

## **LOS PATRONES ESTACIONALES DEL INGRESO HOSPITALARIO: EL REAL HOSPITAL DE MINEROS DE ALMADÉN Y EL HOSPITAL DE SAN SEBASTIÁN DE ÉCIJA, 1792-1942**

*Alfredo MENÉNDEZ NAVARRO  
José VALENZUELA CANDELARIO  
Departamento de Historia de la Ciencia,  
Universidad de Granada*

### **1. Introducción**

Los cambios estacionales han ejercido un influjo poderoso sobre un amplio campo de actividades y sucesos en las sociedades preindustriales. Al igual que la producción agrícola y los precios de las subsistencias,<sup>1</sup> o los hábitos de nupcialidad, la actividad reproductora y el propio acontecimiento de la muerte (Sánchez-Albornoz, 1975), por citar los más estudiados, los procesos asistenciales no escaparon a los efectos ligados a la acción climática.

El presente trabajo aborda el estudio de la estacionalidad de los ingresos producidos en dos instituciones asistenciales de carácter cerrado, el *Real Hospital de Mineros de Almadén* (Ciudad Real) y el *Hospital de S. Sebastián de Écija* (Sevilla), plenamente enraizadas en ese contexto socioeconómico. Nuestras series temporales cubren marcos cronológicos distintos, aunque sincrónicos en buena medida: la primera, el intervalo 1792-1898; la segunda, el periodo extendido entre

---

<sup>1</sup> Por la metodología estadística aplicada es destacable el ya clásico, Peña Sánchez de Ribera y Sánchez-Albornoz, 1983.

marzo de 1837 y diciembre de 1942. Hemos investigado dicho fenómeno tomando en consideración, cuando ha sido posible, el tipo de afecciones que motivaron los ingresos. Esta misma circunstancia ha condicionado el estudio de la evolución intermensual de los registros relativos a la prevalencia de la enfermedad extramuros del nosocomio ecijano.

Pese a la notoria relevancia de los cambios estacionales en la conformación de la actividad hospitalaria, la nómina de trabajos dedicados a su estudio no es muy amplia. Los acercamientos provienen tanto de la demografía histórica (Pérez Moreda, 1980; Marcos Martín, 1978), como del estudio histórico de las instituciones asistenciales.<sup>2</sup> La dificultad para reconstruir series mensuales de hospitalizados y el escaso grado de elaboración de las existentes reduce sustancialmente el plantel de trabajos con los que poder comparar nuestros resultados.<sup>3</sup>

Antes de entrar en materia, presentamos una sumaria descripción de las dos ciudades y de ambos centros asistenciales.

## **2. Las ciudades**

Almadén y Écija, dos localidades meridionales de tamaño intermedio, ofrecen durante el siglo XIX dos horizontes económicos contrapuestos. La actividad laboral en la ciudad manchega gira en torno a la producción minera; la dependencia de las labores agrícolas es en la andaluza casi absoluta.<sup>4</sup> En el terreno demográfico, Almadén arroja

---

2 Los más recientes de este tipo realizados en nuestro país son, no obstante, muy pocos en la cuantificación de la actividad asistencial. Algunos de los más relevantes incluyen cálculos, aunque generalmente circunscritos al análisis de las cifras anuales. Véanse: Carasa Soto, 1985; García Guerra, 1983; Fernández Doctor, 1987; Ramos Martínez, 1989; Estrada Carrillo, 1988; López Alonso, 1988; Rico Gil, 1990; Marset Campos, Ramos García, 1975: vol. 3, 163-177. Uno de nosotros ha analizado la estacionalidad de las muertes causadas en un centro asistencial, Valenzuela Candelario (en prensa).

3 El procedimiento estadístico utilizado ha consistido en el cálculo de las frecuencias porcentuales correspondientes a los 12 intervalos mensuales en que hemos agrupado los registros en cada una de las series y en el cálculo de los porcentajes de desviación de dichos intervalos respecto de los promedios mensuales respectivos. Previamente se han descrito las distintas series a partir del cálculo de las medidas básicas de posición y de dispersión y la presentación de los histogramas de frecuencias en los casos más representativos.

