que en Vizar con 1.873 anotaciones la media alcanza 18,73. Como era de esperar, las diferencias de volumen poblacional tienen su reflejo en las cifras de entierros de los dos pueblos que, no obstante, presentan un rasgo común: son superiores para la segunda mitad del siglo respecto a la primera. Entre 1801 y 1850 en Alfacaar se anotan 1.252 defunciones y en Vizar 717 mien-

Evolución de la mortalidad en Alfacar y Vizar en el siglo XIX

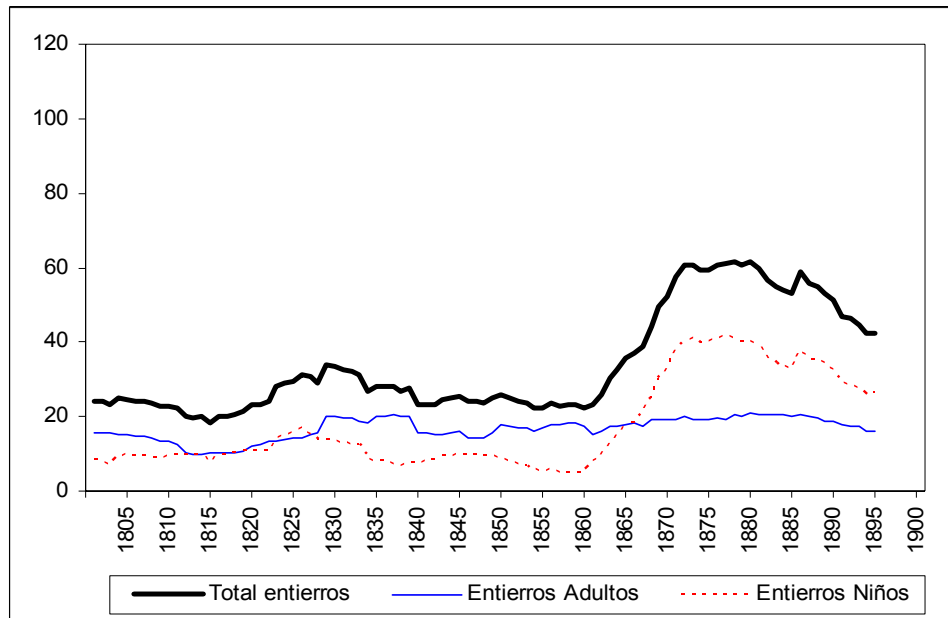


Figura 2. Alfacar, entierros siglo XIX (1801-1900); media móvil 11 años

tras que en el periodo de 1851 y 1900 se alcanzan las 2.177 y 1.156 respectivamente lo que supone incrementos del 73,9 % y 61,2 %.

Un primer examen de la curva de entierros de ambos pueblos muestra que la mortalidad en Alfacar y Vizar se desenvuelve a lo largo del siglo XIX dentro de los parámetros que caracterizan lo que se ha denominado como ciclo demográfico antiguo. En efecto, se sabe que dentro de este ciclo la variable vital más inestable son los entierros a cuyas fuertes oscilaciones en sus cifras anuales durante los años normales se añaden las producidas en los años de crisis que en muchos casos merecen el calificativo de espectaculares. Como prueba de esto cabe señalar que en Alfacar las defunciones anuales oscilan entre las 7 anotadas en 1839 y las 108 de 1891; en Vizar esta diferencia es menor pero también considerable, en 1808 se registran 3 fallecidos mientras que en 1876 lo son 46.

La gráfica de Alfacar (Figura 1) refleja claramente dos periodos distintos en cuanto al número de fallecidos en los que 1866 sería el punto de inflexión: antes de este año, se aprecia como los entierros se mantienen en cifras relativamente bajas mientras que esa tendencia cambia desde ahí hasta finales del siglo. La media móvil (Figura 2) aclara ciertos detalles: hasta 1865, sólo el periodo 1825-1835 presenta una mortalidad algo más elevada; desde aquí, hasta 1891 la población sufre un fuerte incremento de las defunciones que se atenúan en los últimos años en los que la curva no se ve afectada por ninguna subida fuerte. La división entre mortalidad adulta e infantil evidencia como la primera mantiene una línea mucho más estable a lo largo de todo el siglo si se exceptúan algunos momentos puntuales como 1834, 1841, 1854-55 y 1885; por el contrario, las capas más jóvenes de la sociedad, cambian de comportamiento a partir de 1866 cuando sus cifras se incrementan de forma espectacular y las subidas bruscas, ahora muy frecuentes, alcanzan cotas más elevadas. Claramente, es la mortalidad infantil la que rige el comportamiento de la curva y esto es también válido para los últimos años del siglo cuando parece suavizarse su perfil.

