

MORTALIDAD Y MEDIO AMBIENTE EN LA HUELVA DEL SIGLO XIX

Pascasio PEÑA GONZALEZ

INTRODUCCION

Huelva sufrirá a lo largo de todo siglo XIX una de las mayores transformaciones de todas las ciudades andaluzas. A pesar de las altas tasas de mortalidad que reinaron, la evolución de la población onubense no tendría parangón con ninguna otra; pues, de 7.000 habitantes en 1833, pasaría a 21.359 habitantes al finalizar el siglo. Es decir, en algo más de sesenta años la población se triplicaría y, salvo algunas mejoras, el mismo espacio urbano que ocuparon unas 5.000 personas a lo largo de tres siglos, albergaría en la década de los setenta a casi el triple de habitantes.

Analizar dentro de este contexto histórico el comportamiento de la mortalidad, de sus componentes y de la patología que dio lugar a la misma, ha sido objeto de un exhaustivo estudio descriptivo y analítico del que a continuación se exponen algunas consideraciones.

La elección del período 1800-1880 responde a diversos argumentos. En primer lugar, a un criterio conceptual. La época constituye un período de transición a todos los niveles. Partiendo del esquema del Antiguo Régimen, la Huelva del primer tercio del siglo XIX es aún un núcleo con más notas rurales que urbanas, con un predominio clarísimo de las actividades marítimo-pesqueras.

Sin embargo, a partir de la designación de Huelva como capital de provincia, en 1822, se iniciará una nueva etapa que hará de la villa, aunque mínimo, un enclave urbano. La concentración de los servicios administrativos, portuarios, la afluencia de nuevos capitales y un enfoque más liberal de la política económica permitieron ir abriendo nuevos caminos de desarrollo, modestos hasta 1870, desconcertantes para la ciudad y sus habitantes desde entonces y hasta fines de

siglo (1). Este avance se asienta en el propio desarrollo económico, repercutiendo en mejoras aunque modestas, de la Higiene y de la Salud Pública. En este ámbito, la creación de las Juntas de Beneficencia y Salubridad Pública fue el primer paso. Luego se acometería la reforma del sistema hospitalario: renovación del Hospital Provincial, al que sigue una nueva estructura sanitaria, que nos remite a un nuevo período de la historia de la población.

En su conjunto, aunque con las fases ya descritas, el período elegido presenta unas notas peculiares y una coherencia interna, caracterizada por unos años de transición a todos los niveles.

En segundo lugar es una época desatendida por completo en la historiografía provincial, más atentos a las transformaciones profundas de los últimos años del siglo XIX o a la época considerada más brillante de los siglos XVI al XVIII.

En tercer lugar las propias fuentes con que contamos para el estudio de la patología que causó mortalidad en Huelva y su estrechísima relación con el habitat nos remite al período elegido con algunas salvedades.

Durante los primeros cuarenta años, o sea hasta 1841, no existe una documentación seriada en los Archivos del Ayuntamiento, que permita con rigor realizar un estudio estadístico, por lo que la información ha de suplirse por fuentes indirectas, dado que tampoco pueden utilizarse las fuentes que sobre mortalidad proporcionan los registros parroquiales, inexistentes en la parroquia de La Concepción y muy deficientes en la de San Pedro.

En consecuencia se ha tenido que recurrir a descripciones más cualitativas que cuantitativas, presentándose por ello unas conclusiones menos rigurosas. Mientras que en los últimos cuarenta años ha sido posible, gracias al procesamiento de las inscripciones de mortalidad en un ordenador, realizar un estudio descriptivo y analítico basado en los doce datos que existen por cada finado: fecha de nacimiento, sexo, naturaleza, edad, estado civil, profesión, causa de la muerte, lugar de enterramiento, testamento, domicilio, origen de los padres o en su caso condición de expósitos.

TASAS DE MORTALIDAD

Las tasas de mortalidad constituyen junto con las de morbilidad los principales parámetros a estudiar para obtener el nivel de salud de una comunidad (2).

Por otro lado la mortalidad es el factor más determinante de las poblaciones del «ciclo demográfico Antiguo». Esto es así debido a que su modificación requiere un cambio profundo de la estructura socioeconómica. Buena prueba de ello es que mientras otras tasas demográficas mantienen una relativa estabilidad

-
- (1) GOZALVEZ ESCOBAR, José Luis: *La formación de la provincia de Huelva y el afianzamiento de su capital*, Huelva, 192; y Síntesis histórica aparecida en las *Memorias de la Cámara de Comercio*, 1983.
 - (2) Unidad docente Polígono de Cartuja: *Pasos a seguir para la formulación de programas de salud*, Granada, 1983.

a lo largo del período, las de mortalidad oscilaban del 35 al 45 por mil, apenas sin notables modificaciones a corto o medio plazo. Incluso si tenemos en cuenta tasas «ordinarias» y «extraordinarias» de mortalidad, las oscilaciones alcanzan mayor grado. La tasa media de mortalidad a nivel nacional —al igual que para el interior de la península— para el período 1858-1900 era de un 30 por mil (3).

Tomando como referencia los datos expuestos a nivel nacional, se distinguen en Huelva durante los años 1841-80, dos etapas claramente delimitadas: una anterior a la década de los sesenta, en el que las tasas de mortalidad se encuentran muy por debajo de la media nacional y otra posterior, donde las tasas aumentan considerablemente, encontrándose, con respecto a la media nacional, o muy cercanas a ellas o muy por encima (Fig. 1). Este aumento de las tasas de mortalidad viene explicado, en gran medida por la tendencia positiva de la población gracias al despegue que verificó la economía onubense a finales de la década de los cincuenta.

Las bajas tasas de mortalidad que presenta Huelva en la primera etapa no quedarían del todo explicadas —a pesar de las posibles hipótesis a formular—, por las condiciones tan precarias en que se encontraba la higiene pública, la privada, la medicina asistencial y también los conocimientos científicos de la época. Las fuentes consultadas tanto en los Registros Necrológicos de los Archivos Municipales, como los existentes en los Archivos de la parroquia de San Pedro, nos dan más o menos el mismo número de fallecidos. Aunque, como se sabe, ciertos períodos históricos presentan un entramado que sólo, el azar de la historia explica; quizás, cuando se conozca mejor la historia general de la Huelva de la primera mitad del siglo XIX, podrán argumentarse razones convincentes que expliquen adecuadamente el fenómeno.

Si observamos la Fig. 1, se destacan los grandes altibajos de las barras del diagrama hasta los años sesenta, equiparables con el comportamiento de la mortalidad en el «ciclo demográfico antiguo». En la segunda etapa los altibajos son mucho menores y la evolución de las tasas de mortalidad están más próximas a lo que debió ocurrir en el resto del país.

INTENSIDAD DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD

Para localizar las crisis de mortalidad y su intensidad se ha empleado el método de L. del Panta y H. L. Bacci, por el que se determina la intensidad de las crisis en relación con una cifra considerada «normal» de defunciones.

Las crisis vienen expresadas de igual manera en la cifra total de mortalidad de un año civil completo, mientras que la estimación de las defunciones normales se hace a través de una versión modificada del sistema de medias móviles de once años. Se examinan efectivamente períodos de once años, en el centro de algunos de los cuales se encuentra situado el año de crisis, pero se eliminan en el cálculo real de la media, los dos años con valores más altos y los dos años con valores más bajos. Con ello se trata de excluir del cálculo de la media móvil

(3) PEREZ MOREDA, Vicente: *Las crisis de mortalidad en la España del interior, siglos XVI-XIX*, Madrid, 1980.

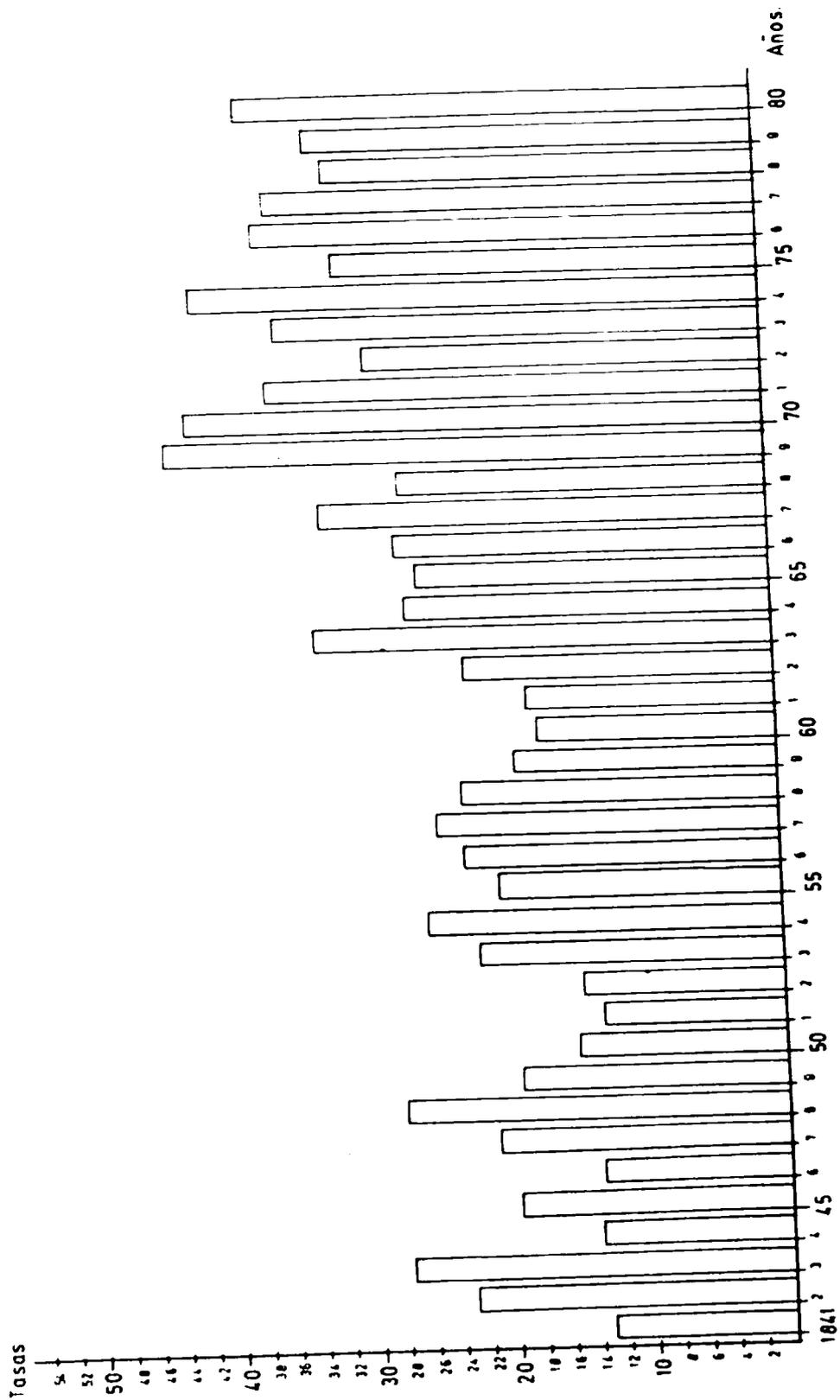


Fig. 1. — Tasas de mortalidad (1841-1880)

las cifras más extremas que podrían afectar a la estimación de la mortalidad normal, y ésta no se verá afectada ni por la presencia de otras crisis cercanas ni por casos anómalos de defectos en la inscripción de las defunciones. Después se halla para cada año el porcentaje de desviación de cada valor respecto al de la curva de medias móviles correspondientes a esa misma fecha, considerando como crisis de mortalidad aquellos casos en que dicho porcentaje alcance o supere el valor de más del 50 por ciento. Este aumento de las defunciones sería el umbral que define una crisis menor; una multiplicación por 4 de las defunciones anuales de un período normal sería ya «una gran crisis», que comprometería gravemente la capacidad global de recuperación interna de la población (4).

La dificultad principal que entraña este método es la elección del año civil como unidad de tiempo en que se incluye el período de sobremortalidad que se trata de analizar. Por lo que las crisis de mortalidad que se sitúen entre dos años consecutivos, verían artificialmente atenuada su intensidad. Por otra parte, puede ocurrir que en algunos períodos de más de dos años, o incluso todo un decenio sea de muy elevada mortalidad, de características totalmente anormales»; entonces, ni siquiera la media móvil modificada puede evitar que dichas crisis de mortalidad en concreto no sean observadas en su justa magnitud y con la intensidad que realmente alcanzan.

Las dificultades de este método, como las de cualquier otro, son obvias. Ahora bien, teniendo en cuenta el carácter limitado de la información estadística y las propias limitaciones del sistema ideado por L. Panta y H. L. Bacci; su aplicación parece ser la más adecuada, como han puesto de manifiesto numerosos trabajos de demografía histórica.