4 Para todo lo relativo a la descripción de las ciudades de Almadén y Écija y de sus correspondientes hospitales, véanse, Menéndez Navarro, 1992a; y Valenzuela Candelario, 1993, respectivamente.

saldos positivos desde los años 30 de la pasada centuria; en Écija, por el contrario, el crecimiento vegetativo fue durante ese siglo lento y comprometido: sólo a partir de 1920 se alcanzan cifras similares a las que a finales del siglo XVIII mostraba el Censo de Floridablanca. Tan dispares dinámicas socioeconómicas hubieron de tener —*hipotéticamente*— un reflejo singular en el ajuste de la actividad asistencial de las dos instituciones hospitalarias que constituyen el objeto de nuestro estudio.

En el caso de Almadén, podemos considerar al menos tres elementos que operaban con carácter estacional en la regulación de la actividad laboral de su población. Se trata, en primer lugar, del acusado ritmo estacional que presidía la actividad productiva de las Minas. La llegada de los meses estivales marcaba la total suspensión de la actividad metalúrgica y la ralentización de las tareas desarrolladas en el espacio interior de las Minas, cuya intensidad no se recuperaba hasta el inicio del otoño. En segundo lugar, los trabajadores denominados «de continuo» —aquellos naturales de Almadén y su entorno, o asentados permanentemente en la villa, y que concurrían de forma continuada a las labores de mina— encontraban en el verano un momento propicio para intentar recuperar su maltrecha salud, aprovechando el periodo en el que la climatología se encargaba de disuadir de la continuación de las labores. La elevada incidencia de fiebres tercianas entre la población durante los meses estivo-otoñales se encargaba de reducir aún más la oferta de fuerza de trabajo disponible. Por último, el resto del contingente laboral de las Minas, nutrido de los llamados «temporeros» —en su mayoría jornaleros agrícolas procedentes de comarcas cercanas que se ocupaban de forma intermitente en las labores mineras— abandonaban Almadén al inicio del verano para emplearse en las tareas de recolección (Dobado González, 1989: 337-338).

En Écija, fueron frecuentes las referencias al impacto causado por los cambios estacionales sobre distintos aspectos de la existencia de las capas populares de la localidad. Presentamos seguidamente tres testimonios representativos del conjunto.

En marzo de 1850, la Junta Municipal de Beneficencia solicitó de la municipalidad la formalización de un presupuesto adicional para el Hospital de S. Sebastián alegando la siguiente justificación: aunque en la fecha —se decía— pernoctan en el hospital más de 50 sujetos, en lo sucesivo se incrementará esa cifra debido «no sólo a la estación próxima en que por lo regular hay más enfermedades», sino también como

consecuencia de «la miseria que se experimenta por la falta de cosecha de aceite que ha habido en el año último, lo cual ha producido y sin duda debe producir la mayor parte de las [estancias] que hoy existen y se presentan».<sup>5</sup> En 1865, la alcaldía, por decreto de 11 de agosto, justificó la necesidad de proceder a organizar las juntas parroquiales de beneficencia y sanidad en consideración a los inmensos «beneficios» que las mismas producirían, «principalmente en ciertas épocas en que se desarrollan enfermedades estacionales a cuya curación y socorro de los pobres invadidos no puede atenderse por diferentes causas con la hospitalidad general establecida».<sup>6</sup> Por su parte, *El Periódico de Ecija* denunció, en 1880, las insuficiencias de los servicios sanitarios municipales (deficiente abastecimiento de agua, ausencia de asistencia médico-farmacéutico gratuita para los enfermos pobres y defectuoso estado del cementerio) para afrontar con garantías la incidencia de enfermedades estacionales: «y llegará el verano, y con él una epidemia de viruelas u otra cualquiera enfermedad como la que sufrimos todos los años».<sup>7</sup>