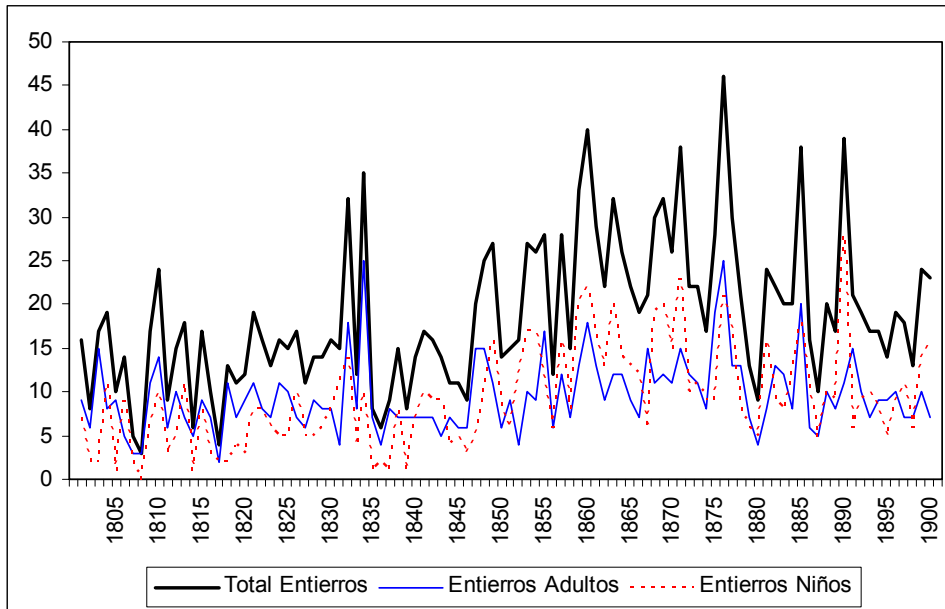


Figura 3. Víznar, entierros siglo XIX (1801-1900); evolución anual

Víznar (Figuras 3 y 4) presenta también dos periodos diferentes en cuanto al número anual de entierros aunque su cronología es algo anterior a la de Alfacar. De forma global, la tendencia es similar en los dos pueblos, pero aquí, el incremento de la mortalidad se adelanta a 1845, año a partir del cual los momentos críticos se suceden de forma más continuada. Las curvas de la población adulta e infantil muestran bastante paralelismo hasta la década de 1840 cuando aumentan significativamente el número de entierros; este cambio de tendencia afecta a los dos sectores de la población pero es mucho más intenso en las capas más jóvenes. Alrededor de 1880 la tendencia vuelve a cambiar y los niveles de mortalidad se atenúan hasta finalizar el siglo. Hay que señalar que el incremento de mortalidad no está relacionado con un aumento de la población puesto que las curvas de bautismos se mantienen constantes en ambos pueblos a lo largo del siglo.

La variabilidad de la serie

En el régimen demográfico antiguo la muerte es el hecho vital que presenta mayores altibajos (Gómez Martín *et al.*, 2001). La presencia continua de elementos como las epidemias, el hambre y, puntualmente, la guerra y lo que de ella deriva; rompen de forma habitual un equilibrio que no se alcanza hasta completar la llamada transición demográfica. Por tanto, la variabilidad de los fenómenos demográficos y especialmente de los fallecidos será mayor cuando aumente la frecuencia e intensidad con la que estos factores golpean a una población. La aplicación del coeficiente de variación V sobre el número de defunciones registradas para periodos de 25 años hace posible que se pueda determinar cuándo la muerte presenta una mayor inestabilidad. Este método permite cotejar la estabilidad de un fenómeno sin que se vea alterado por elementos como el tamaño de la población, el número de casos a estudiar, la cronología de las series o su ámbito geográfico. Los resultados muestran como los dos pueblos presentan un coeficiente de variabilidad bastante alto a lo largo de toda la centuria dentro de la que se pueden señalar dos aspectos: la mortalidad en Alfacar (Tabla 2) es más inestable que en Víznar

Evolución de la mortalidad en Alfacar y Víznar en el siglo XIX

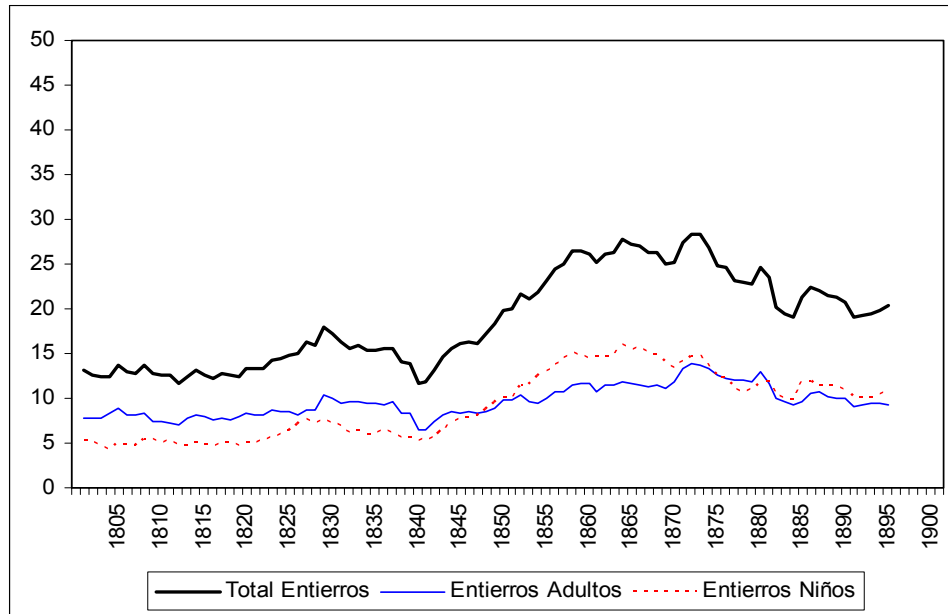


Figura 4. Víznar, entierros siglo XIX (1801-1900); media móvil 11 años

(Tabla 3) pues sus coeficientes de V son mayores en todos los periodos excepto en el último cuarto del siglo donde se muestran bastante similares; y, la población infantil se comporta de forma menos estable que la adulta, si bien, en Víznar hay un mayor equilibrio entre ambas que en Alfacar.

Tabla 2. Alfacar: media de defunciones, desviación estándar y coeficiente V para periodos de 25 años

	1801-1825			1826-1850			1851-1875			1876-1900		
	X	σ	V	X	σ	V	X	σ	V	X	σ	V
Adultos	13,0	5,1	39,6	16,8	11,0	65,6	18,4	6,8	37,1	18,4	5,3	29,0
Niños	9,8	7,2	73,8	10,4	8,6	81,9	17,6	17,1	96,8	32,5	17,5	53,8
Total Entierros	22,9	8,4	36,5	27,2	14,2	52,1	36,8	18,9	52,5	51,0	21,0	41,3

Tabla 3. Víznar: media de defunciones, desviación estándar y coeficiente V para periodos de 25 años

	1801-1825			1826-1850			1851-1875			1876-1900		
	X	σ	V	X	σ	V	X	σ	V	X	σ	V
Adultos	8,1	3,2	39,6	8,7	4,8	54,9	11,2	3,7	32,7	10,2	4,6	45,7
Niños	5,0	3,3	66,5	6,9	4,0	57,6	13,8	5,1	37,0	11,0	5,6	51,1
Total Entierros	13,1	5,2	40,1	15,6	7,3	46,7	25,0	7,2	28,6	21,2	8,8	41,7