Si observamos en la Fig. 2 la línea de tendencia de la mortalidad se constata su sentido ascendente general, que sobre todo, lo fue de modo especial desde 1851 a 1862, para dar paso luego al segundo período en el que las tasas de mortalidad registran mayores índices. La evolución de la línea de tendencias es coherente con las etapas de mortalidad que ya se han anunciado. Su explicación completa cobrará mayor sentido cuando se entre a explicar con detalle el conjunto de elementos que componen la estructura de la mortalidad, reflejo, a su vez, de la evolución general de la sociedad onubense del siglo XIX.

La línea de trazo discontinuo de la figura antes mencionada representa la aplicación del método referido al estudio en cuestión; resultando tres intervalos de once años y uno de siete años. Pues bien, resulta un tanto paradójico que es precisamente en el primer período, donde las tasas de mortalidad son más bajas, cuando se registran las dos crisis de mortalidad del período, una en el 1843 y otra en 1848; únicos años en el que el porcentaje de desviación de sus valores respecto al de la curva de medias móviles sobrepasa el valor de más 150. De tal forma que a lo largo de los últimos años se produce el contrasentido de que justo cuando las tasas ordinarias de mortalidad se presentan más elevadas, la ausencia de crisis de sobremortalidad es patente. Ante este hecho cabe

(4) DEL PANTA, L. y LIVI-BACCI, M.: *Cronología, intensidad y difusión de las crisis de mortalidad en Italia, 1600-1850*. *Populatum*, 32, 1977, págs. 401-406.

MEDIAS MOVILES / 11 AÑOS
MEDIAS MOVILES DEL PERIODO
TENDENCIA

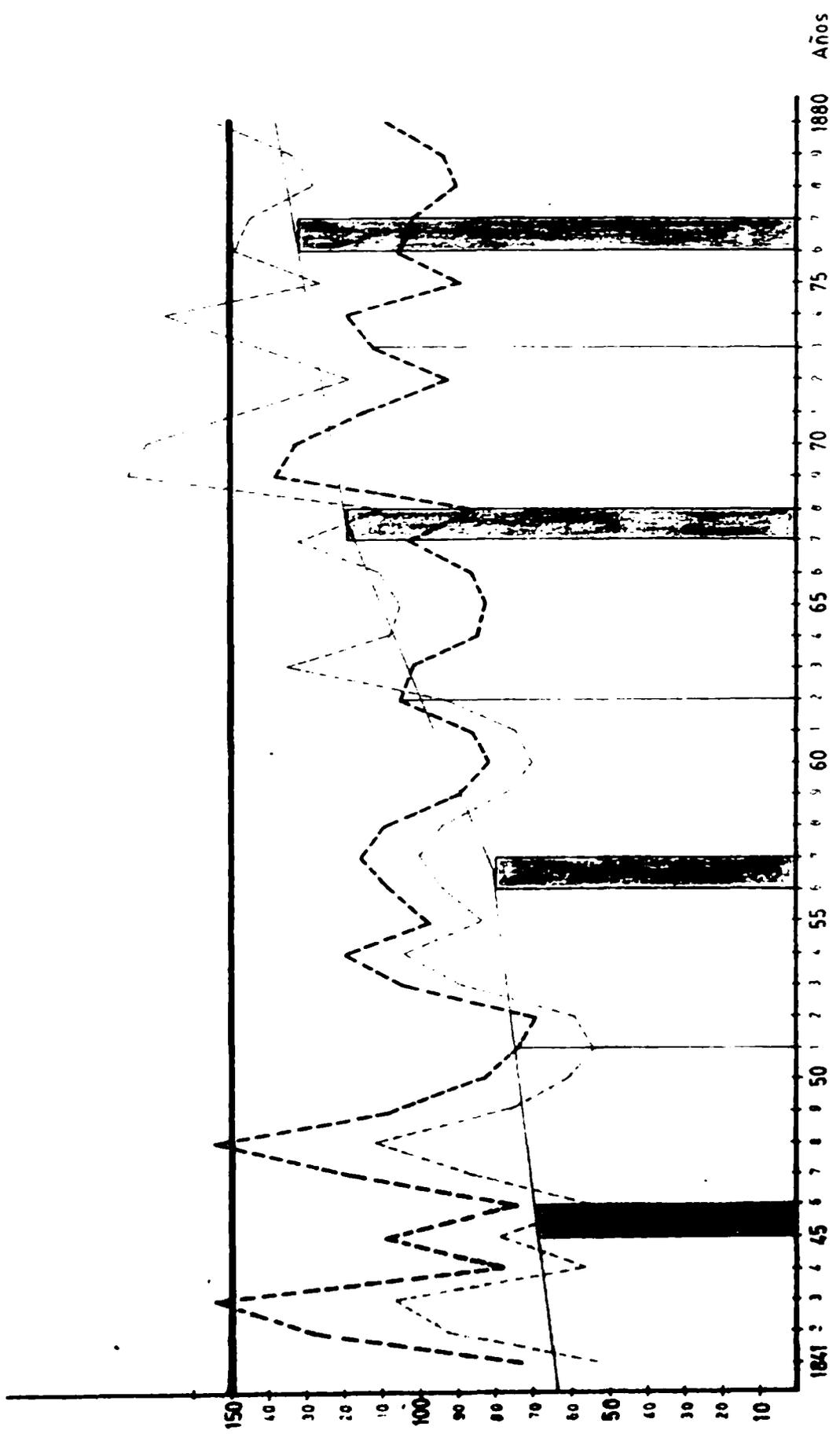


Fig. 2.- Intensidad de las crisis de mortalidad (Método L. del Panta-H. I. BACCI sobre tasas)

una explicación inmediata: las oscilaciones de los primeros años del período son mucho mayores que las del resto, como ya se ha explicado, pues estamos aún en una fase del ciclo demográfico Antiguo. Tan altas oscilaciones, con un aparato estadístico que maneja magnitudes pequeñas, hacen aparecer crisis que siendo sensibles para un período de sólo once años, cuando se consideran a medio plazo, teniendo además mayor estabilidad las tasas, dejan de tener la relevancia con que aparecen en un principio.

De ahí que haya sido necesario, corrigiendo el método ya descrito, hacer un cálculo donde se consideren la totalidad de los 40 años. Así podremos tener no sólo una visión relativa a la coyuntura de once años, sino el alcance que los distintos episodios de mortalidad tienen en el conjunto del período. Por ello, para calcular la media móvil, se han eliminado los siete años con valores más altos y los siete años con valores más bajos. De esta manera al calcular el porcentaje de desviación de cada año respecto a la media móvil aparecen tres años en que dicho porcentaje sobrepasa el valor de 150 y por tanto corresponden a crisis de mortalidad; que ya no se encuentran en la primera fase sino en aquellos años donde en buena lógica —por ser los de mayores tasas— era de esperar que se produjeran: 1.869, 1870 y 1874.

Esta idea viene reforzada por la misma evolución de las medias móviles de todo el período: una evolución creciente resultado de un crecimiento de la población que no encontrará hasta fechas finales de los años setenta un paralelo desarrollo de las estructuras de base de la sociedad. Un solo y significativo ejemplo: el Hospital de la Caridad, el único centro sanitario de Huelva hasta la creación del Hospital Provincial, debió atender el triple de la población que asistía cuando se creó allá por los últimos años del siglo XVI (5).

A continuación vamos a describir y analizar la estructura de la patología que causó las crisis de mortalidad de los años mencionados.

Tabla I

PRINCIPALES TASAS PROPORCIONALES DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DURANTE LOS AÑOS DE CRISIS DE MORTALIDAD

| | Infec- cioso | Ner- vioso | Cardio- vascular | Respi- ratorio | Diges- tivo | Genito- urinario | Caren- ciales | Desco- nocidas | No legibles |
|----------|-----------------|---------------|---------------------|-------------------|----------------|---------------------|------------------|-------------------|----------------|
| 1843 ... | 71,4 | 4,7 | 0 | 14,2 | 0 | 4,7 | 0 | 0 | 0 |
| 1848 ... | 25 | 3,5 | 0 | 3,5 | 10,7 | 0 | 0 | 53,5 | 0 |
| 1869 ... | 43,1 | 11,7 | 3,9 | 9,8 | 19,6 | 3,9 | 0 | 1,9 | 0 |
| 1870 ... | 29,5 | 11,3 | 2,7 | 4,5 | 31,8 | 0 | 0 | 11,3 | 0 |
| 1874 ... | 54,5 | 5,4 | 0 | 10,9 | 20 | 0 | 0 | 1,8 | 0 |

Existían más enfermedades responsables de dichas crisis que no se han hecho mención dada la escasa representatividad de las mismas.

(5) GOZALVEZ ESCOBAR, José Luis: *Medicina y Sociedad en la Huelva de los siglos XVI-XIX*, Huelva, 1983.

Por tasa proporcional de mortalidad se entiende la proporción de las defunciones debidas a una causa específica en relación con el total de defunciones por ejemplo:

$$\text{Tasa proporcional de mortalidad por enfermedades infecciosas} = \frac{\text{N.º de defunciones por enfermedades infecciosas}}{\text{Total de defunciones}}$$

Esta tasa comúnmente se multiplica por cien y se expresa como porcentaje, siendo útil para indicar dentro de una población la importancia relativa de determinada causa específica en relación con el cuadro total de mortalidad (6).

La patología que dio lugar a la crisis de mortalidad de 1843 fue principalmente infecciosa, con una tasa proporcional de mortalidad de 71,4 % le sigue la tasa de enfermedades respiratorias y por último la de enfermedades del sistema nervioso y genitourinarias.

Entre las enfermedades infecciosas fue la viruela y el tabardillo las que mayor mortalidad originaron; así la viruela fue responsable del 25 % del total de los fallecidos del año y el tabardillo del 22,72 %.

Aunque en el año 1848 carecemos de datos en un 53,5 % de los finados, ya que no consta la causa de la muerte en los libros de registro; en el resto de los fallecidos siguen ocupando las enfermedades infecciosas el primer lugar —correspondiendo al sarampión el 21,42 % del total de la mortalidad—, le siguen las enfermedades digestivas y a continuación las enfermedades respiratorias y nerviosas serían las de menor tasa.

Durante los años 1869 y 1874 las estructura de la patología que causó mortalidad es muy parecida, ocupando las enfermedades infecciosas el lugar más destacado con un 43,19 % y 54,5 % respectivamente, a continuación vienen las enfermedades digestivas. Luego la secuencia en 1869 sería enfermedades nerviosas, respiratorias y en último lugar cardiovasculares y genitourinarias con la misma tasa. Mientras que en 1874 pasaría a ocupar el tercer lugar las enfermedades respiratorias, quedando para el final las enfermedades del sistema nervioso.

Sin embargo en 1870 fueron las enfermedades digestivas las que mayor mortalidad originaron; después enfermedades infecciosas, nerviosas, respiratorias y cardiovasculares se reparten el resto de la mortalidad como lo señala la Tabla I.

Por consiguiente las enfermedades infecciosas junto a las digestivas ocupan los primeros lugares entre las causas de defunción durante los cinco años en los que se registran crisis de mortalidad.

Pero, aparte de estas crisis de mortalidad y a juzgar por la lectura de las fuentes impresas y manuscritas, hay que señalar: la epidemia de Fiebre Amarilla de 1800 y las dos epidemias de cólera Morbo Asiático de 1833 y 1854. Es de destacar la escasa incidencia de los episodios iniciales de Fiebre Amarilla, que contrasta con la intensidad atribuida a la epidemia en el Sur Peninsular. No ocurre así, con las dos oleadas de cólera de 1833 y 1854. La primera de éstas

(6) LILIENFELD AND LILIENFELD: *Fundamentos de epidemiología*, Estados Unidos, 1983, pág. 65.

provocó una mortalidad del 58,28 por mil, mientras que la segunda sólo alcanzó un 42,26 por mil. La importancia de estas cifras resalta no sólo por su concentración en escasas semanas, sino también al ponerlas en relación con los datos conocidos para el conjunto nacional, donde se retrasan en ambas ocasiones un año. Pues, en efecto, para el conjunto español la tasa bruta de mortalidad se elevaría hasta el 40 por mil, en 1834 y el 45, en 1855; es decir, un sensible agravamiento en el primer caso y una leve mejora en el segundo (7).

Sin embargo, y siguiendo la misma pauta del resto de la sociedad española, los efectos demográficos de la incidencia de estas epidemias fueron escasamente ostensibles en la tendencia poblacional de los años siguientes, hasta tal punto que huelva desde mediados del siglo XIX iniciará un ritmo de crecimiento hasta entonces desconocido. En consecuencia la citada mortalidad catastrófica tuvo un escaso peso específico, dentro del conjunto de la mortalidad, como determinante a largo plazo de la evolución demográfica. Mientras que la mortalidad «ordinaria» junto con los movimientos migratorios fueron a largo plazo, los principales determinantes de la población en el siglo pasado en Huelva. Pues la reducción de la mortalidad ordinaria, principalmente por el control de las enfermedades infecciosas traería consigo mayor aumento de la población y unas mayores expectativas de vida.