Tanto el año climático y agrícola como la diversa exposición estacional a la enfermedad modulan, como se ve, la conformación de la demanda asistencial de la población ecijana. Algo similar cabe decir respecto de la producida en Almadén, donde el influjo del ciclo productivo de su Establecimiento minero, los efectos de la intoxicación mercurial y la incidencia de la enfermedad palúdica presentan un marcado componente estacional. Queda por demostrar si nuestros hospitales adecuaron sus prestaciones a los efectos de dichas contingencias y, en caso afirmativo, evaluar en qué medida lo hicieron y con qué grado de especialización; o sea, pretendemos sopesar sus respectivos ajustes a las necesidades de las comunidades en que desarrollaron sus actividades.

### 3. El Real Hospital

El Real Hospital de Mineros de Almadén, fundado en 1752, constituye un caso particular en el panorama nosocomial del siglo XVIII

---

5 AME, Varios de hospital y beneficencia, leg. 703.

6 AME, Expediente instruido para el establecimiento de la Juntas Parroquiales de Beneficencia y Sanidad de esta ciudad y adopción de medidas de salubridad pública, Varios de hospital y beneficencia, leg. 702.

7 QUERER es poder (1880).

español. Vinculado a un centro productivo propiedad de la Corona, el Establecimiento minero de Almadén, estuvo destinado de forma primordial a la asistencia de los trabajadores empleados en la Minas y sus familiares. El mercurio almadenense constituyó, como es bien conocido, una de las piezas claves de la Hacienda española en el periodo colonial (Lang, 1977: 63-136; Bakewell, 1976: 209-249; Dobado González, 1989: 68-188). La obtención del mercurio incorporaba importantes riesgos a la salud, causando a medio plazo la inhabilitación temporal de los mineros. La consecuente carestía de mano de obra se convirtió en uno de los factores limitantes de la producción de azogue, y las medidas de corte asistencial en unas de las primeras ensayadas por los responsables de la explotación para afrontar dicho problema (Menéndez Navarro, 1994: 52-54).

El hospital contó desde su fundación con fuentes de financiación propias, principalmente rentas procedentes de bienes inmuebles y de diversos arbitrios. Dichos ingresos, junto a una contribución variable de las propias Minas, posibilitaron su construcción, que se dilató a lo largo de 20 años, y funcionamiento. Durante el periodo abordado, el hospital contó con unas 40 camas repartidas en salas de hombres y mujeres. En sus crujías recibían asistencia gratuita los operarios de la explotación y sus familiares, gracia que se extendía discrecionalmente al resto de la población de Almadén y localidades del entorno. Así mismo, sus salas acogieron en periodos concretos a militares procedentes de la tropa establecida permanentemente en la localidad, servicio por el que el hospital era retribuido.<sup>8</sup>

A grandes rasgos la actividad del Real Hospital de Mineros en el trascurso del último cuarto del siglo XVIII y la totalidad del XIX muestra dos etapas netamente diferenciadas. Entre 1774, fecha de su puesta en marcha, y 1808, año que marca el inicio de la Guerra de la Independencia, el Hospital de Mineros mantuvo sus mayores niveles de actividad. Por el contrario, a partir de 1810 la tendencia se invierte y asistimos a una progresiva constricción de las funciones del nosocomio.

---

<sup>8</sup> La fundación y evolución del hospital han sido analizados en otros trabajos, véanse Menéndez Navarro, 1990: 93-128; 1992a: 297-455; y 1992b: 223-241.