Los años de crisis y su intensidad

Alfacar y Víznar no sufrieron durante el siglo XIX ninguna crisis que se pueda calificar como fuerte con alguno de los tres métodos. El de Dupâquier se muestra como el más sensible de todos pues detecta un mayor número de crisis en cada pueblo: en Alfacar, 15 por Dupâquier, 11 por Flinn y 10 por Del Panta/Livi-Bacci; mientras que en Víznar hay 17 por Dupâquier, 12 por Flinn y 6 por Del Panta/Livi-Bacci. Todas las crisis detectadas con el método Del

Tabla 4. Alfacar: entierros en el siglo XIX; años de crisis e intensidad

Años de crisis	Dupâquier	Flinn	Del Panta Livi-Bacci
1809	2,1	75,4	1,71
1811	1,6	66,7	1,65
1821	2,6	87,8	1,79
1828	1,3	107,55	2,00
1834	3,5	254,8	3,41
1840		85,2	1,73
1842	1,1		
1854	2,8	68,3	1,67
1855	2,6	78,7	1,76
1868		50,9	
1873	1,1		
1874	1,9		
1876	2,1		
1877	1,6		
1884	1,3		
1885	2,1	99,2	1,94
1891	3,1	165,4	2,67

no detecta las de 1840, sí encontrada por los métodos de Flinn y Del Panta/Livi-Bacci y la de 1868 por Flinn. Todas las crisis señaladas con el método de los investigadores italianos son pequeñas. En Viznar (Tabla 5) la situación es parecida con un total de dieciocho años críticos pero en general de poca magnitud. En la escala de Dupâquier alcanzan el grado de crisis medias siete años: 1810, 1832, 1834, 1860, 1876, 1885 y 1890; las diez restantes son crisis menores: 1848 corroborada también por Flinn y Panta/Livi-Bacci, 1803, 1821, 1859, 1869, 1871 y 1877 que no advierten los otros métodos, 1813, 1841, 1849 y 1885 señaladas también por el método de Flinn y, por último, 1804 solo detectada por Flinn aunque con poca intensidad.

Tabla 5. Vizcar: entierros en el siglo XIX; años de crisis e intensidad

Años de crisis	Dupâquier	Flinn	Del Panta Livi-Bacci
1803	1,0		
1804		61,0	
1810	2,1	110,5	1,90
1813	1,0	52,5	
1821	1,6		
1832	2,2	128,6	2,46
1834	2,9	159,3	2,75
1841	1,4	50,4	
1848	1,5	52,4	1,52
1849	1,3	55,2	
1859	1,4		
1860	2,7	61,9	
1869	1,1		
1871	1,3		
1876	3,2	105,4	1,96
1877	1,1		
1885	2,1	92,9	
1890	2,7	106,4	2,15

Panta/Livi-Bacci han sido corroboradas por alguno de los otros dos que además coinciden para la mayoría de ellas y cuando no lo hacen siempre son crisis de poca importancia.

En Alfacar (Tabla 4) figura un total de diecisiete años señalados por algún método como de crisis; una cifra muy elevada y significativa que confirma hasta que punto en este pueblo el siglo XIX se desarrolla dentro de los parámetros del régimen demográfico antiguo, algo ya apuntado por la fuerte variabilidad a la que aludíamos antes. Ciertamente, es en la dimensión y no en la escasez o ausencia de crisis donde hallamos los rasgos diferenciadores de la centuria, las crisis de este siglo no alcanzan magnitudes importantes según los indicadores empleados. Siguiendo la clasificación de Dupâquier, los años más relevantes que suponen crisis de magnitud media son: 1809, 1821, 1834, 1854, 1855, 1876, 1885 y 1891; el resto, son crisis menores: 1811, 1828, 1842, 1873, 1874, 1877 y 1884, e in-

no detecta las de 1840, sí encontrada por los métodos de Flinn y Del Panta/Livi-Bacci y la de 1868 por Flinn. Todas las crisis señaladas con el método de los investigadores italianos son pequeñas. En Viznar (Tabla 5) la situación es parecida con un total de dieciocho años críticos pero en general de poca magnitud. En la escala de Dupâquier alcanzan el grado de crisis medias siete años: 1810, 1832, 1834, 1860, 1876, 1885 y 1890; las diez restantes son crisis menores: 1848 corroborada también por Flinn y Panta/Livi-Bacci, 1803, 1821, 1859, 1869, 1871 y 1877 que no advierten los otros métodos, 1813, 1841, 1849 y 1885 señaladas también por el método de Flinn y, por último, 1804 solo detectada por Flinn aunque con poca intensidad. A priori se pensaba que la cercanía de los dos pueblos y el número elevado de años de crisis influirían en que la mayoría de éstas aparecieran de forma simultánea en los dos, sin embargo, estos resultados indican que, en principio, sólo coinciden en cinco años: 1821, 1834, 1876, 1877 y 1885.

Relaciones entre causa de muerte y sexo

En la Tabla 6 se expone la mortalidad por causas de fallecimiento en relación al sexo de los individuos: 1660 varones y 1558 mujeres. Los porcentajes son más o menos similares entre ambos sexos, pero destacan algunas diferencias estadísticamente significativas. Por razones obvias, la diferencia más acusada aparece en la mortalidad asociada a problemas del embarazo, parto y puerperio. Las mujeres fallecieron más por enfermedades de la sangre (las anemias son más frecuentes en el sexo femenino) y por causas que sólo se describen por signos o síntomas. Tal vez esto coincida con la mayor dificultad de llevar a cabo diagnósticos, sobre todo de