En la epidemia de cólera de 1854 los más castigados fueron los menores de 10 años, uno de los grupos más vulnerables con un 76 % de óbitos; y analizando toda la población, sin distinción de edad, el 50 % fallecieron y el otro 50 % curaron. A estas curaciones contribuirían las numerosas medidas higiénicas y preventivas adoptadas, ya que la terapéutica empleada fue ineficaz, pues aún no se conocía la etiología de la enfermedad.

ANALISIS DE LA PERSISTENCIA E INCREMENTO DE LAS ALTAS TASAS DE MORTALIDAD

Basándonos en las razones que Mc Keown argumenta para explicar la disminución de las tasas de mortalidad en Inglaterra y Gales a lo largo del siglo XIX, se exponen a continuación las causas de la persistencia e incremento de estas altas tasas de mortalidad que sufrió la población onubense durante las ocho primeras décadas del siglo XIX. Estas causas pueden discutirse bajo tres apartados: 1.º medidas médicas de prevención y tratamiento; 2.º cambios espontáneos en la mortalidad debido a enfermedades infecciosas por alterarse el equilibrio entre el organismo infeccioso y su huésped, y 3.º medio ambiente y nivel de vida (8).

En cuanto a la primera causa, la eficacia de la asistencia sanitaria era muy relativa hasta tal extremo que ciertos autores dudan acerca de si sus efectos sobre la enfermedad y la muerte fueron positivos o negativos. El retraso de la tecnología y de los conocimientos médicos —pues, a excepción de la vacuna de

(7) GOZALVEZ ESCOBAR, J. L.: *Med. y Soc....*, ob. cit.

(8) MC KEOWN, Thomas: *Introducción a la medicina social*, Méjico, 1981.

la viruela, la naturaleza de las enfermedades infecciosas no fue comprendida antes de 1850, los bacilos que afectan al hombre no fueron identificados hasta el último cuarto de siglo—, la deambulaci3n continua de los m3dicos o Revalidados de un lado para otro —fruto del incumplimiento econ3mico del Municipio—, el intrusismo en la profesi3n y la deficiente infraestructura sanitaria son razones de peso que por s3 solas justifican la ineficacia de la actuaci3n m3dica a lo largo del per3odo.

En relaci3n a los cambios espont3neos de la mortalidad debido a enfermedades infecciosas, hay que resaltar que si bien algunas enfermedades como por ejemplo el tabardillo disminuy3 su incidencia quiz3s por una alteraci3n en el equilibrio entre el organismo infeccioso y el hu3sped; en general las enfermedades infecciosas tienden a estabilizarse mostrando espor3dicamente fuertes tasas. Probablemente estos cambios espont3neos en la relaci3n organismo infeccioso-hu3sped, s3lo tuvieron efectos complementarios en el aumento de las tasas de mortalidad.

Por 3ltimo nos queda analizar la influencia del medio ambiente y el nivel de vida. Fueron decisivas las repercusiones que la infraestructura humana tuvo sobre el mantenimiento de las altas tasas de mortalidad y sobre el tipo de patolog3a originaria de la misma. Aunque se logr3 algo de positivo en los servicios urbanos, la imagen que presentaba Huelva a lo largo del siglo XX restaba mucho de ser la que corresponder3a a una ciudad similar en poblamiento y riqueza econ3mica.

A finales de 1834, el Subdelegado de Fomento de la provincia Jos3 Huet, elabor3 el informe m3s importante para el estudio de la provincia en el primer tercio del siglo XIX. De 3l se han extra3do las descripciones m3s interesantes para conocer el estado del medio ambiente de la villa. En este sentido es de destacar: una sola fuente p3blica, con la ca3er3a principal descompuesta, de la que se surte de agua toda la poblaci3n, un matadero ruinoso, una carnicer3a de propiedad municipal en estado ruinoso, inexistencia de alameda o paseo p3blico; tres boticas surtidas; hospitales, hospicios y casas de beneficencia: la Caridad y San Andr3s (10).

En definitiva era mucho lo que le quedaba a a villa para reunir las m3s elementales condiciones higi3nico-sanitarias. No obstante algo comenz3 a cambiar.

As3 lo recoge Madoz, cuando, mostrando las deficiencias de Huelva, reconoce las mejoras que ya por entonces se estaban operando:

«Aunque la villa ha pasado a rango de capital, no por eso han variado las condiciones de su localidad, si bien van mejorando gradualmente...».

«Las calles y plazas antes sucias y descuidadas, de mal piso y sin aceras, l3bregas por falta de alumbrado, van poco a poco mejorando».

(9) JOVER ZAMORAY, Jos3 M.º y PAPP, Desiderio, elaboraron la introducci3n del tomo correspondiente al siglo XIX de la *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Pedro Lain Entralgo.

(10) Archivo Municipal de Huelva, «Estad3sticas 1834».

Sin embargo, pocas deberían de ser las mejoras, pues la ineficacia de la política de salud del Ayuntamiento vuelve a quedar en evidencia en un escrito que en 1850 dirige el Gobernador al Alcalde:

«Las calles están llenas de inmundicias hasta el extremo que hace dos días se hallan los restos de un caballo en el sitio de la calzada a la entrada del muelle, según he notado por mí mismo; el alumbrado público en un completo abandono; los caños de las casas arrojan aguas inmundas, sin barrerse las delanteras de éstas y por último destruido el empedrado en su mayor parte...» (11).

Aún en los comienzos del siglo XX, 1902, presentaba la ciudad un lamentable estado sanitario que queda reflejado en el «Informe» del Director General de Sanidad, D. Angel Pulido Fernández:

«(El Sr. Pulido) manifiesta que ha recorrido muchas calles de Huelva y le han producido impresión en extremo desagradable el mal olor que por todas partes se respira. Los individuos como los pueblos deben tener su decoro. Una persona desaseada y maloliente nos produce repugnancia y hablamos mal de ella; los forasteros que aquí vengan hablarán lo mismo de Huelva, y la misma impresión les producirá. Es preciso que esto se evite y que no se diga de Huelva tan bella y hermosa por otros conceptos, que es la ciudad del mal olor» (12).

En cuanto a los hábitos de la población también dejaban mucho que desear; para su análisis se va a describir —en la medida de lo posible dada la escasez de las fuentes— los factores que condicionaban el nivel de vida de la comunidad de aquellos tiempos: alimentación, vivienda, educación y cultura, vestuario, transporte, trabajo y seguridad social.

Alimentación.—La economía fundamentalmente pesquera reportaba para gran parte de la población (ya que de la población activa la mayor parte eran pescadores y agricultores) únicamente el beneficio de la simple subsistencia, lo que hacía que el nivel alimenticio fuera siempre insuficiente cualitativa y cuando no, además cuantitativamente.

En este sentido se manifestaba uno de los higienistas más importantes del siglo XIX, Pedro Felipe Monlau en 1847:

«el pan de que se nutre las clases jornaleras, suele ser de baja calidad, está frecuentemente adulterado. El salario no les permite comer habitualmente un poco de carne fresca, que tanto les convendría...

Los vegetales, la patata, las legumbres, etc., constituyen la base de su régimen más común y del reino animal apenas conocen más sustancias alimenticias que la truchuela, el bacalao, la sardina salada, el escabeche y el tocino...» (13).

(11) Archivo Municipal de Huelva, Oficios y Minutas, 1850.

(12) *Saneamiento de poblaciones españolas: Sevilla, Huelva, Cádiz, Málaga, Granada...*. Madrid, 1902. Todo lo referente a Huelva, págs. 251-259.

(13) MONLAU, F.: *Elementos de higiene pública*, Madrid, 1847, citado por LOPEZ PIÑERO, J. M.ª: «El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial», pág. 140, en *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, 1964.

En Huelva la dieta debería de ser similar a ésta; la agricultura se encontraba en pésimas condiciones que se evidenciaban en la dependencia exterior con respecto al trigo, un producto básico en la alimentación; pues la mayor parte procedía de fuera. Por el contrario el sector pesquero paliaba un poco este déficit, pues al ser puerto de mar habría que añadir el pescado en la dieta; pero aún así era muy escasa en proteínas y sobre todo abundante en hidratos de carbono. Estos últimos significaron la posibilidad de acabar con las periódicas crisis de subsistencia —extensión del consumo humano de la patata a lo largo del siglo XIX— pero en contrapartida contribuyeron a la permanencia de estos niveles alimenticios crónicamente deficitarios —al menos cualitativamente— de gran trascendencia en la persistencia de la elevada mortalidad ordinaria, especialmente por enfermedades infecciosas y carenciales.

Vivienda. —En su conjunto eran muy sencillas, de una sola planta, siendo frecuente la existencia de los «brasiles», las populares casas de patios de vecinos, donde éstos aglutinan un conjunto cerrado de pequeños e insalubres dormitorios, por lo general dos por familia. Más deficiente aún eran las casas de los pescadores, en su mayoría de adobe y techumbre de juncos; cuya eventualidad quedaba de manifiesto en las grandes mareas que en ocasiones llegaban a causar grandes destrozos (14). Por tanto, las condiciones de las casas de la clase obrera eran infrahumanas, siendo frecuente el hacinamiento, promiscuidad, poca ventilación, convivencia de hombres y animales en el mismo recinto o la existencia de cuadra en las cercanías. Estas son a groso modo las características que nos evidencian la insalubridad de su entorno más cercano.

Educación y Cultura. —Huelva apenas participó en su conjunto de la evolución cultural que es posible detectar en los siglos modernos; manteniendo una elevada tasa de analfabetismo que incluía a la mayoría de la población, pues ya a finales de siglo, 1895, un 62,5 % de la población es analfabeta total, subiendo hasta un 66,9 % si se les agrega los que sólo leen.

De ahí que no fuese de extrañar el escrito dirigido en 1851 por el Inspector de 1.ª enseñanza al Gobernador Civil:

«en esta capital no hay Instituto, Escuela de Comercio, Industria y Agricultura; no hay Escuela Superior de Formación Primaria, ni ninguna otra clase de establecimientos donde la juventud pueda ilustrarse, según lo exige la época y mejorar su situación moral. Las escuelas de los niños tampoco están arregladas en todas sus partes..., todas las mejoras que en este sentido se han intentado en diversas épocas se han estallado siempre en el desinterés con que el Ayuntamiento entiende estos negocios» (15).

Además existía un agran apatía popular al respecto, prueba de ello era el escaso número de alumnos que acudía a las escuelas.

Vestuario. —La lana era una de las materias más usadas en la fabricación de las prendas. Las manufacturas de lana se prestaban a la difusión de deter-

(14) TERREROS: «La tierra llana de Huelva», en *Revista de estudios geográficos*, y CLIMENT, M.: *Crónica de la provincia de Huelva*, Madrid, 1866.

(15) Archivo Municipal de Huelva, Oficios y Minutas 1851.

minadas enfermedades infecciosas (por ejemplo la viruela), que podrían adquirir así una insospechada periodicidad a escala doméstica. La lana en bruto, importada para su elaboración a determinados núcleos, podía conducir con frecuencia dichas enfermedades.

La difusión de las prendas de algodón sustituyendo masivamente a las de lana a mediados del siglo XIX en los países más industrializados supondría algún efecto en la reducción de la mortalidad por tifus, ya que el algodón podía ser hervido y la ebullición mata a los piojos transportadores de la enfermedad (16).

Transporte. — A mediados del siglo XIX se producen quejas de los onubenses por el pésimo estado en que se encontraban los caminos.

Madoz hacía las siguientes descripciones:

... «son de travesía carreteros por el litoral y de herradura por la sierra, todos en muy mal estado».

Trabajo. — La población activa era para 1834 de sólo algo más del 25 % por lo que el grado de dependencia era muy elevado.

El sector primario comprendía el 40 % de los activos, en su mayor parte pescadores con unos jornales muy bajos. Se pagaba además, por día trabajado, por lo que disponían sólo de unos ciento cuarenta jornales al año, con una media de tres reales por día (mínimo de subsistencia por familia y día), por lo que se veían obligados a realizar cualquier trabajo que les saliera a su alcance.

La *Seguridad Social* más bien era una asistencia moral de la que se encargaba el gremio de los pescadores. De los pobres en solemnidad y mendigos lo hacía la Junta de Beneficencia.

Por consiguiente si la segunda causa no cuenta para explicarnos la persistencia de las altas tasas de mortalidad, y se duda la eficacia de la actuación médica y de la deficiente estructura hospitalaria, es necesario considerar el bajo nivel de vida y el estado del medio ambiente como las principales causas de la persistencia de las altas tasas de mortalidad, evidenciándose la estrechísima relación existente entre el nivel de salud —indicado por las tasas de mortalidad, al no contar con datos sobre morbilidad— y nivel de vida para las sociedades en el siglo pasado y anteriores.

MORTALIDAD INFANTIL Y DE EXPOSITOS

Este paralelismo entre el nivel de salud y nivel de vida aparece reflejado cuantitativamente en la alta mortalidad infantil —comprende los menores de un año y constituye un fiel parámetro del nivel de salud de una población (17)— pues a partir de 1860 aparecen cifras generalmente superiores al 20 % del total de fallecidos, llegando en algunas ocasiones como 1864 al 35,4 % e incluso al

(16) PEREZ MOREDA, V.: Ob. cit.