Dos son, básicamente, los elementos que permiten explicar la evolución a largo plazo de la actividad asistencial del Hospital de Mineros: la disponibilidad de recursos económicos y el papel otorgado al nosocomio en la estrategia reproductiva de las Minas. El primero de ellos está íntimamente influenciado por la evolución de las fuentes de financiación del hospital así como por la propia coyuntura económica del Establecimiento. Las Minas dependían directamente de las consignaciones remitidas desde la Real Hacienda, de modo que su nivel de actividad estaba condicionado, en buena medida, por la cuantía y regularidad con que éstas se percibiesen. En la medida en que el hospital fue perdiendo su parcial autonomía financiera y creció su dependencia de los presupuestos del Establecimiento, comenzó a sufrir al igual que éste la limitación de recursos derivados de las dificultades endémicas de la Hacienda Pública, una situación que se hizo especialmente gravosa entre los años diez y cincuenta del siglo XIX.

Tanto el hospital como el resto de mecanismos asistenciales instaurados en Almadén desde mediados del siglo XVIII respondían, como hemos mencionado, a la necesidad de disponer de un contingente laboral suficiente para lograr ciertas cotas de producción. Este esquema explicaría no sólo las motivaciones de las Minas, sino también la existencia de una elevada demanda asistencial derivada del uso intensivo de la fuerza de trabajo en Almadén. Necesidades reproductivas y alta demanda tuvieron una vigencia absoluta durante la fase que podemos denominar de auge del funcionamiento del Hospital de Mineros, aquella comprendida entre los años 1779 y 1809.

A partir de la década de los cuarenta del ochocientos, el Establecimiento de Almadén vivió un conjunto de transformaciones que afectaron tanto al mercado laboral como al destino final de su producción. El crecimiento demográfico experimentado en Almadén y el incremento de la productividad, junto a la irrupción en el mercado de mercurio procedente de las minas californianas en condiciones competitivas, forzó un cambio progresivo en la organización laboral y en la percepción que los dirigentes de las Minas tenían del sistema asistencial. La pérdida de uno de sus principales móviles —por primera vez en la historia de Almadén existía un problema de *plétora de brazos* que hacía innecesaria la tarea reproductiva— instó al desmantelamiento del dispositivo asistencial, del que no se libró el Hospital de Mineros. La aparición de un excedente de mano de obra obligó a la

instauración de medidas de reparto de trabajo que se tradujeron en una disminución de los niveles de exposición al ambiente tóxico.

Un tercer elemento a considerar es la instauración, en torno a 1863, de un tratamiento específico y supuestamente resolutorio de la intoxicación mercurial. El nuevo procedimiento terapéutico, basado en la administración de corrientes inducidas, era dispensado de forma ambulatoria en las propias dependencias del hospital. Con ello, se redujo sensiblemente el número de ingresos hospitalarios motivados por la patología profesional. La menor exposición a los riesgos tóxicos y la resolución de los casos menos graves de hidrargirismo sin necesidad de acceder a las salas del nosocomio, acabaron por convertir al Real Hospital de Mineros en un asilo para enfermos crónicos (Menéndez Navarro, 1992a: 424-455).

#### **4. El Hospital de San Sebastián**

El Hospital de S. Sebastián de Écija, erigido en los momentos fundacionales de la edad moderna,<sup>9</sup> constituye un exponente representativo del reducido grupo de instituciones asistenciales que lograron traspasar el umbral y el acoso de la contemporaneidad (Carasa Soto, 1985; Valenzuela Candelario y Rodríguez Ocaña, 1993). El primero de marzo de 1837 culminó en Écija un proceso de concentración hospitalaria en el que se vieron involucrados junto a él, que cedió el nombre —*Hospital reunido de S. Sebastián*—, otros cinco hospitales, *Purísima Concepción*, *Sta Florentina*, de *Venerables*, de *Beatas* y de *Unciones*. A cargo de la administración del nuevo centro se dispuso una Junta de Clavería, monopolizada por representantes de los patronatos de las fundaciones agregadas. En agosto de 1846, bajo los auspicios del Jefe Político de la provincia, la junta municipal de beneficencia adoptó el acuerdo de municipalización de las obras de caridad locales. La transferencia de la administración del hospital reunido a la junta de beneficencia tuvo lugar el primero de noviembre de ese mismo año; en 1848, fue clasificado establecimiento municipal por el gobierno político de la provincia.