Evolución de la mortalidad en Alfacar y Víznar en el siglo XIX

Tabla 6. Alfacar y Víznar: causas de muerte por sexos

CAUSAS	VARONES		MUJERES		Total	χ^2	P
	N	%	N	%			
Infecciosas	1051	63.31	879	56.42	1930	15.6	<0.001 *
Tumores	8	0.48	16	1.03	24	2.5	0.11
Glándulas	133	8.01	104	6.67	237	1.9	0.17
Sangre	1	0.06	7	0.45	8	4.9	0.02 *
Mentales	3	0.18	2	0.13	5	0.0	0.94
Nervioso	8	0.48	6	0.38	14	2.2	0.14
Circulatorio	139	8.37	143	9.18	282	0.5	0.45
Respiratorio	15	0.90	11	0.71	26	0.2	0.67
Digestivo	53	3.19	38	2.44	91	1.4	0.24
Genitourinario	6	0.36	5	0.32	11	0.1	0.70
Embarazo	0	-	59	3.79	59	61.9	<0.001 *
Osteomuscular	2	0.12	3	0.19	5	0.0	0.94
Congénitas	1	0.06	1	0.06	2	0.0	1.00
Perinatales	7	0.42	3	0.19	10	0.7	0.39
Signos, síntomas	139	8.37	164	10.53	303	4.1	0.04 *
Vejez	84	5.06	110	7.06	194	5.3	0.02*
Accidentes	10	0.60	7	0.45	17	0.1	0.72
Total	1660	51.58	1558	48.42	3218		

enfermedades cardiovasculares, en mujeres. Asimismo, figura una mayor cifra de individuos femeninos fallecidos de “vejez”. Esto podría coincidir con la dificultad de diagnóstico antes descrita, más que con una mayor esperanza media de vida de las mujeres, como se verá más adelante. Por último, hay que señalar la diferencia muy significativa en el capítulo de enfermedades infecciosas, donde los varones muestran

una mayor mortalidad.

Relaciones entre causa de muerte y edad

La distribución de causas de muerte por clases de edad (Tabla 7) coincide con las características de cada una de dichas clases. Excepto para los mayores de 71 años, las enfermedades infecciosas son la causa mayoritaria de defunción en todas las edades, sobre todo en los niños de 1 a 14 años (46.4% del total de fallecidos por esta causa), que no se ven afectados por enfermedades degenerativas. Las muertes por neoplasias afectan principalmente a los sujetos de 51 a 70 años, lo que coincide con la distribución en la clínica actual de este tipo de patologías. Las enfermedades del grupo 3, fundamentalmente el raquitismo, causaron la muerte de una gran cantidad de niños menores de 6 años. Las enfermedades de la sangre y del sistema nervioso tienen una representación muy baja distribuida de forma semejante por las diferentes clases

Tabla 7. Alfacar y Víznar: causas de muerte por clases de edad

Causa	0-1		1-5		6-14		15-30		31-50		51-70		71-X		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	329	62.31	745	80.54	112	84.85	158	64.75	162	54.00	253	43.85	88	24.93	1847	60.38
2	1	0.19	1	0.11	0	--	0	--	6	2.00	12	2.08	3	0.85	23	0.75
3	119	22.54	104	11.24	1	0.76	1	0.41	0	--	4	0.69	1	0.28	230	7.52
4	0	--	1	0.11	1	0.76	3	1.23	1	0.33	2	0.35	0	--	8	0.26
5	0	--	0	--	0	--	0	--	1	0.33	4	0.69	0	--	5	0.16
6	3	0.57	1	0.11	1	0.76	1	0.41	1	0.33	3	0.52	3	0.85	13	0.42
7	12	2.27	14	1.30	5	3.80	15	6.15	33	11.0	120	20.80	54	15.30	253	8.27
8	0	--	1	0.11	1	0.76	4	1.64	4	1.33	15	2.60	1	0.28	26	0.85
9	14	2.65	12	1.30	3	2.3	5	2.05	13	4.33	30	5.2	11	3.12	88	2.88
10	0	--	0	--	0	--	1	0.41	4	1.33	1	0.17	5	1.42	11	0.36
11	0	--	0	--	0	--	30	12.30	24	8.00	0	--	0	--	54	1.76
13	0	--	0	--	0	--	2	0.82	2	0.67	0	--	0	--	4	0.13
14	2	0.38	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	2	0.06
15	10	1.89	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	10	0.33
16	37	7.01	43	4.65	7	5.30	20	8.20	45	15.0	93	16.12	42	11.90	287	9.38
16 bis	0	--	0	--	0	--	0	--	3	1.00	34	5.89	144	40.79	182	5.94
17	1	0.19	3	0.32	1	0.76	3	1.23	1	0.33	6	1.04	1	0.28	16	0.52
Total	528	17.26	925	30.24	132	4.32	243	8.00	300	9.81	577	18.86	353	11.54	3058	

de edad. Los cinco casos de fallecimiento por enfermedades mentales son de individuos adultos o maduros. Las enfermedades del aparato circulatorio muestran el típico incremento de mortalidad en relación a la edad con un claro pico entre los 51 y 70 años. Las que afectan a los aparatos respiratorio y digestivo no presentan prevalencia de ninguna clase de edad, mientras que las del genitourinario no afectan a individuos infantiles.

Como era de esperar, las mujeres fallecidas por problemas del embarazo, parto y puerperio se incluyen en las clases de edad que coinciden con el periodo fértil. Concretamente, los 54 casos registrados se incluyen entre los 20 y los 44 años. Los fallecimientos incluidos en el apartado 16, aquellos con origen no suficientemente claro, se reparten por todas las clases de edad, aunque con una mayor incidencia entre los mayores de 30 años. Las muertes por accidentes afectan de manera similar a toda la población. Los restantes tipos de causas están asociados a la edad y así las enfermedades congénitas y del periodo perinatal se encuentran en la clase de menores de un año, y las asociadas a vejez a partir de los 51 y, sobre todo, en los mayores de 71. Es curioso que tres individuos fueran considerados “viejos” antes de cumplir 51 años.

Relaciones entre causa de muerte, sexo y edad

En este apartado se exponen las esperanzas medias de vida de varones y mujeres como el resultado que mejor resume las relaciones entre sexo y edad en cuanto a la salud-enfermedad de una población. Se han calculado para el periodo que va de 1861 a 1900 por ser la época con los registros más amplios (Tabla 8). Los valores obtenidos son los característicos de las poblaciones europeas antiguas, anteriores a la Revolución Industrial, que presentaban altas tasas de mortalidad infantil.