(17) SONIS, Abraam: *Medicina sanitaria y administración de salud, actividades y técnicas de salud pública*, Barcelona, 1982.

47,3 % en 1866. Antes de 1860 las cifras eran paradójicamente bajas, distinguiéndose de nuevo, las mismas dos etapas separadas por los años próximos a 1860, año a partir del cual la población experimentaría un alto crecimiento que, sin duda, repercutió en el incremento que la mortalidad experimentó en todos sus indicadores y componentes.

Si estudiamos la mortalidad infantil junto con la juvenil se distinguen las mismas dos etapas, llegando a representar en la segunda el 48,47 % de la mortalidad total; es decir, casi la mitad del total de las defunciones correspondían a niños menores de 6 años (Fig. 3).

Un caso extremo de la mortalidad infantil y juvenil lo constituía la mortalidad de los expósitos que solía doblar y hasta triplicar los índices relativos al resto de la población y que estuvo íntimamente relacionada con la situación socio-económica de la misma, de tal forma que cuando ésta era desfavorable se disparaba el número de expósitos (18).

En Huelva capital la gran mayoría morían con menos de tres años de edad y en ocasiones (1851-55 y 1861-65), el 100 % fallecieron con menos de un año de edad, mostrándonos las pésimas condiciones de vida que debieron padecer.

La evolución de la mortalidad de los expósitos se caracteriza por un incremento continuo, sobre todo a partir de 1860, cuando se anuncia una tercera etapa, pues desde 1865 la mortalidad disminuyó considerablemente. De un 8,8 % en relación a la cifra total de defunciones en 1871-75, pasaría a un 1,7 en 1876-80: gracias al Hospital Provincial, hasta entonces el único centro medianamente adecuado para su cuidado.

ANALISIS Y ESTRUCTURA DE LA PATOLOGIA QUE CAUSO MORTALIDAD

Pero ¿de qué forma se manifiesta esa mortalidad excesiva? ¿Cuáles son las causas de muerte en la Huelva preindustrial decimonónica y cuál es la tarea proporcional de mortalidad de cada una de ellas?

Responder a estas preguntas ha sido posible gracias al procesamiento de los diagnósticos de las causas de muerte. Diagnósticos que nos permitirán caracterizar la ciudad a través de su patología y contribuirán a conocer el nivel de salud de la población, el nivel científico de los médicos de la época, la estructura de la patología que causó mortalidad...

Realizar un estudio de este tipo es una tarea de investigación que entraña múltiples dificultades por varias razones.

En primer lugar, porque una parte de las enfermedades de este pasado histórico, sobre todo en los primeros años, son difícilmente reconocibles en su verdadera entidad y mucho menos pueden ser descritas en términos análogos a los que se utilizan en el vocabulario médico actual. Ello es así fundamentalmente porque el léxico empleado en una época determinada para definir la

(18) PEREZ MOREDA, V.: Ob. cit.

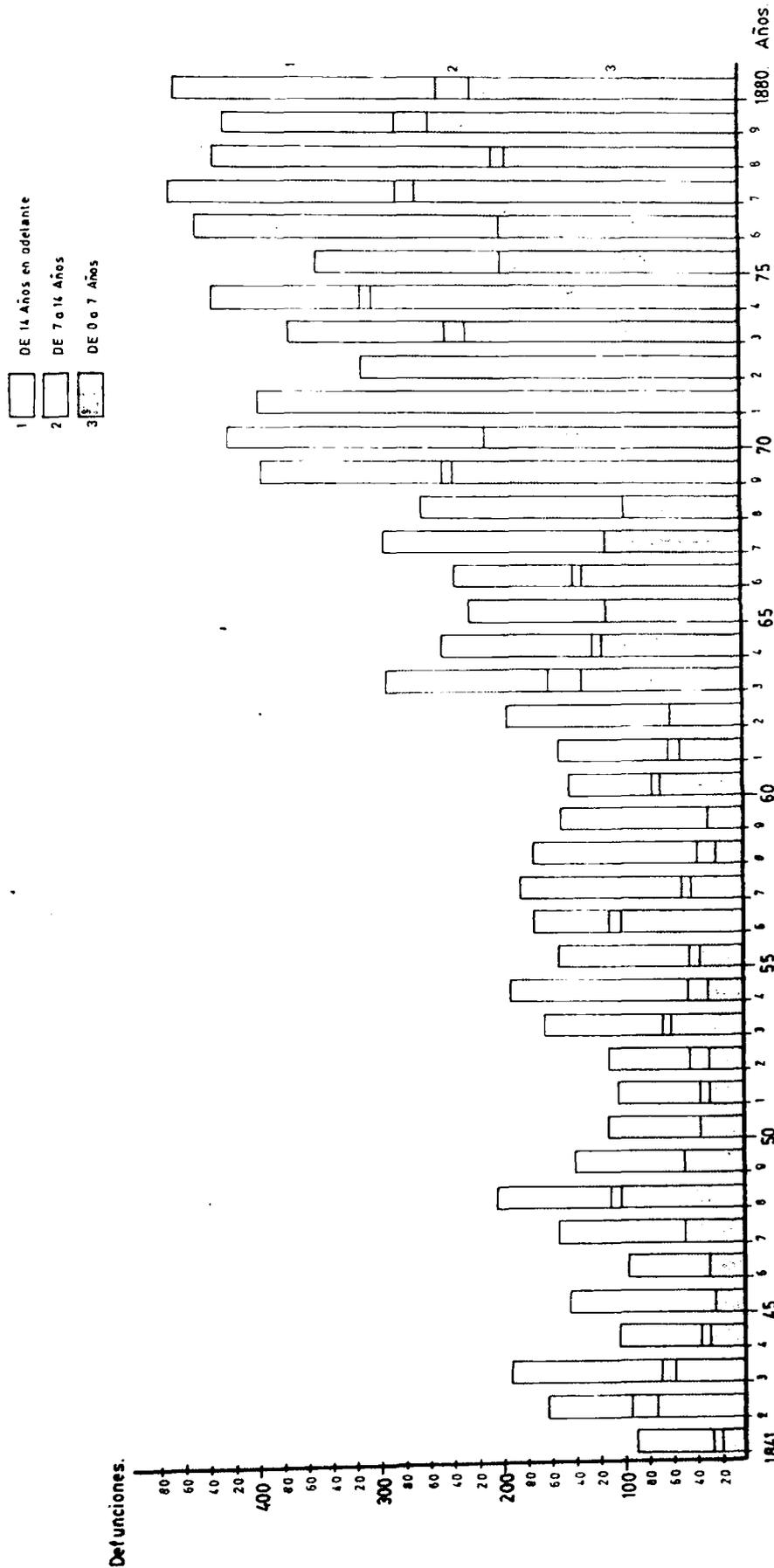
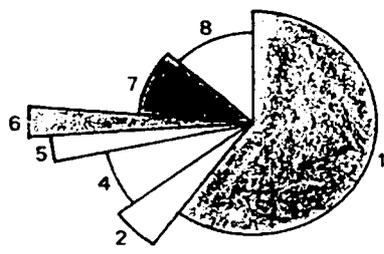
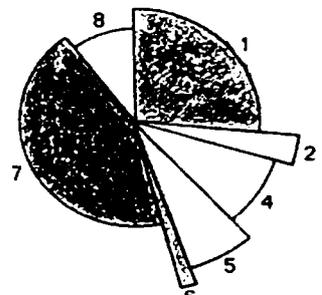


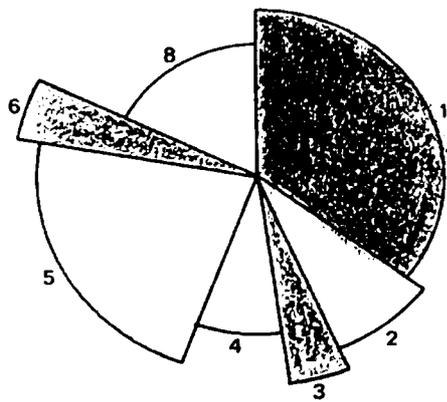
Fig. 3. — 1841-1880. Mortalidad por grupo de edad (% en relación a la cifra total de defunciones)



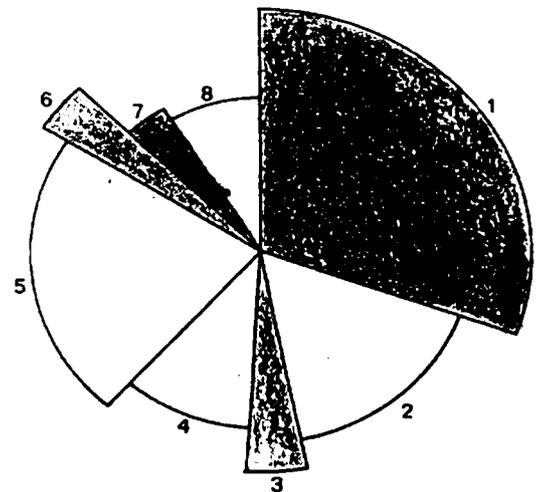
1841-45
(698 fallecidos).



1846-50.
(718 fallecidos)

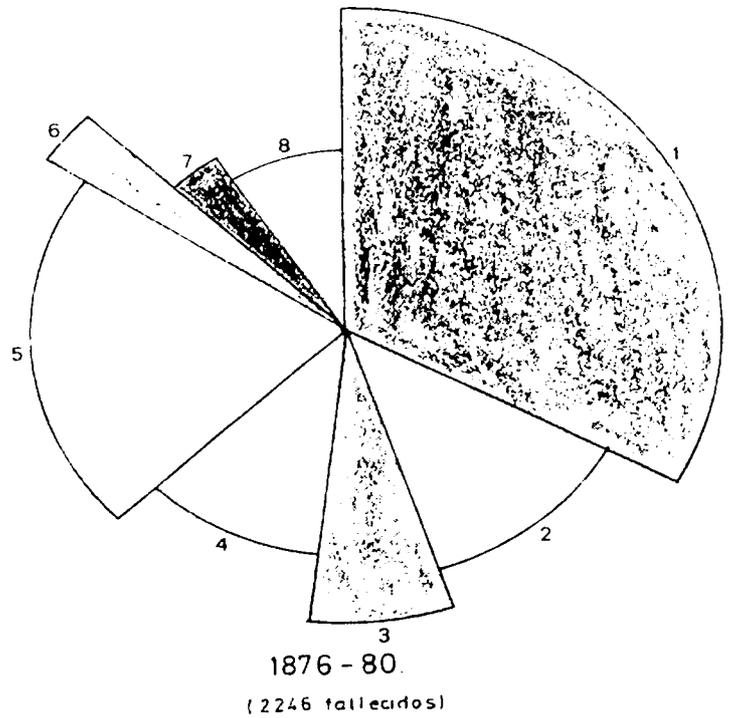
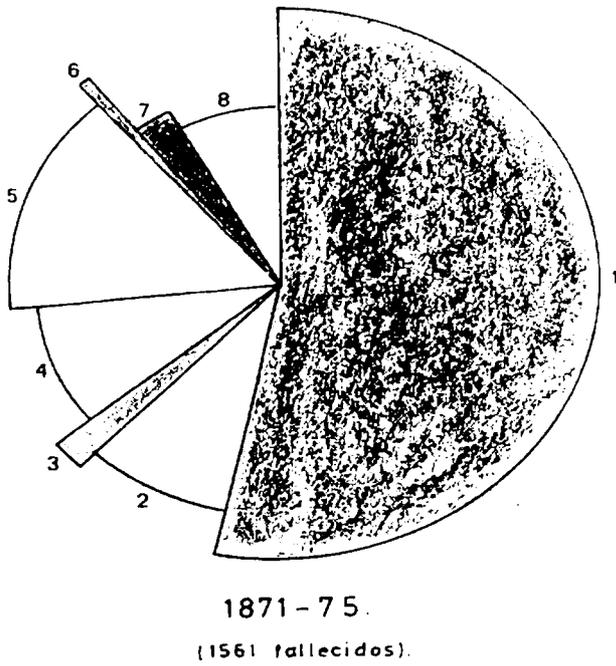
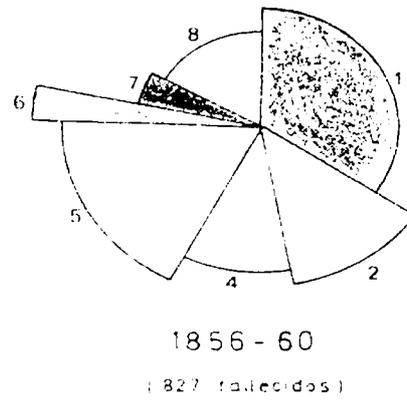
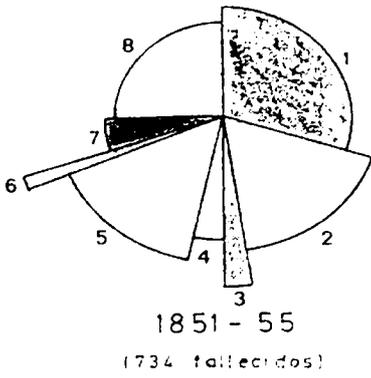
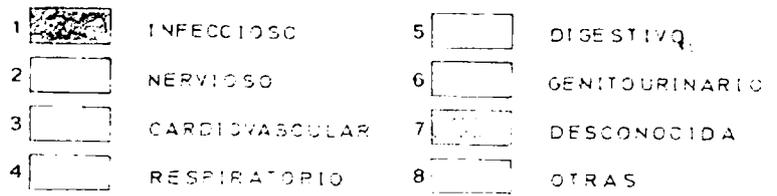


1861-65.
(1121 fallecidos).