---

<sup>9</sup> La única noticia que tenemos sobre este particular informa sobre la reducción de diecisiete hospitales en el de ese nombre acaedica durante el reinado de Felipe II. López, Tomás [1989], p. 79.

El hospital reunido de S. Sebastián constituyó durante la segunda mitad de la centuria el principal instrumento asistencial de que se valieron las autoridades locales en su intento de solventar el conflictivo problema de la pobreza. En sus salas se prestaba asistencia a los indigentes enfermos, naturales de la localidad o transeúntes, que acreditaran esa condición, aunque en distintos momentos se restringió el ingreso de pacientes aquejados de enfermedades crónicas, enfermos mentales y enfermos contagiados en tiempos de epidemia. Por otra parte, también se admitía a pacientes de pago, civiles, que fueron excepción, o militares.

La etapa de gobierno clavero (1837-1846) no precipitó la reforma económica del nosocomio, que permaneció anclado en su dependencia tradicional de la actividad rentista y censalista sobre sus propiedades rústicas y urbanas, incrementadas a raíz de la agregación. Ésta se produjo en las décadas centrales de la centuria a partir de dos fechas claves, 1846, con la transferencia de la titularidad del hospital a la junta municipal de beneficencia, y 1855, con el inicio del proceso de desamortización de los bienes de las corporaciones civiles.

La inyección de dinero público y una mejora sustancial en la gestión de los recursos propios fueron los hechos que caracterizaron la singladura del hospital municipalizado (su renta media anual en los primeros años de la nueva etapa casi triplica la obtenida bajo la administración clavera). La consecuencia inmediata de ese aumento de liquidez contable fue el incremento de la partida del gasto hospitalario destinada a la manutención de enfermos (víveres y utensilios), que alcanzó en los distintos ejercicios económicos (anuales) proporciones cercanas o incluso superiores a la mitad del gasto realizado durante el resto del periodo. En ese contexto se inscribe la aparición de la figura presupuestaria del déficit público, asociada a la contabilidad del hospital desde el momento de su municipalización y garante última de la viabilidad de la propia acción hospitalaria.

Por otro lado, la venta de los bienes raíces del patrimonio benéfico fracturó la base económica de la institución al sustituir su tradicional primera fuente de ingresos por otra derivada de la posesión de títulos de la deuda pública. Si bien el fenómeno desamortizador contribuyó a estabilizar las finanzas del hospital, al asegurar un constante flujo de ingresos, la descapitalización producida limitó la extensión del ser-

vicio hospitalario a causa de la extrema rigidez de la propia fuente recaudatoria. La ausencia alternativa de otra financiación que no gravitara en las contribuciones vecinales (la hacienda municipal se hallaba sometida a igual presión desamortizadora) agravó las consecuencias del fenómeno.

Más adelante, a partir de la década de los noventa, la parálisis económica de la institución encuentra una explicación en otro tipo de circunstancias además de las de orden financiero. Otro modelo de atención benéfica, la hospitalidad domiciliaria, que comenzaba a ser ensayado en esas fechas, constituyó un obligado recambio a las ya por entonces obsoletas prestaciones hospitalarias.

El análisis de la actividad asistencial desarrollada en el hospital ecijano refleja la incidencia de los avatares económicos y administrativos que acabamos de señalar y permite distinguir dos etapas en su historia contemporánea. Los ingresos, las estancias y las muertes registrados alcanzan sus cotas más altas a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. De hecho, durante el último tercio de la centuria se alcanzan promedios superiores a las 50 estancias diarias, esto es, la ocupación plena de la capacidad del hospital (según Madoz, el nosocomio disponía de 48 camas en 1847). Con el cambio de siglo, el desplome de las prestaciones asistenciales parece sostenido y corre al compás de la extensión del servicio médico domiciliario, ampliado en 1924 con la instalación de una Casa de Socorro Municipal.<sup>10</sup> En 1900-03 y 1919-24, se alcanzan promedios de 37 y de 17 estancias diarias, respectivamente, aunque el hospital disponía de 103 camas, en 1909 (APUNTES..., 1909: 516), y de 82, en 1925.<sup>11</sup> El centro, convertido ya en una institución subsidiaria del servicio domiciliario, había experimentado una transformación asilar.