Para las dos primeras clases de edad, los varones presentan menor esperanza media de vida que las mujeres. La diferencia de 2.43 años no difiere de la apuntada por Livi-Bacci (1993) de 2.6 para poblaciones europeas en 1880. En la población aquí estudiada puede explicarse, además de por el conocido hecho de una mayor mortalidad en el primer año de vida de los varones, porque en las dos primeras clases de edad figuran más niños que niñas fallecidos por enfermedades infecciosas, que son la principal causa de defunción. El hecho de que también en las restantes la mortalidad por infecciones sea mayor en los varones, justifica la diferencia que se señalaba en la Tabla 2. Si se tiene en cuenta que la virulencia de un agente infeccioso depende del resultado de la interacción entre el patógeno y el huésped (Wedekind, 1999), podría plantearse que el sexo femenino ofrece ante las infecciones mayor resistencia que el masculino. La sobremortalidad masculina es un hecho conocido en muchas poblaciones, al que se han atribuido causas biológicas de complicado origen (Livi-Bacci, 1999).

Sin embargo, en la siguiente clase de edad los términos se invierten y es difícil hallar una explicación puesto que las mujeres aún no tienen edad para tener hijos y, aún en el caso de que la tengan, ninguna consta como fallecida por este motivo. Para la clase de edad de 15 a 30 años las mujeres vuelven a presentar peor esperanza media de vida que se interpretaría por los riesgos inherentes a la maternidad. A partir de esta edad, las mujeres siguen mostrando cifras más bajas que los varones, pero con una clara tendencia a igualarse. Como el tope del último intervalo de edad se ha establecido en 90 años, ambos sexos muestran el mismo valor. De todos modos, tan sólo 4 varones y 3 mujeres a lo largo de todo el siglo vivieron más de 90 años.

Tabla 8. Alfacar y Vizar: esperanza de vida por sexo y edad

	e _x ♂	e _x ♀
<1	23.54	25.97
1-5	30.13	31.57
6-14	46.02	44.18
15-30	41.65	39.74
31-50	31.93	31.33
51-70	17.77	17.08
71-90	10.00	10.00

Tabla 9. Alfacar y Viznar: evolución de las causas de muerte a lo largo del siglo

	1801-1820		1821-1840		1841-1860		1861-1880		1881-1900		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infecciosas	93	59.2	50	30.5	357	61.5	765	65.3	665	58.1	1930	60.0
Tumores	1	0.6	1	0.6	3	0.5	13	1.1	6	0.5	24	0.7
Glándulas	0	0.0	0	0.0	0	0.0	48	4.1	189	16.5	237	7.4
Sangre	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2	6	0.5	8	0.2
Mentales	0	0.0	0	0.0	2	0.3	2	0.2	1	0.1	5	0.1
Nervioso	0	0.0	0	0.0	1	0.2	5	0.4	8	0.7	14	0.4
Circulatorio	16	10.2	13	7.9	46	7.9	107	9.1	100	8.7	282	8.8
Respiratorio	3	1.9	8	4.9	7	1.2	5	0.4	3	0.3	26	0.8
Digestivo	0	0.0	4	2.4	9	1.5	36	3.1	42	3.7	91	2.8
Genitourinario	1	0.6	2	2.4	2	0.3	2	0.2	2	0.2	9	0.3
Embarazo	8	5.1	4	2.4	8	1.4	22	1.9	17	1.5	59	1.8
Osteomuscular	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	4	0.3	5	0.1
Congénitas	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.2	0	0.0	2	0.06
Perinatales	0	0.0	1	0.6	0	0.0	7	0.6	2	0.2	10	0.3
Signos	30	19.1	51	31.1	87	14.8	106	9.0	30	2.6	303	9.4
Vejez	3	1.9	26	15.8	54	9.3	44	4.0	68	5.9	194	6.0
Accidentes	2	1.3	2	1.2	4	0.7	7	0.6	2	0.2	17	0.5
	157		162		581		1173		1145		3218	

Las causas de muerte a lo largo del siglo

Las enfermedades infecciosas constituyen la principal causa de muerte a lo largo del siglo y en cada uno de sus periodos, lo que es una característica típica de las poblaciones europeas anteriores a la transición demográfica (Tabla 9). En segundo lugar aparecen los signos y síntomas, que incluso superan a las infecciones entre 1821-1840, aunque hay que hacer notar que este periodo presenta ciertos problemas de registro. El cólera de 1834 ocasionó una importante mortandad que se refleja con los numerosos fallecidos por “cólicos” en los meses de julio y agosto; asimismo, constan muchas defunciones por “vejez”, un término muy ambiguo. A partir de 1840 hay que resaltar el progresivo descenso de la mortalidad por causas del grupo 16, que refleja el desarrollo de la medicina con el abandono de términos antiguos y la mayor precisión de los diagnósticos.

Las siguientes causas en importancia son las enfermedades del aparato circulatorio, las del grupo 3 y la vejez. Las restantes presentan frecuencias muy bajas y, sobre todo las enfermedades congénitas, muy difíciles de diagnosticar en aquella época, y que se hallan representadas por dos casos de hidrocefalia. Casi todas las causas muestran frecuencias más o menos constantes a lo largo del siglo, aunque hay que señalar tres salvedades: las enfermedades del grupo 3, que aparecen casi bruscamente en el cuarto periodo del siglo, y las del aparato respiratorio y problemas del embarazo, parto y puerperio, que descienden.

De 1801 a 1900 se aprecia un paulatino descenso de la mortalidad de las mujeres asociada a la reproducción. Concretamente, las diferencias entre la frecuencia del primer periodo del siglo y las del último resultan altamente significativas ($P < 0.001$). Este descenso se podría atribuir a las progresivas mejoras en la higiene a la hora de atender a las parturientas. El grupo 3 engloba enfermedades de las glándulas endocrinas, nutrición, metabolismo y trastornos de inmunidad y salvo 21 casos -11 de ellos de inanición- recoge 216 fallecidos por raquitismo, término que aparece desde 1866 en Alfacar y que podría estar ligado a la llegada no constatada de un nuevo médico. Es significativo que coincide en el tiempo con el ya señalado incremento en la mortalidad infantil (Figuras 1 y 2) aunque es difícil justificar esta fuerte subida por la sola presencia de esta enfermedad causada por una deficiencia de vitamina D. Más razonable que plantear una masiva falta de vitamina D es pensar en la utilización de la palabra raquitismo

como un término coloquial que definiría el aspecto físico de los individuos en el momento de morir -los niños con apariencia “raquítica”, serían pequeños, muy delgados y de aspecto enfermizo-. El hecho de que aparezcan niños menores de un mes fallecidos por este motivo refuerza esta hipótesis, compatible además con la estacionalidad de la mortalidad, mucho más fuerte en los meses de verano, lo que no es propio del raquitismo y sí de procesos infecciosos. Por tanto, aunque habría casos de auténtico raquitismo, la combinación de una dieta con déficit proteínico con la falta de higiene y la presencia de infecciones produciría en los niños un cuadro de estrés nutrición-infección, que podría justificar el aspecto “raquítico” y que favorecería la difusión de las epidemias. A este respecto no debe olvidarse que el año 1866 coincide con una importante crisis agraria (Bernal, 1981) que llevó a la miseria al campo andaluz y que propiciaría la desnutrición infantil.