1866-70.
(1619 fallecidos.)

Fig. 4.—Tasas proporcionales de mortalidad por enfermedades cada cinco años (1841-1880)



variedad de enfermedades existentes puede ser casi exclusivo de ese tiempo, y por lo general resulta arcaico una vez que la terminología sigue evolucionando hasta adquirir una precisión sumamente técnica —así se ha encontrado: «reabsorción purulenta», «cloro anémico», «albúmina retropudenda»...—. Se plantea por tanto un verdadero problema al intentar comprender con exactitud la enfermedad definida por un vocablo determinado. Además, muchas enfermedades se definían a veces simplemente por sus síntomas más externos, que en ocasiones podían incluso ser comunes a afecciones diversas —por ejemplo «murió de un dolor», «murió de una de las afecciones propias de la edad senil»...—. En otros casos la fiabilidad del diagnóstico de la causa de la muerte es muy cuestionable —«cáncer de estómago en un niño de cuatro días», «una angina de pecho en una niña de tres años...».

Segundo, por la inexactitud de los certificados de defunción ya que se trata de diagnósticos clínicos y, por tanto, subjetivos y sujetos en ocasiones a diversas extravagancias, fruto de la ignorancia de la época —por ejemplo: «murió de un derrame pasivo en los toladrones del cerebro»—: Afortunadamente diagnósticos como este último y los anteriormente mencionados no son muy frecuentes, desapareciendo a medida que avanza el siglo y apreciándose al mismo tiempo como la terminología empleada es más variada y semejante a la actual.

Tercero, porque sólo se hacía constar la última enfermedad, aunque antes hubiera estado afectado por otra que había originado la que provocó la muerte.

Cuarto, por la ausencia de datos durante los cuarenta primeros años, pues a partir de 1841 es cuando comienzan a confeccionarse los libros de registros necrológicos. Por otro lado desde el 1 de Febrero de 1871 hasta el 1 de Enero de 1873 no consta la causa de la muerte, desde octubre de 1860 hasta mayo de 1.861 las hojas están incompletas y desde el 24 de junio de 1878 al 28 de septiembre del mismo año, faltan todas las hojas. Salvo estas excepciones el resto de la documentación se encuentra en perfecto estado y cumplimentado en todos sus apartados.

En último lugar existe un pequeño porcentaje que por la imposibilidad de descifrar la escritura, se ha dado por no legible.

La estructura de la patología que causó mortalidad queda reflejado en la Fig. 4, donde se aprecia el predominio de enfermedades infecciosas en relación al resto, pues tuvieron un papel preponderante en la morbilidad y en la mortalidad ordinaria por lo menos hasta los últimos decenios del siglo XIX (Fig. 5). Tal fue la incidencia de enfermedades transmisibles y parasitarias —se estudiarán con detalle más adelante— que su control llevará aparejado la disminución ostensible de las tasas de mortalidad y morbilidad, desembocando en un aumento de las expectativas de vida.

Resulta espectacular el avance originado por las enfermedades digestivas, de tal forma que si entre 1841-45 la tasa proporcional de mortalidad era de un 2,3 por ciento, en los últimos cinco años pasaría a un 21,6 por ciento. Esta tendencia, marcadamente ascendente se aprecia en la Fig. 6. Enfermedades diarreicas en general, disenterias y cólera fueron las más frecuentes. Alimentos en mal estado y trasmisión a través del agua serían probablemente la causa. Los

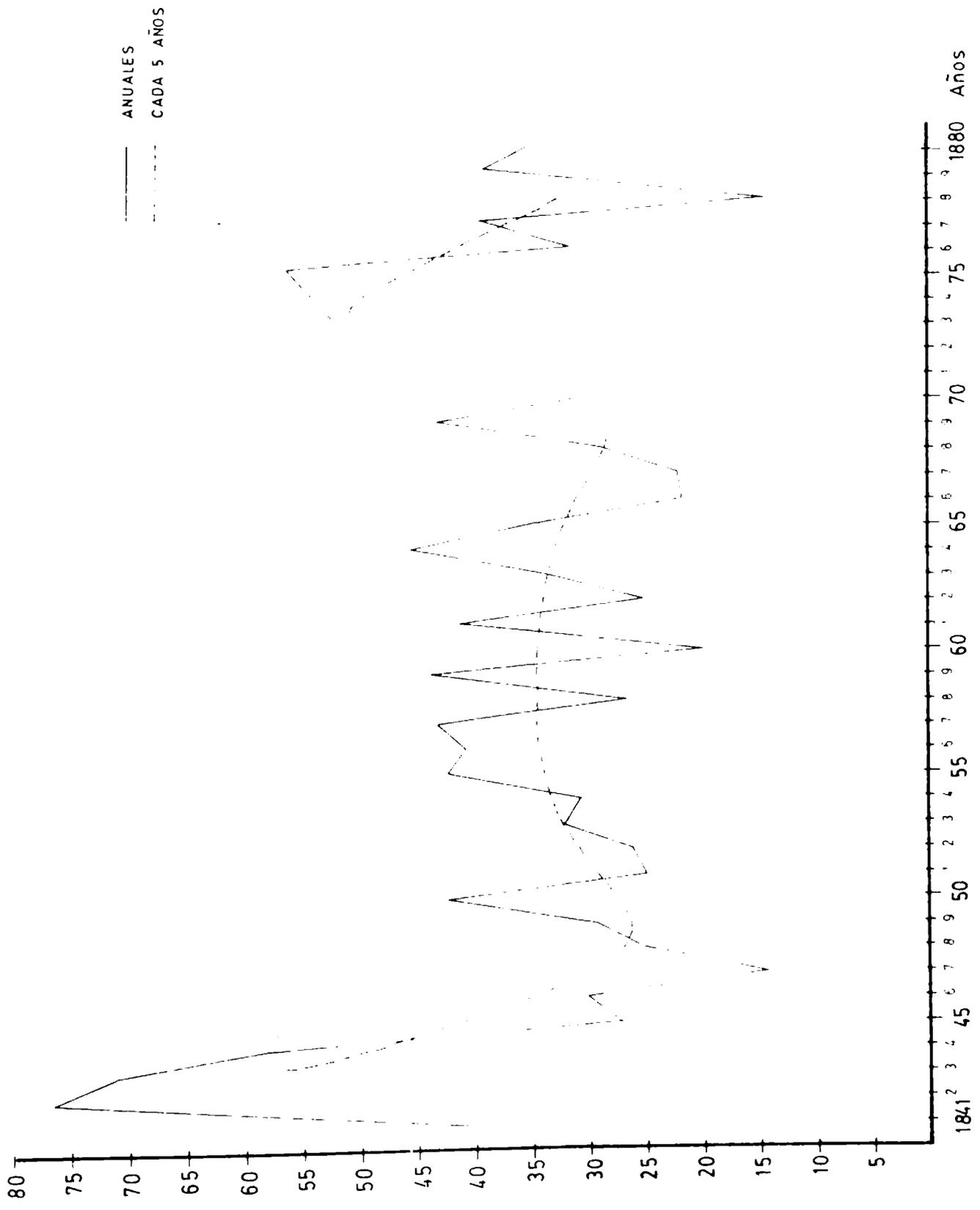


Fig. 5. — Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades infecciosas (1841-1880)

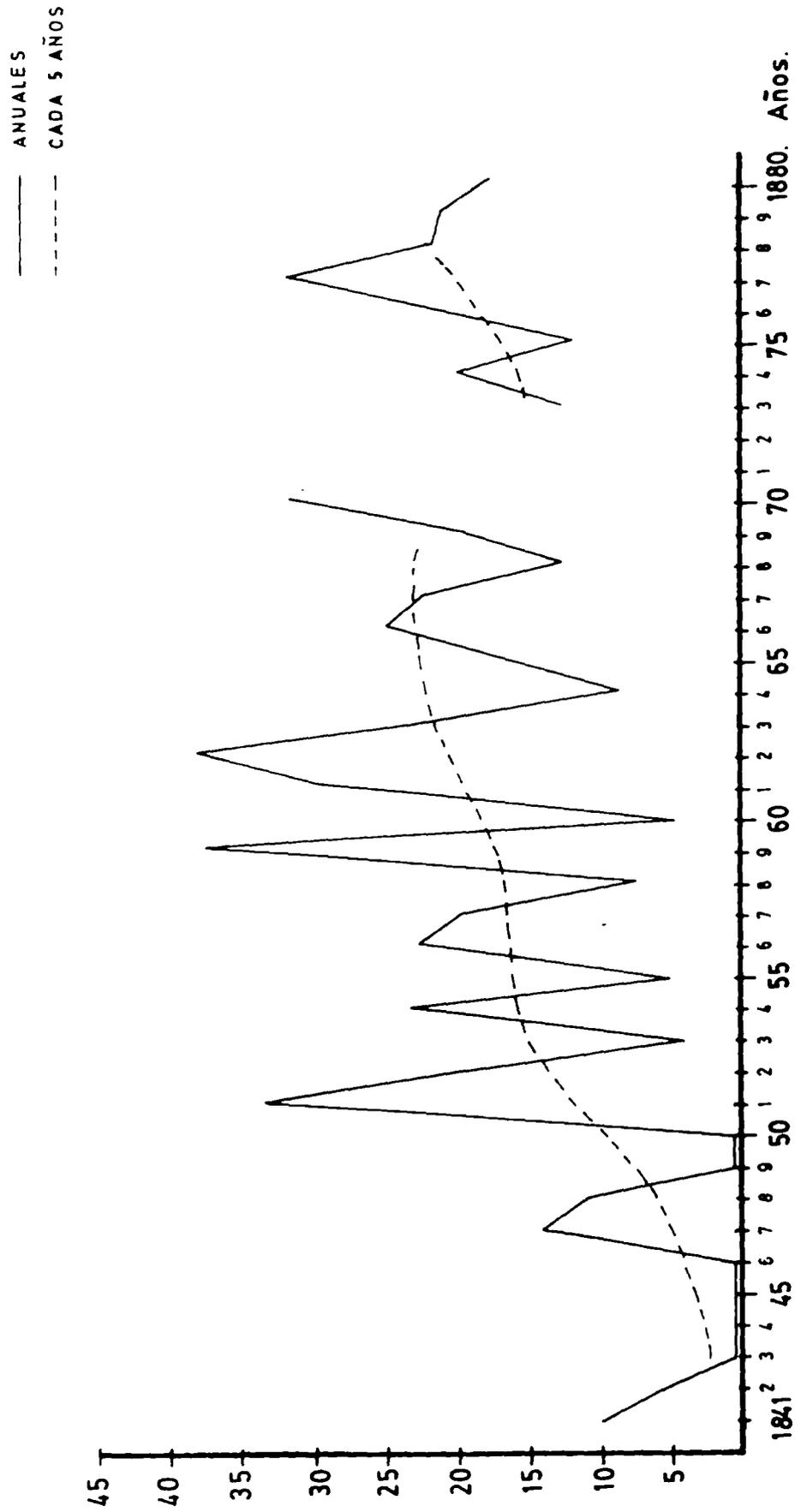


Fig. 6.— Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades digestivas (1841-1880)