---

10 La evolución descrita coincide en líneas generales con la esbozada por Carasa Soto, 1985: 153, para el conjunto de las instituciones benéficas españolas. Tan sólo discrepa en la datación del inicio del declive que para este autor sólo cobra carta de naturaleza tras el primer tercio de nuestro siglo.

11 AME, Inventario de efectos del Hospital de S. Sebastián, 1925, Escrituras; expediente y cuentas relativas a hospitales, leg. 647-A.

## **5. La estacionalidad de los ingresos hospitalarios en el Real Hospital de Mineros de Almadén**

Los gráficos 1 y 2 ofrecen el perfil de la serie mensual de ingresos entre 1792-1861 y 1877-1898, respectivamente.<sup>12</sup> Atendiendo a la evolución histórica del hospital y del Establecimiento minero, hemos procedido a dividir la serie en tres periodos representativos: 1792-1808, 1833-1856 y 1877-1898. La tabla 1 ofrece los parámetros que resumen la distribución estadística de la serie en los tres periodos apuntados y los gráficos 3, 4 y 5 muestran los respectivos histogramas de frecuencias.

El primer periodo corresponde a los años finales de la etapa que hemos denominado de auge asistencial. La media, la mediana y la moda ofrecen los valores más altos de los tres tramos analizados, situándose por término medio cercanos al doble de los alcanzados en etapas posteriores. Por otro lado, la subserie muestra un elevado índice de dispersión que se explica por la incidencia de diversos fenómenos de carácter epidémico y económico que condicionaron elevaciones sustanciales de las cifras de ingresos en los años 1805 y 1806. A pesar del aumento de ingresos provocado por estos acontecimientos, el coeficiente de variación resulta inferior al del segundo tramo, donde tales elevaciones coexisten con una media de ingresos sensiblemente inferior.

El segundo tramo considerado comprende el periodo durante el que se hicieron efectivas las medidas de restricción del gasto hospitalario y se aplicaron por vez primera limitaciones en el acceso al nosocomio. En consonancia, la media de ingresos resulta sensiblemente inferior a la primera etapa. Los otros dos parámetros que indican la tendencia de los valores de la serie ofrecen cifras más reducidas. Por el contrario, se aprecia un crecimiento en la dispersión de los valores, resultado tanto de la presencia de elevaciones puntuales de las cifras de

---

<sup>12</sup> La serie mensual de ingresos consta de 1.041 registros, el 81,1% de los posibles. Las lagunas de datos corresponden a los siguientes periodos: de julio a diciembre de 1822; de marzo de 1830 a diciembre de 1832; septiembre de 1841; de febrero a diciembre de 1857; de enero de 1862 a junio de 1877; de febrero a junio de 1889. El comportamiento de la serie es claramente distinto de una mera fluctuación al azar ( $t_{exp}=26,35$   $P<0,001$ ). En la representación gráfica hemos suprimido los valores que sobrepasan la cifra de 200, es decir, los comprendidos entre febrero y diciembre de 1809. Los valores suprimidos corresponden a los ingresos efectuados por militares motivados por la Guerra de la Independencia.

ingresos, producidas en este caso por la epidemia de cólera de 1834 y por la habilitación de una sala específica para militares en 1838, como de unos niveles medios de ingresos más bajos.