Una forma de exponer gráficamente el aumento de la mortalidad infantil es calcular la esperanza de vida, uno de los mejores indicadores del nivel de salud-enfermedad de una población (Tabla 10). Pasados los riesgos de la mortalidad infantil, los años que podría esperar vivir un individuo, que hubiera cumplido los 15, oscilan entre los 39.55 y los 42.03, es decir, valores muy similares que coinciden con lo que se observa en las Figuras 2 y 4, donde la mortalidad de adultos -mayores de 15 años- es más o menos constante a lo largo del siglo. Sin embargo, la esperanza media de vida para los 0 años sufre un claro descenso con el cuarto periodo del siglo y llega a situarse en 24.76 años. El conjunto de los fallecidos en Alfacar y Víznar antes de cumplir 6 años entre 1881 y 1900 supone el 53.60% del total de fallecidos. Esta cifra coincide con la característica de las poblaciones antiguas, donde la mortalidad en la primera infancia acababa con la mitad de los nacidos (Livi-Bacci, 1999; Pérez Moreda, 1980). De todos modos, estas cifras no difieren en exceso de las que recoge Pérez Moreda (1980) de 29 años para la segunda mitad del siglo XIX en España y de 34.8 para 1900, que resumen la situación socio-económica y tecnológica del momento.

Las causas de las crisis

En Granada y su entorno los inicios del siglo XIX suponen una prolongación del final de la centuria anterior donde se manifestaron de forma continua problemas con las subsistencias. Este panorama producto de la crisis económica se mantiene en los primeros años de la centuria, las fluctuaciones de los precios agrícolas, que experimentan fuertes subidas, llegan a su máximo nivel en 1803. Las dificultades ligadas a las subsistencias siguen constituyendo el problema principal de la población granadina (Sanz Sampelayo, J., 1981) y a esto se añade la presencia de la epidemia, esta vez de fiebre amarilla en la ciudad de Granada en 1804 (Viñes Millet, y Gay Armenteros, 1982). Alfacar y Víznar comparten gran parte de este panorama descrito para la comarca, tanto que en el epílogo del siglo XVIII y seguramente como producto de esta situación en la que la precariedad era la norma, estalla la crisis en Alfacar durante 1800. En Víznar los años de 1803 y 1804 aparecen como sendas crisis, si bien de poca entidad. En ninguna de las poblaciones las partidas señalan la presencia de fiebre amarilla.

El periodo 1809 y 1811 también se presenta problemático para las poblaciones estudiadas.

Tabla 10. Alfacar y Víznar: esperanza de vida para cada periodo del siglo

	$e_x(0-90 \text{ años})$	$e_x(> 15 \text{ años})$
1801-1820	31.77	40.31
1821-1840	38.53	39.55
1841-1860	35.54	39.57
1861-1880	25.47	41.14
1881-1900	24.76	42.03

En Alfacar se reconocen como de crisis los años 1809 y 1811, producto de incrementos en las defunciones infantiles centradas en los meses de verano. En Víznar la cronología es algo distinta; en 1810 se anota como causa de muerte en algunas partidas el tifus y el paludismo pero no parece que se trate de ninguna epidemia. No obstante, en este periodo no son las epidemias la única causa que pudo influir en el aumento de la morta-

lidad ya que los efectos colaterales de la guerra de la Independencia tuvieron su importancia en las condiciones de vida. Es cierto que ni Granada ni su entorno se vieron afectados directamente por la destrucción directa de la actividad bélica, pero la presencia del ejército invasor francés y sus necesidades de abastecimiento provocaron una situación prolongada de escasez de subsistencias llegando incluso a escasear el grano para la siembra (Garzón Pareja, 1980).

En 1821 los datos indican que los pueblos estudiados padecieron una crisis aunque no se conoce la causa. En el caso de Víznar no se aprecian anomalías en los registros pero en Alfacar, sí ocurre algo que centra sus efectos en la población más joven y repite la distribución mensual señalada en 1809 y 1811. En este último pueblo vuelve a aparecer una alta mortalidad infantil en el verano de 1828. En 1832 el pueblo afectado es Víznar. La muerte golpea por igual a los adultos y a los niños y centra de nuevo sus efectos en verano. Tanto en Alfacar como en Víznar la gran crisis de esta primera mitad del siglo es la de 1834 que coincide con la aparición del cólera en la ciudad de Granada a principios de año (Rodríguez Ocaña, 1983). En Alfacar se contabilizan 77 muertes -63 de adultos y 14 niños-. La causa de muerte sigue sin anotarse pero la estacionalidad revela los momentos de mayor virulencia de la enfermedad en los meses de febrero, marzo y abril. En Víznar llegan a morir 35 personas, cifra no demasiado alta si tenemos en cuenta que es bastante similar a la de 1832. Al igual que en Alfacar, mueren más adultos, no obstante, las diferencias no son tan acusadas -25 adultos y 10 niños-; por el contrario, la distribución mensual de los entierros se acentúa algo más entre junio y agosto pero en general es más difusa. La ausencia en las partidas de la denominación *cólera* como causa de muerte es normal pues aún no se le había dado este nombre y aunque las instituciones granadinas nunca reconocieron oficialmente su existencia sí se habló de *enfermedad sospechosa* (Rodríguez Ocaña, 1983). Por otro lado, la estacionalidad señalada en los entierros de Alfacar y Víznar coincide con los dos brotes de esta enfermedad que padeció Granada, uno invernal y otro estival (Rodríguez Ocaña, 1983). Algunos de los métodos empleados para localizar las crisis señalan como conflictivos para los dos pueblos los años de 1840-1842 y para Víznar los de 1847-1849. Sin embargo, tras analizar detenidamente las partidas, en los primeros únicamente se observa la presencia de viruela en Víznar durante el verano de 1842 pero sus efectos son limitados.