ANUALES
CADA 5 AÑOS

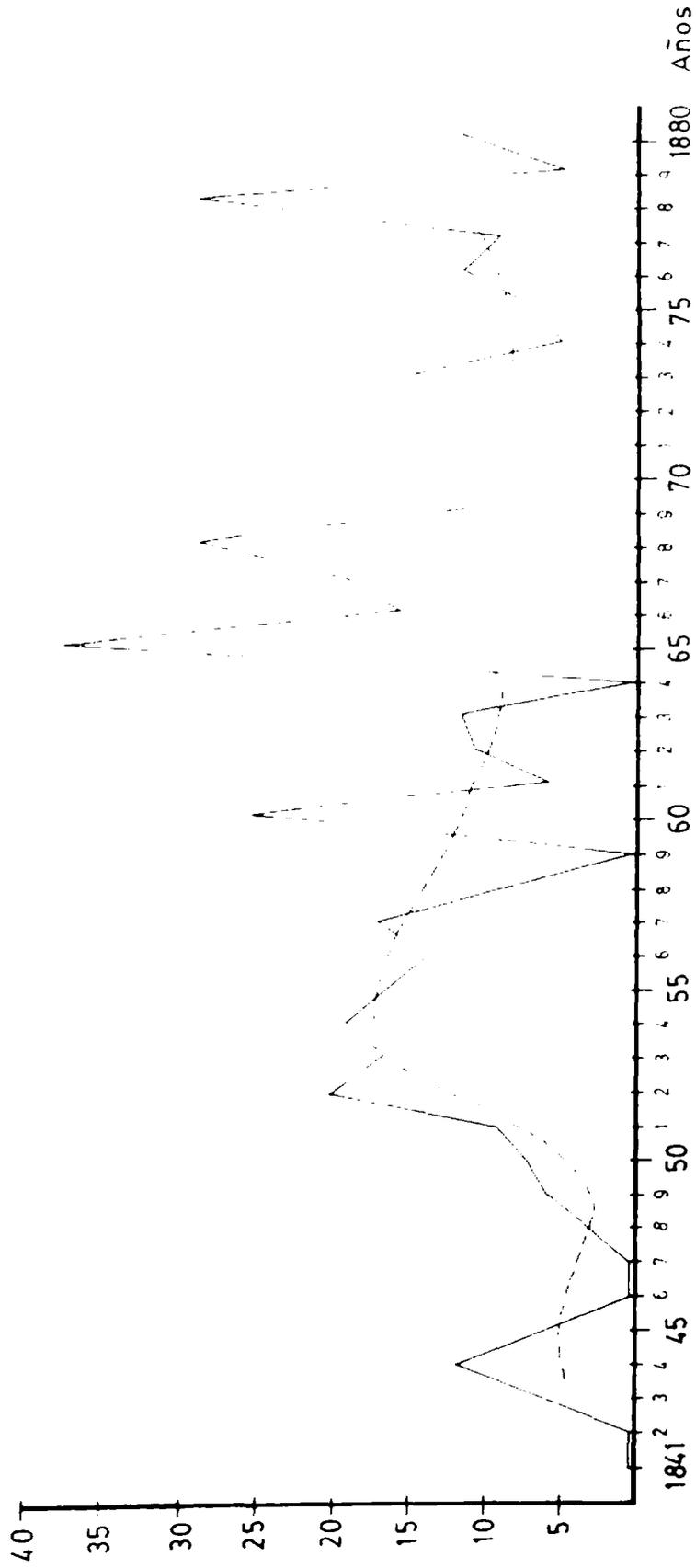


Fig. 7.— Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades del sistema nervioso (1841-1880)

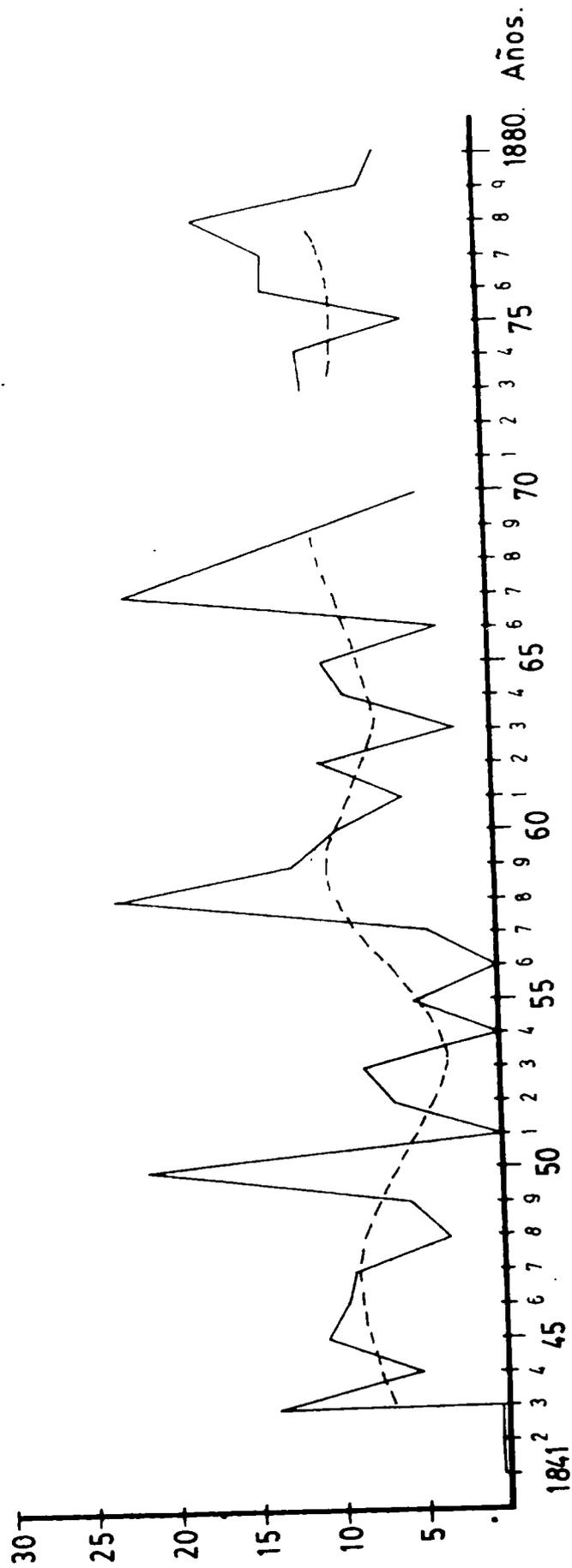


Fig. 8. — Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades respiratorias (1841-1880)

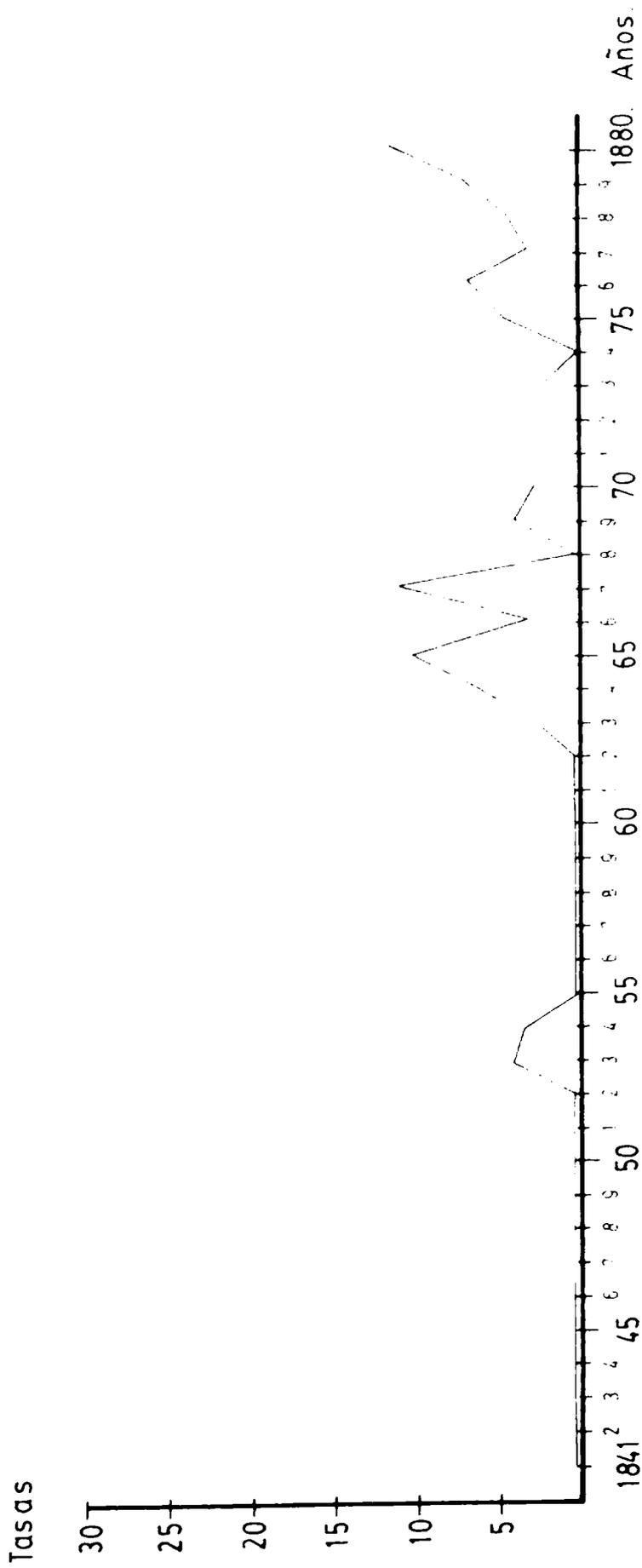


Fig. 9. — Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades cardiovasculares (1841-1880)

pacientes a través de sus vómitos y deyecciones podrían eliminar gérmenes nocivos que propagarían dichas afecciones, aún más al no existir una adecuada separación entre aguas potables y residuales. La insalubridad de estas aguas, unido a un creciente y sostenido aumento de la población con una ridícula mejora de la infraestructura urbana, nos explicaría el gran incremento de las enfermedades digestivas.

La mortalidad por enfermedades nerviosas es considerable (Fig. 7) mostrándose una tendencia marcadamente ascendente hasta 1855, para luego estabilizarse dentro de las oscilaciones propias del fenómeno de la mortalidad. Igual ocurre con las enfermedades respiratorias, pero en este caso la tendencia es estable a lo largo del período (Fig. 8). En el caso de las enfermedades cardiovasculares es sobre todo a partir de 1862 cuando se registran como causa de muerte, apreciándose una tendencia ligeramente ascendente, probablemente motivada por un mayor conocimiento de este tipo de patología (Fig. 9).

ENFERMEDADES ENDEMICAS

Entre las enfermedades infecto-contagiosas es de destacar los terroríficos desastres causados en esta época por las epidemias de cólera en 1833 y 1854 y Fiebre Amarilla en 1800. Pero mientras estas enfermedades supusieron una gran conmoción allá en donde hacían su aparición, otro grupo de ellas, el de las enfermedades infecciosas endémicas, se hallaron permanentemente presentes en la población produciendo al año gran cantidad de víctimas: tisis, tabes mesentérica, tabardillo, fiebre tifoidea, fiebre intermitente, viruela, sarampión, difteria y enteritis catarral, se encuentran entre las estadísticamente más significativas.

Tisis. Tabes mesentérica.—Antiguas denominaciones de la tuberculosis, respectivamente, pulmonar y ganglios mesentéricos. En Huelva entre las enfermedades transmisibles, estas afecciones se encuentran entre las primeras causas de muerte.

La Fig. 11 nos muestra las tasas proporcionales de mortalidad de ambas, con la intención de estudiar globalmente la tuberculosis abarcando todas sus localizaciones, por lo que los porcentajes serían algo mayores, ya que muchas meningitis y neumopatías, así como localizaciones en otros focos, reconocerían en su génesis al bacilo de Koch.

Finales de la década de los cincuenta y principios de los sesenta fueron años de crisis de subsistencia; motivada por un lado por la huella del cólera aún reciente y de otro por las repercusiones que sobre Huelva debieron tener la gran carestía del país debido a la falta de recursos alimenticios (19). Es precisamente en estos años cuando las tasas proporcionales de mortalidad por tuberculosis son mayores, llegando a un 17,64 por ciento en 1861, 23,52 por ciento en 1864 y hasta un 25 por ciento en 1859. Pues bien, podremos razonablemente atribuir

(19) NADAL, Jordi: *La población española, siglos XVI-XX*, Barcelona, 1984.