Las diferencias son más llamativas si atendemos al último de los tramos, en el que la serie muestra un triple cambio: reducción sustancial de la cifra media de admitidos, ausencia de elevaciones bruscas sobre estas cifras y, en consecuencia, una disminución de la dispersión de la muestra. El menor coeficiente de variación refleja no sólo la inexistencia de crisis epidémicas o de otra índole que provocasen mayores cifras de ingresados sino también el debilitamiento de las oscilaciones intermensuales que caracterizan a toda la serie. Los bajos niveles de ingresos, que coexistieron con un nivel de ocupación hospitalaria similar al periodo anterior, y la disminución de la intensidad de las fluctuaciones mensuales abundan en la caracterización del hospital como un centro de corte asilar.

La tabla 2 y el gráfico 6 ofrecen un primer acercamiento al perfil anual de las hospitalizaciones en las tres etapas consideradas. En el primer y segundo periodo las mayores cifras de hospitalizaciones se producen durante los meses de verano y comienzos del otoño, mientras que los meses invernales y primaverales registran niveles de ingresos por debajo de la media. Dentro del máximo estivo-otoñal los índices más elevados corresponden a los meses de agosto y septiembre en ambos casos. Por el contrario, los menores porcentajes se alcanzan en febrero seguido de junio, en el periodo 1792-1808, y de diciembre, en 1833-1856. Resulta evidente, pues, el paralelismo en la distribución intraanual de los ingresos hospitalarios que presentan estas dos etapas. En buena lógica podemos concluir que la constricción de las funciones hospitalarias operadas en los decenios centrales del siglo XIX no afectó sustancialmente al ritmo estacional de los ingresos propio del periodo de auge.

Una conclusión bien distinta parece desprenderse del perfil temporal que arrojan las admisiones hospitalarias del periodo 1877-1898. En primer lugar, las desviaciones de los distintos índices mensuales respecto a la media son sensiblemente inferiores que en las etapas anteriores. La fluctuación existente entre el mayor índice mensual de admitidos, mayo en este caso, y el menor, noviembre, es de 26,5 puntos, mientras que en las dos fases previas tales diferencias alcanzaban más del triple de ese valor, 86,8 y 95,2 puntos, respectivamente. Junto a la existencia de una distribución más homogénea, el perfil estacional de

esta etapa ofrece una cronología distinta de los máximos anuales. Éstos se concentran en los meses primaverales y estivales, mientras el mínimo se alcanza a finales del otoño. Cabe concluir, pues, que lo que hemos caracterizado como transformación asilar del hospital supuso la práctica desaparición del acusado ritmo estacional que mostraron los ingresos hospitalarios en fases anteriores.

A fin de profundizar en la caracterización de estos patrones estacionales y sus modificaciones hemos optado por centrarnos en el análisis de los ingresos protagonizados por el colectivo de mineros, a la postre los principales usuarios del hospital. Un análisis que se circunscribe a aquellos periodos para los que disponemos de los diagnósticos de ingreso, apenas cuatro años del siglo XVIII frente a 20 años y algunos meses del último tercio del XIX.<sup>13</sup> Hemos reunido los diagnósticos en tres grandes grupos: la morbilidad profesional —que englobaría la sintomatología hidrargírica y la siniestralidad laboral—,<sup>14</sup> el paludismo y, por exclusión, la morbilidad ordinaria.

El conjunto de ingresos por hidrargirismo dibuja un claro perfil estacional a lo largo del año (tabla 3; gráfico 7). Durante los años 1782-85/1792 las mayores cifras de hospitalizados por este concepto se concentran en la fase del ciclo productivo de mayor actividad. Entre octubre y finales de junio se producen cerca del 83% de los ingresos por hidrargirismo. El patrón se completa con un brusco descenso en el mes de junio. Un retroceso que refleja tanto la paralización de las tareas mineras y metalúrgicas como el inicio de la retirada masiva de los trabajadores «temporeros».