En un contexto de alteraciones políticas y de dificultades económicas aparece la segunda gran epidemia de cólera, la de 1854-1855. El brote llegó a Granada en 1854. Sus efectos se mitigaron con la llegada del invierno, que para colmo fue muy duro y provocó serios problemas de carestía y paro, pero con la llegada del calor en junio la enfermedad apareció con mayor virulencia. En Alfacar la epidemia se inició en 1854 pero su presencia parece haberse limitado a los meses de noviembre y diciembre con 8 personas muertas para atenuarse después y estallar con mayor fuerza en julio de 1855. El número de muertos de los dos pueblos indica que la epidemia no tuvo consecuencias tan desastrosas como las señaladas para Granada o las sufridas en otras regiones del país (Pérez Moreda, 1980). En 1860 vuelve a reaparecer el cólera en Víznar durante el mes de agosto aunque no fue el único responsable de la mortalidad de este año. Las condiciones de vida se endurecen a partir de 1866 con un panorama dominado por la crisis financiera y alimenticia (Ibáñez Molina, 1976-77). En los años de 1866 a 1868 se produjo una importante pérdida de cosechas a nivel de todo el país pero en Andalucía se inició una etapa de crisis agropecuaria y social que se prolongó hasta bien entrado el siglo XX y que los contemporáneos denominaron “el problema agrario andaluz” (Bernal, 1981). Los técnicos de la época analizaron en profundidad la situación agraria andaluza y destacaron entre otros motivos el descenso pluviométrico, la predominancia de cultivos extensivos frente a los intensivos, la existencia de sistemas agrícolas arcaicos, la falta de racionalización e inversiones en la agricultura y la ausencia de aranceles protectores del trigo nacional. (Bernal, 1981). Expresiones como “hambre” y “miseria campesina” se hicieron de uso corriente.

En los años que van hasta 1871 se produce un aumento general de la mortalidad, más acusado en Alfacar que en Víznar, que ya sufrió sus efectos a comienzos de la década de 1860. Esta subida no responde a brotes epidémicos concretos sino a un cambio de ritmo en la curva como consecuencia de un incremento en la mortalidad ordinaria cuya incidencia es mayor en la población infantil; situación, que por otra parte, coincide con otros lugares de la Vega granadina (Sánchez-Montes y Gómez Martín, 1995). Durante estos años las partidas empiezan a hacer referencia más asiduamente a causas como el raquitismo, la tuberculosis, la disentería, el sarampión o la dentición cuya presencia ya se mantendrá, e incluso aumentará, en el último tercio del siglo.

El periodo entre 1872 y 1877 es aún más duro; a la subida de mortalidad ordinaria hay que sumar la presencia de ciertas enfermedades de carácter epidémico cuyos mayores efectos recaen sobre la población infantil que une a la característica sobremortalidad en los meses de calor la presencia de brotes epidémicos de cierta importancia. Alfacar sufre brotes de sarampión en 1874 y viruela en 1876-1877 y Víznar pulmonía en 1875-1876 y viruela en 1876. Entre esta última fecha y hasta 1884-1885 la incidencia de la mortalidad parece atenuarse un poco y de hecho se inicia un descenso en la curva de entierros que se verá más claro conforme se acerque el final del siglo. En Alfacar los problemas empiezan en 1884 con una epidemia de difteria pero la enfermedad que marca este bienio es el cólera presente en tierras granadinas desde 1885 -el primer caso se declara en la Vega el 17 de julio-. Su acción se extiende en los primeros días de agosto, aunque los pueblos estudiados fueron de los últimos afectados, y se prolonga hasta finales de septiembre con unos resultados terribles (Ocaña Ocaña, 1974). En Alfacar la epidemia estuvo presente entre el 13 de agosto y el 18 de septiembre y en Víznar entre el 12 de agosto y el 6 de septiembre y su incidencia no discriminó entre la población adulta e infantil, si bien su mortalidad fue bastante inferior a la del conjunto de la Vega de Granada, una de las comarcas más afectadas de España por el cólera (Fernández Sanz, 1989; Ocaña Ocaña, 1974).

La viruela es la protagonista en el principio de la década de 1890. En Víznar actúa entre el 13 de julio y el 13 de noviembre de 1890, mientras que en Alfacar se inicia el 20 de diciembre de 1890 y continúa hasta el 7 de abril de 1891.

Conclusiones

La mortalidad en Alfacar y Víznar sigue manteniendo a lo largo del siglo XIX el patrón considerado como típico del “antiguo régimen”: altos niveles de mortalidad ordinaria, inestabilidad de las defunciones –definida por sus coeficientes de variabilidad- y presencia de crisis de mortalidad. En la segunda mitad del siglo se produce un aumento de las defunciones, principalmente infantiles, que en gran parte coincide con la profunda crisis económica que sufrió Andalucía a partir de 1866. Este panorama no constituye ninguna excepción pues coincide con el que se observa en numerosos puntos de la España interior a lo largo del XIX, donde crisis esporádicas y de forma aislada afectaban a la población infantil (Pérez Moreda, 1980). La malnutrición combinada con varias epidemias de viruela, sarampión e infecciones gastrointestinales ocasionarían el bajo nivel de salud y la pérdida de vidas infantiles. Las crisis de mortalidad halladas responden principalmente a dos factores: problemas de subsistencias y a sucesivos brotes epidémicos. Entre estos últimos, destaca el cólera, con tres apariciones importantes a lo largo del siglo 1834, 1854-55 y 1885, y la viruela de 1890-91. Por tanto, se confirma que durante el siglo XIX la mortalidad en Alfacar y Víznar sigue el patrón de las poblaciones antiguas, donde la causa de muerte más importante la constituyen las enfermedades infecciosas, más frecuentes en los varones y en los niños de uno a catorce años.