— ANUALES
 - - - - - CADA 5 AÑOS

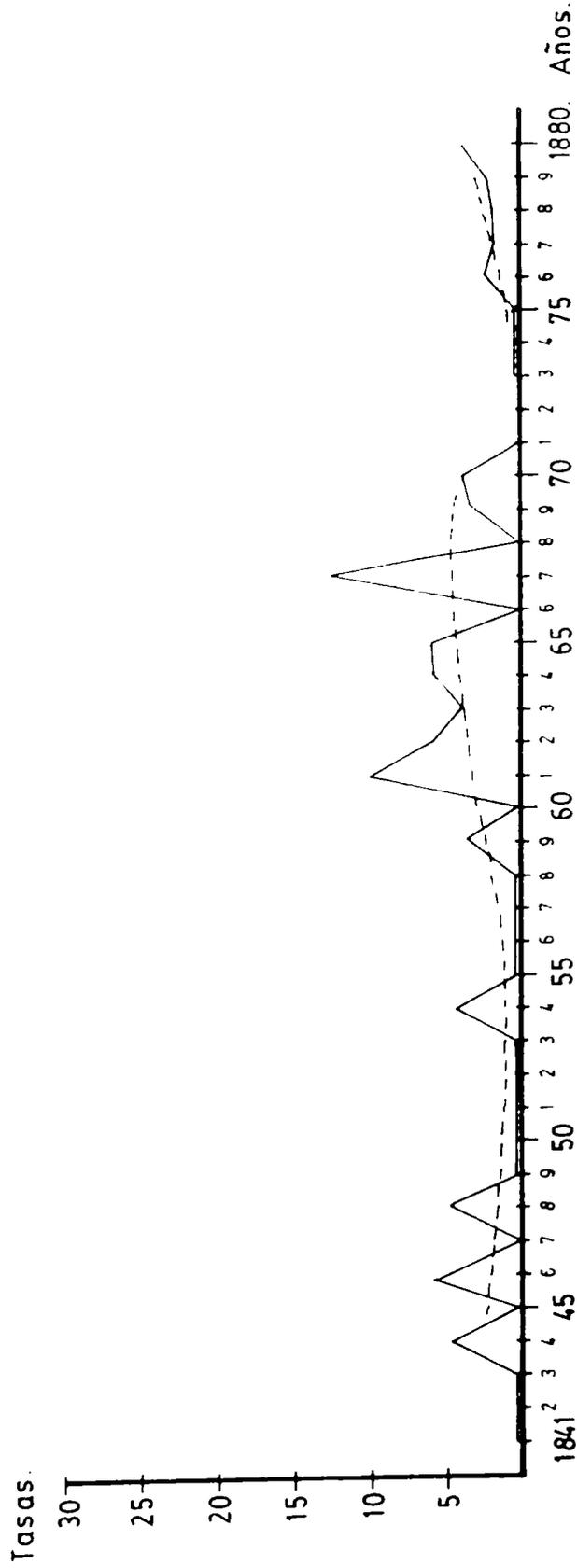


Fig. 10. — Tasas proporcionales de mortalidad de enfermedades genitourinarias (1841-1880)

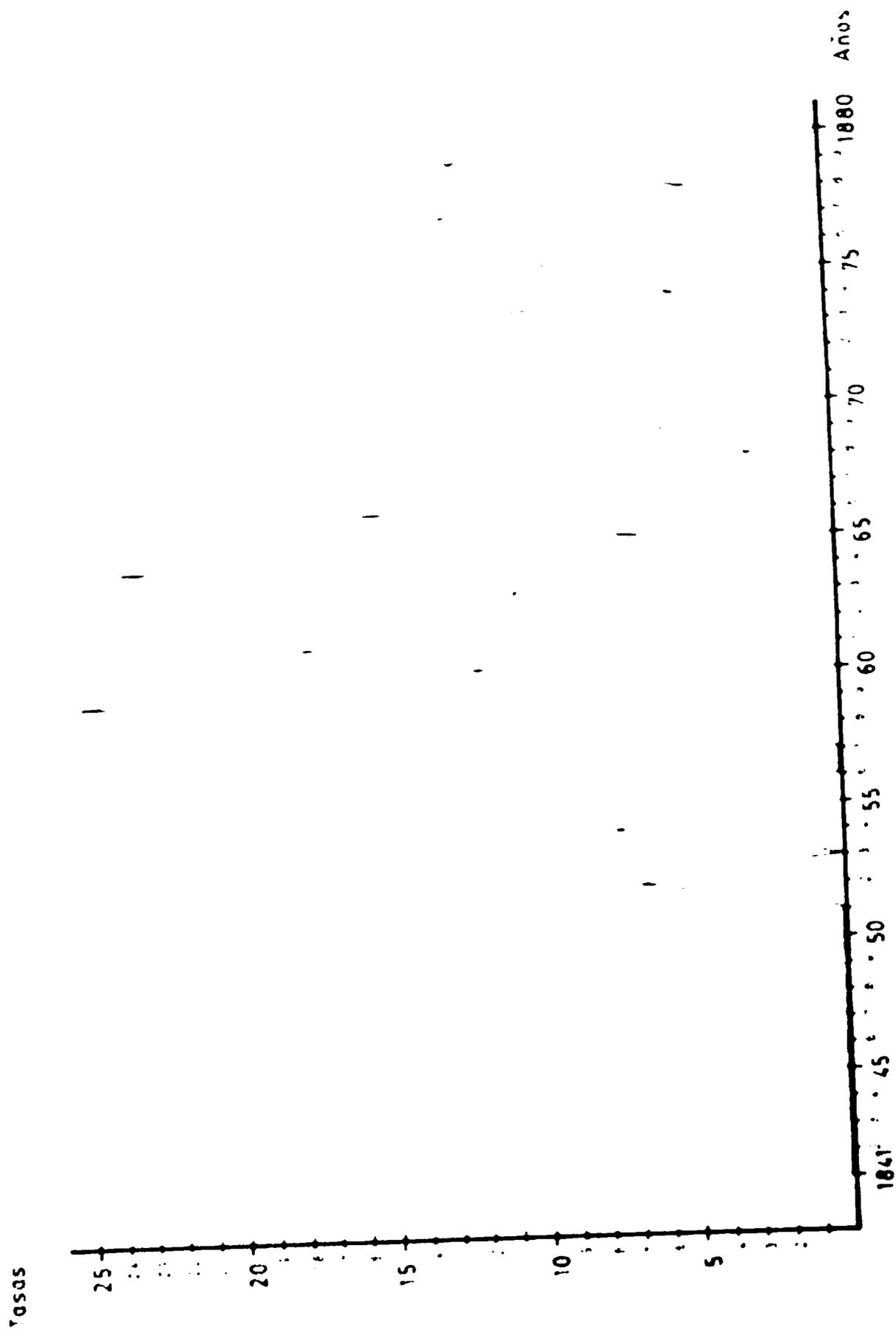


Fig. 11. — Tasas proporcionales de mortalidad por tisis + Tabes Mesentérica (1841-1880)

dicho incremento al deterioro de la nutrición como otros autores han formulado, por ejemplo: el aumento de la mortalidad por tuberculosis entre ambas guerras mundiales o la disminución de la misma en Inglaterra en la quinta década del siglo XIX, donde las mejoras en la dieta fueron la más importante contribución a la reducción de la mortalidad (20).

La tisis y Tabes mesentérica debieron causar un gran impacto social no sólo por tratarse de enfermedades infecciosas crónicas y encontrarse entre las primeras causas de muerte sino también por la gran cantidad de enfermos crónicos con varios grados de incapacitación que conllevaban. A todo ello contribuiría el desconocimiento acerca de la enfermedad, pues hasta 1865-68, los experimentos Villenin no acabaron con la tendencia anticontagiosa frente a la enfermedad y hasta 1882 no se supo el agente causal gracias al descubrimiento del mismo por Robert Koch (21).

Tabardillo. Fiebre tifoidea.—De antiguo conocido el tabardillo ha sido cortejo de grandes guerras y calamidades. El sitio de Granada por los Reyes Católicos, se prolongó por varios años debido a una epidemia entre las tropas sitiadoras, donde recibió el nombre de «tabardillo» por las manchas que, a manera de manto, cubrían los cuerpos de las víctimas. Hubo cerca de 20.000 muertes. La más antigua descripción precisa la hizo Fracastor en su libro *De contagione* (1546) bajo el nombre de «Morbus Lenticularis» (22). También se le denominó «pintas» o «fiebre punticular», posteriormente se llamaría tifus exantemático.

El estado de nutrición de la población jugaba un papel muy importante en el desarrollo de la enfermedad, provocando el mayor número de víctimas entre las capas más pobres de la población, sobre todo entre vagabundos y mendigos.

De la misma manera el nivel higiénico personal era también muy importante en la propagación de la enfermedad. Pues, al actuar como agente vector de los gérmenes patógenos un piojo del cuerpo humano, una higiene deficiente contribuiría al contacto y a la permanencia del parásito con la población.

Tal es la importancia de estos dos factores anteriores que es aceptado generalmente que la desaparición en las islas británicas de la enfermedad —donde se conocía como «fiebre del hambre»— se debió a la mejora del estándar de vida: mejora del estándar de higiene, particularmente por lo que toca al suministro de agua (hacia 1880) y aseo personal, lo que previno la infección al reducir el contacto con el piojo; y mejor dieta, lo que modificó la respuesta a la infección (antes de 1880). Aunque su prevalencia varía muchísimo en diferentes períodos y es imposible decir en qué medida es atribuible a cambios genéticos o del medio (23).

(20) MC KEOWN, Thomas: Ob. cit.

(21) BALAGUER, Emilio y BALLESTER AÑÓN, Rosa: «Medicina y Sociedad», «La enfermedad y su prevención», capítulos incluidos en *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Pedro Laín Entralgo.

(22) GONZALEZ FUSTE, F. y GILI MINER, M.: «Epidemiología y profilaxis del tifus exantemático», capítulo inserto en *Medicina preventiva y social. Higiene y sanidad ambiental*, Madrid, 1980.

(23) MC KEOWN, Thomas: Ob. cit.

El tabardillo en Huelva del año 1481 a 1845 llegó a causar una gran mortalidad, no comparable en intensidad a ninguna otra enfermedad endémica. Así en 1841 llegó a una tasa proporcional de mortalidad del 33,33 por ciento y en 1844 a un 29,4 por ciento (Fig. 12). Lo que nos corrobora el defectuoso estado nutricional e higiénico de la población. Sin embargo, a partir de 1849 no vuelve a registrarse.

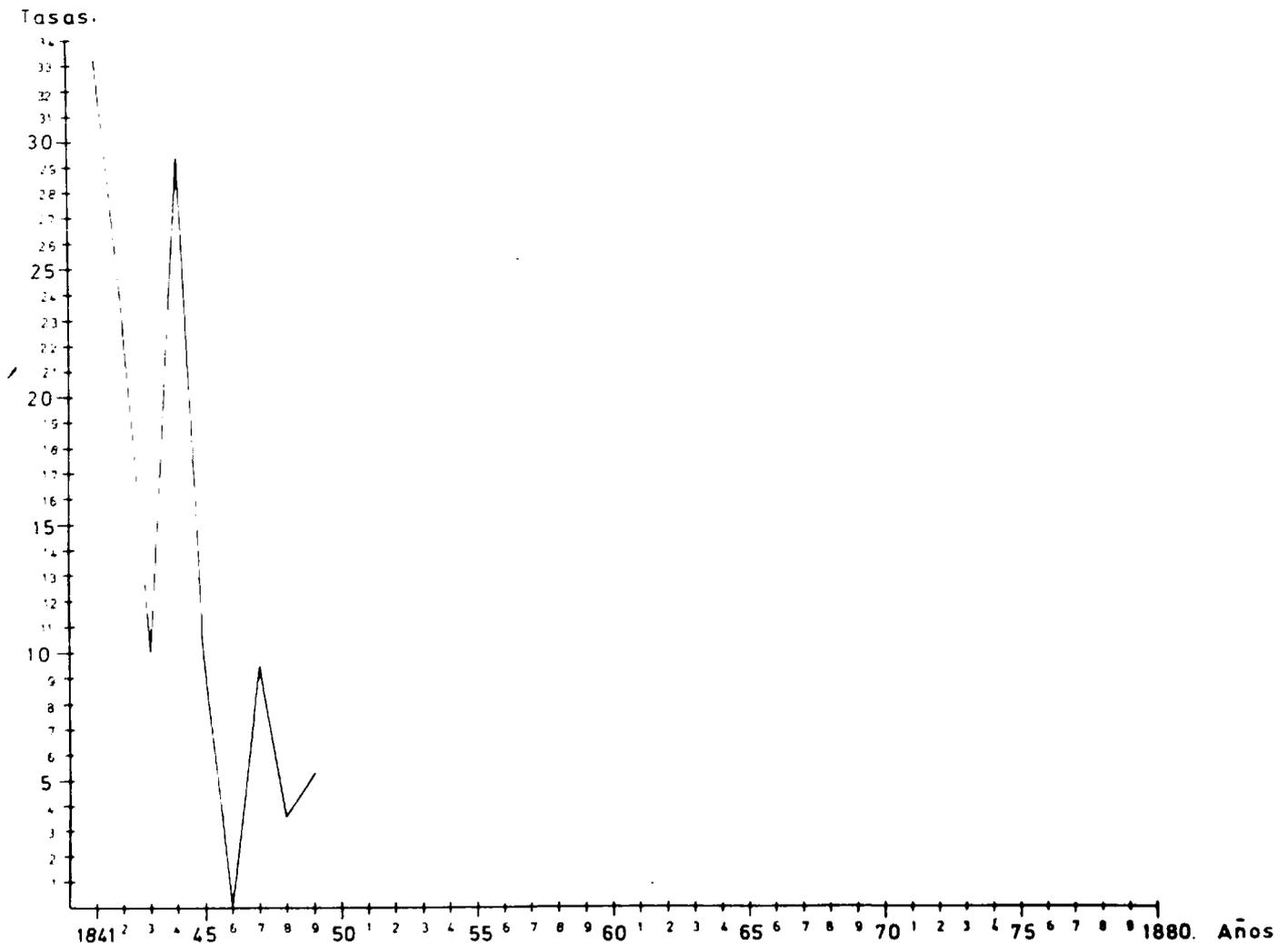


Fig. 12. — Tasas proporcionales de mortalidad de Tabardillo (1841-1880)

Conocida es la confusión en tiempos pasados de esta entidad con la fiebre tifoidea dada la semejanza de algunos de los signos clínicos.

En la Fig. 13 se observan las tasas proporcionales de mortalidad por fiebre tifoidea que no hacen su aparición hasta 1855, fecha en que desaparecen los diagnósticos de tabardillo como causa de muerte. Por lo que parece probable un cambio en la denominación dentro del confusionismo existente en torno a estas dos enfermedades. Pues los factores de riesgo que contribuirían a la perma-

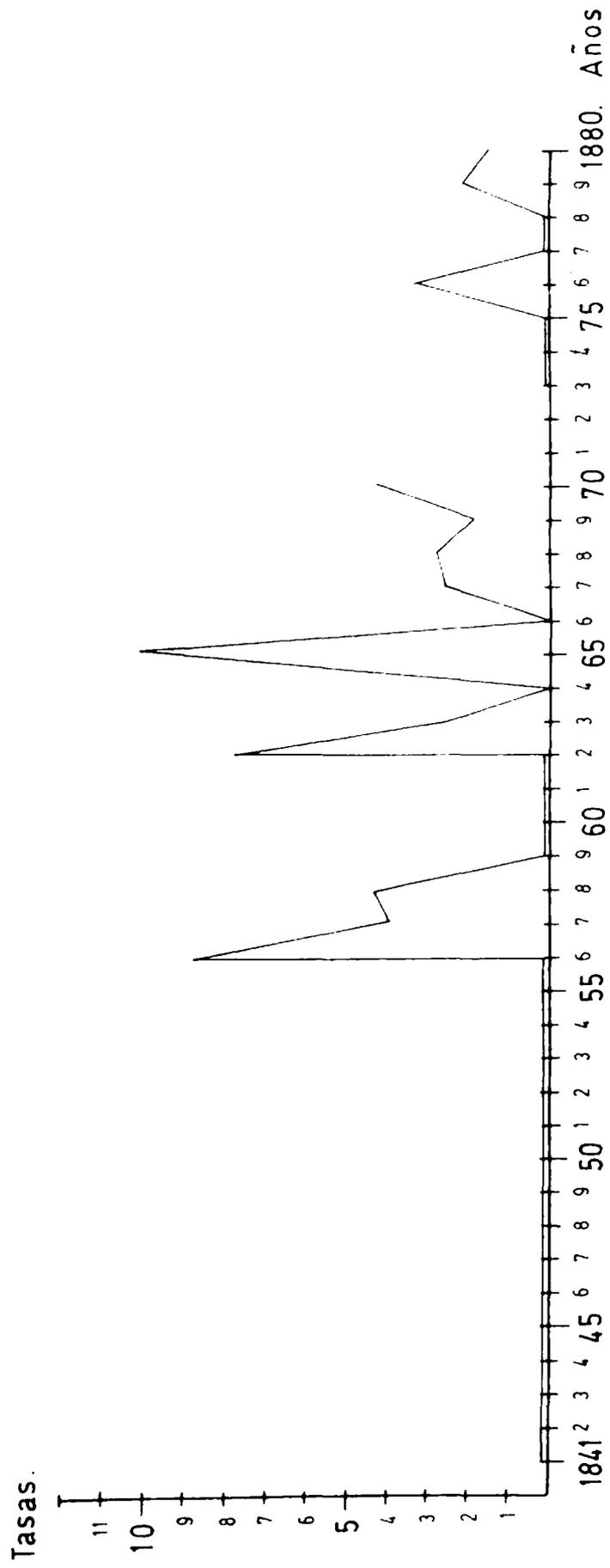


Fig. 13.— Tasas proporcionales de mortalidad de Fiebre Tifoidea (1841-1880)

nencia del tabardillo: alimentación deficiente, falta de higiene... continúan prácticamente igual e incluso cabría pensar en un agravamiento por una mayor aglomeración urbana en fechas posteriores.

De otra parte, la separación dentro del grupo de enfermedades conocidas inespecíficamente con el nombre genérico de «fiebres» del tifus exantemático y la fiebre tifoidea, así como la separación entre estas dos entidades mosológicas, fue en gran parte obra de uno de los discípulos de Louis Lombard (1837), aunque no se reconoció plenamente hasta los trabajos de William Jenner (1849) y Murchison (1862) (24). Por tanto se podría también formular la hipótesis de que la desaparición del tabardillo después de 1849 se debiera a un cambio genético en la virulencia del germen responsable y que se confundiera con la fiebre tifoidea sólo hasta 1849.

Desde su aparición, las tasas proporcionales de mortalidad de fiebre tifoidea se mantienen de una forma más o menos insidiosa a lo largo de todo el período, llegando en ocasiones a un 10 por ciento. La propagación de esta afección se debería a las instalaciones sanitarias defectuosas principalmente: falta de colectores así como a la impureza de las aguas.

Cuartanas. Fiebre intermitente. — Bajo estos nombres y en mucha menor proporción con el de «cuartanas» aparece registrado el paludismo en los certificados de defunción onubenses de la época.

Huelva por estar rodeada de marismas y por su clima templado constituía un lugar idóneo para el desarrollo de esta enfermedad que llegó a ser endémica. Ya que el agente patógeno que la origina, un parásito, en concreto el hemozooario, no se desarrolla a menos de 15° y el vector que la transmite es un mosquito del tipo anofeles que encontraría en las marismas un lugar idóneo para poner sus huevos —por eso las enfermedades palúdicas, como su mismo nombre indica, se registran en poblaciones asentadas cerca de pantanos, lagos o marismas.

«Por tercianas no doblan las campanas», decía la voz anónima de la gente, aduciendo a la baja tasa de letalidad que se situaba entre el 3 y 8 por ciento de los afectados. Por ello aunque la enfermedad no resultaba ser mortal en muchos casos, sin embargo la morbilidad que originaba solía ser bastante elevada.

En la Tabla II aparecen las tasas proporcionales de mortalidad de la fiebre intermitente en Huelva —por cuartanas sólo aparece en estas ocho primeras décadas del siglo XIX, 1849 con un 5,2 por ciento— de donde se deduce dada la baja tasa de letalidad, el elevado número de afectados por paludismo. En ausencia de los fármacos antipalúdicos de hoy día, que actúan como medios curativos, o de los insecticidas DDT, con acción preventiva; la lucha contra el paludismo se redujo a la desecación de charcas y pantanos. Así en una sesión extraordinaria del Ayuntamiento celebrada el día 21 de mayo de 1872:

«Se acuerda el deslinde de las parcelas del barrio de los bueyes con el objeto de proceder al relleno de unas charcas existentes en el mismo para evitar que las

(24) BALAGUER PERIGUELL, Emilio y BALLESTER AÑON, Rosa: Ob. cit.

emanaciones pútridas de las mismas puedan perjudicar al vecindario. Como medida urgentísima dado los calores que se aproximan» (25).

La farmacopea de la época cuenta con suerte con el recurso de la quina, de origen americano, extendida por Europa y notablemente por España, durante los siglos XVIII y XIX, pero al igual que ocurrió con la vacuna de la viruela atravesó su aplicación por un período de fuertes polémicas; dada la resistencia de los partidarios de una terapia tradicional, consistente en sangrías y limonadas (26).

Tabla II
TASAS PROPORCIONALES DE MORTALIDAD
FIEBRE INTERMITENTE

| | |
|------------|--------|
| 1859 | 5 % |
| 1860 | 5,8 % |
| 1862 | 3,8 % |
| 1873 | 2,04 % |
| 1875 | 2,2 % |
| 1876 | 3,3 % |
| 1878 | 2,3 % |
| 1879 | 1,7 % |

Viruela. — Tiene sus antecedentes en China o India miles de años antes de Jesucristo. Se trataba de una enfermedad con gran mortalidad y morbilidad, así en la Edad Media su tasa de letalidad era del 20 al 40 por ciento, con frecuencia infantil de la que morían 2 de cada 10 niños, siendo la causa principal la ceguera.

En 1834 el Subdelegado de Fomento de la provincia de Huelva, José Huet afirmaba que robaba la existencia de la séptima parte de los niños, dejando estropeados y desfigurados el doble número de víctimas. Con razón decía Voltaire que la viruela era «la décima más importante del género humano, y cuya la causa de que la tierra no estuviera más poblada».

Fue confundida con el sarampión y otras eruptivas, hasta que el médico persa Rasés hace la primera descripción clínica denominándola la dama negra.

Podría manifestarse de forma aislada o adquirir las más vastas y desastrosas características de una pandemia. Una variedad muy peligrosa de virus, la «variole maior» provoca una letalidad del 20 al 40 por ciento entre los afectados. La forma leve del virus «la variola minor» sólo provoca una mortalidad del 1 por ciento entre los enfermos. En Huelva, del año 1841 al 1848, hubo especialmente dos años en los que la viruela ocasionó una gran mortalidad: 1843 y 1873, con una tasa proporcional de mortalidad, respectivamente, del 25 por ciento y 16,32 por ciento, en su gran mayoría niños por tratarse de una zona endémica y de una enfermedad que deja inmunidad permanente. Fue Edward Jenner en

(25) Archivo Municipal de Huelva, carpeta de Sanidad e Higiene, Huelva 1872.

(26) PEREZ MOREDA, V.: Ob. cit.

1798, al comprobar que los granjeros que manipulaban vacas enfermas quedaban inmunes cuando se le ocurrió la idea de la inoculación con pus de estas vacas, pues hasta entonces la inoculación se realizaba de personas a personas, resultando muy peligrosas.

Esta vacuna fue un importante y quizás la principal razón de la erradicación de la viruela y, el único caso en que las medidas específicas preventivas dieran claro y eficaz resultado.

De otra parte con este gran adelanto comenzaba la era de la medicina preventiva, de tanta importancia y trascendencia en la medicina de nuestros días.

El sarampión fue otra de las enfermedades de la infancia, que en ocasiones llegó a causar una gran mortalidad. Así en 1842, la tasa proporcional de mortalidad era de un 27,27 por ciento y en 1848 del 21,42 por ciento; contribuyendo en gran medida con esta tasa a la crisis de mortalidad de este último año. Por el contrario las tasas proporcionales de mortalidad de difteria, a excepción de 1865 con un 6,60 por ciento, no superaría nunca el 5 por ciento. Sin embargo la Enteritis Catarral —abarcaba la mayor parte de los procesos diarreicos, a excepción de las disenterias y del cólera en los años de epidemia, que no se registraba en los libros de defunciones—, llegó a alcanzar tasas proporcionales de mortalidad del 17,04 por ciento, del 23,07 por ciento e incluso del 25 por ciento.

CONCLUSIONES

El período elegido constituye en todos los sentidos una fase de transición hacia el mundo contemporáneo de nuestros días.

En la evolución de las tasas de mortalidad —uno de los principales indicadores del nivel de salud— hemos distinguido dos etapas separadas por los últimos años de la década de los sesenta: una antes, donde la mortalidad presenta grandes altibajos, equiparable con el comportamiento que tuvo en el ciclo demográfico antiguo y, otra después, donde los altibajos son numerosos y la evolución de las tasas de mortalidad está más próximas a lo que debió ocurrir en el resto del país, donde el enfoque más liberal de la política económica apuntaba hacia la Revolución Industrial.

Las causas que explican las altas tasas de mortalidad registradas —excluidas medidas médicas de prevención y tratamiento y los posibles cambios en el equilibrio entre el organismo infeccioso y el huésped— radican en el bajo nivel de vida y en el estado del medio ambiente, evidenciándonos la estrechísima relación entre nivel de salud, nivel de vida y desarrollo socio-económico.

Esta relación aparece reflejada cuantitativamente en la alta mortalidad infantil que, a partir de 1860, registra cifras generalmente superiores al 20 % del total de fallecidos, llegando al 35,4 por ciento en 1864, e incluso al 47,3 por ciento en 1866. Si le añadimos a esto la mortalidad juvenil casi el total de las defunciones correspondían a niños menores de 6 años a lo largo del período.

Los efectos demográficos de los años de crisis de mortalidad: 1843, 1848, 1859, 1870, 1874, y de las epidemias de fiebre amarilla y de cólera morbo asiático

de 1833 y 1854, fueron escasamente ostensibles en la tendencia poblacional de los años siguientes. Mientras que, por el contrario, la mortalidad ordinaria —a la que contribuyó en gran medida la ocasionada por las enfermedades infecciosas endémicas principalmente tisis, tabes mesentérica, fiebre tifoidea, viruela...— fue uno de los principales determinantes de la población en el siglo pasado en Huelva.

El hecho de que tanto en la mortalidad ordinaria como en crisis sean las enfermedades infecciosas y las digestivas —sobre todo diarreas, disenterias y cólera— las causas de muerte de más peso, nos muestra las precarias condiciones socio-económicas de la Huelva de aquellos tiempos, pues si hubieran predominado las afecciones cardiovasculares y los tumores, estaríamos en presencia de un área de alto nivel de desarrollo como ocurre en la actualidad en numerosos países.