Bibliografía

- ACSADI GY y NEMESKERI J (1970) *History of Human Life Span and Mortality*. Ed. Akadémiai Kiadó. Budapest.
- ARRIZABALAGA J (1993): La identificación de las causas de muerte en la Europa Pre-industrial: algunas consideraciones historiográficas, *Boletín de la ADEH*, **XI-3**: 25-47.
- BERNABEU-MESTRE J, RAMIRO FARIÑAS D, SANZ GIMENO A y ROBLES GONZÁLEZ E (2003) El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones, *Boletín de la A.D.E.H.*, **XXI-1**: 167-193.
- BERNAL AM (1981) El rebaño hambriento en la tierra feraz. En BERNAL AM (dir.): *Historia de Andalucía. T. VIII*. Ed. Cupsa-Planeta. Madrid, pp: 65-99.
- DE RAMÓN LP (dir.)(1885) *Diccionario popular universal de la lengua española*, Ed. Herederos de P. Riera. Barcelona.
- DEL PANTA L y LIVI-BACCI M (1979) Chronology, intensity and diffusion of mortality in Italy, 1600-1850. En CHARBONNEAU H y LAROSE A (eds.): *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*. Ed. Ordina. Liège, pp: 69-81.
- DUPÁQUIER J (1979) L'analyse statistique des crises de mortalité. En CHARBONNEAU H y LAROSE A (eds.): *The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past*. Ed. Ordina. Liège, pp: 83-112.
- FERNANDEZ SANZ JJ (1989) *El cólera de 1885 en España*. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- FLINN MW (1974) The stabilisation of mortality in pre-industrial western Europe. *The Journal of European Economic History*, **III** (2): 285-318.
- GARCIA MORO C, HERNANDEZ M, PASCUAL J, ESPARZA, M y MARTINIC M (2000) Evolución de la mortalidad en la población de Tierra de Fuego (Chile). En CARO L, RODRIGUEZ H, SANCHEZ E, LOPEZ, B y BLANCO MJ (eds.) Tendencias actuales de investigación en la Antropología Física española. Ed. Universidad de León. León, pp: 335-342.
- GARZON PAREJA M (1980): *Historia de Granada*. Ed. Excma. Diputación Provincial de Granada. Granada.
- GOMEZ MARTIN M, JIMENEZ BROBEIL SA y SANCHEZ-MONTES F (2003) Apuntes para el estudio de la población granadina durante el siglo XVII. *Actas del III Congreso de Historia de Andalucía*. Historia moderna I, Córdoba, pp: 111-125.
- GOODMAN AH (1991) Health, adaptation, and maladaptation in past societies. En BUSH H y ZVELEBIL M (eds.) *Health in Past Societies*, Ed. B.A.R. Oxford, pp: 31-38.
- IBAÑEZ MOLINA M (1976-77) Aspectos granadinos en la crisis de subsistencias de 1868. *AHMC* **4-5**: 347-361.
- LEWIS SMITH J (1889-90) *Tratado de las enfermedades de la infancia y adolescencia*. Ed. Revista de Medicina y Cirugía prácticas. Madrid
- LIVI-BACCI M (1993) *Introducción a la demografía*. Ed. Ariel. Barcelona.
- LIVI-BACCI M (1999) *Historia mínima de la población mundial*. Ed. Ariel. Barcelona.
- MADOZ, P. (1845-1850) *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. 3ª edición. Madrid.
- MIÑANO, S. de (1826) *Diccionario Geográfico-Estadístico de España y Portugal*. Madrid.
- NAVARRO-BELTRÁN E (coord.) (1996) *Diccionario terminológico de ciencias médicas*. Ed. Masson. Barcelona.
- OCAÑA OCAÑA MC (1974) La Vega de Granada: un estudio geográfico. Ed. Instituto de Geografía Aplicada del Patronato Alonso de Herrera. Madrid.
- OMS (1978) *Classification Internationale des Maladies. 1975 (CIM-9)*. Genève. Citado por GARCÍA MORO et al. 2000.
- PERDIGUERO GIL E (1993) Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular, *Boletín de la ADEH*, **XI-3**: 67-88.
- PÉREZ DE LANDÁZABAL E y MARTÍNEZ LABARGA C (1989): Distribución de las causas de defunción en España. *Actas VI Congreso de la SEAB*, Bilbao, pp: 252-262.
- PEREZ MOREDA V (1980) *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
- PERRENOUD A (1993) Nosología y patocenosis: contribución al debate sobre las causas del descenso de la mortalidad. *Boletín de la ADEH*, **XI-3**: 91-112.
- RODRIGUEZ OCAÑA E (1983) *El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social*. Ed. Universidad de Granada. Granada.
- SANCHEZ-MONTES F y GOMEZ MARTIN M (1995) *Historia de Peligros: Reconstrucción de la memoria histórica de una comunidad rural andaluza*. Ed. Ayuntamiento de Peligros. Granada.
- SANZ SAMPELAYO J (1981) La población de Granada a comienzos del siglo XIX (1801-1815). Las series parroquiales y su clarificación. *Baetica Estudios de Arte, Geografía e Historia*, **4**: 237-251.
- VV AA (1831): *Diccionario Geográfico Universal*. Barcelona.
- VIÑES MILLET C y GAY ARMENTEROS J (1982) *Historia de Granada. La época contemporánea. Siglos XIX y XX*. Tomo IV. Ed. Don Quijote. Granada.

WEDEKIND C (1999) Pathogen driven sexual selection and the evolution of health. En STEARN SC (ed.) *Evolution in Health and Disease*, Ed. Oxford University Press. Oxford.

Abstract

The XIXth century burial parish records from Alfacar and Víznar (Granada, Spain) have been studied in order to know the mortality and health-disease evolution. Coefficients of variation and mortality crises have been computed and death causes have been collected according to the the World Health Organization classification. The distribution of death causes has been analyzed by sex and age groups and the fluctuation of mortality patterns through the century has also been studied. Preliminary results indicate that the population from this area belongs to the “ancient regime” demographic pattern, showing high infant mortality rates and low life expectancy. During the last 35 years of the century health status dramatically decrease, and several epidemics mainly affecting juvenile individuals, could be characterized..

Evolution of mortality rates in Alfacar and Víznar (Granada) during the XIXth century

Key words: demographic evolution, mortality crises, death causes, health-disease, population, Granada, XIXth century