El periodo 1877-1898 también concentra en los primeros cinco meses del año los mayores niveles de ingresos por hidrargirismo. Sin embargo, el retroceso estival es mucho menos acusado, desplazándose el mínimo anual hacia los meses otoñales. Dos factores parecen res-

---

13 Esto es: diciembre de 1782 a octubre de 1785, y 1792 para el siglo XVIII; julio de 1877 a diciembre de 1887 (excluido el mes de julio de 1881, y los de mayo y junio de 1882) y desde enero de 1888 a diciembre de 1898 (excluido el año 1889), en el siglo XIX. Cuando no se abarcan periodos anuales completos, hemos realizado un ajuste dividiendo el número de casos registrados en un mes determinado por el número de veces que ese mes estaba comprendido en el tramo, con lo que el resultado refleja mejor el ciclo anual.

14 Hemos optado por no incluir en este apartado los procesos pulmonares. Aunque eran deudores en un alto porcentaje de las condiciones ambientales del medio productivo interior, su difícil adscripción ha aconsejado incluirlos en el apartado de morbilidad ordinaria.

ponsables de este cambio. En primer lugar, desde mediados de la centuria, la *plétora de brazos* hizo innecesario el concurso de la mano de obra foránea, por lo que el parón estival no acusaba la retirada de los «temporeros». En segundo lugar, la incorporación de las corrientes inducidas para el tratamiento de la sintomatología hidrargírica modificó el tipo de patología profesional que se derivaba al hospital y la propia cadencia temporal con que se realizaban los ingresos.

Los ingresos de mineros por traumatismos, aunque de menor trascendencia que el hidrargirismo en términos cuantitativos, comparten una distribución intraanual similar, siguiendo las pautas marcadas por la actividad productiva en las Minas (tabla 3).

El segundo ciclo a analizar, el determinado por el paludismo, ofrece una cadencia radicalmente distinta. Al igual que buena parte del territorio peninsular, el entorno de Almadén fue un enclave endémico de malaria desde mediados del siglo XVIII hasta prácticamente el siglo XX.<sup>15</sup> Además, Almadén sufrió algunos de los cambios ecológicos que Pérez Moreda (1982: 297) ha señalado como elementos favorecedores de la extensión de la enfermedad y del incremento de su letalidad: el aumento en la densidad de población y los subsiguientes crecimientos de las áreas roturadas y desforestadas, en nuestro caso vinculados a las necesidades de madera de la explotación.

La distribución intraanual de los ingresos por paludismo ofrece un evidente perfil estacional, con claro predominio de los meses estivo-otoñales sobre el resto del año, perfil que se mantiene inalterado en los dos periodos considerados (tabla 3, gráfico 8). No obstante, durante los años disponibles del siglo XVIII, e influido en parte por la epidemia de tercianas registrada en los años 1783-1784, los ingresos muestran una mayor concentración estivo-otoñal, lo que se traduce en un incremento en el rango de fluctuación de la curva. Así, entre julio y octubre se produce el 81% de los ingresos. Un porcentaje que desciende hasta el 66,3% para el periodo 1877-1898.

Es precisamente esa concentración de elevadas cifras de ingresos en unos pocos meses lo que otorga al perfil estacional de acceso al hos-

---

15 Entre los testimonios coevos que apoyan el carácter endémico alcanzado por el paludismo en la zona destaca la respuesta remitida por la villa de Chillón, en julio de 1793, al geógrafo Tomás López (s.a.: fol. 332 v.). Del mismo tenor fueron, según López-Salazar Pérez (1976: 279), las respuestas recabadas en el resto de poblaciones de la Mancha, donde las tercianas y los tabardillos aparecen en todas ellas como las enfermedades más frecuentes.

pital su marcada impronta estivo-otoñal. Las hospitalizaciones por patología profesional, que se producen a lo largo de casi nueve meses del año, no alcanzan, a pesar de su importancia numérica, el carácter de máximo frente a aquéllas.

Los gráficos 9 y 10 permiten calibrar mejor el papel de los tres grupos diagnósticos (patología profesional, paludismo y ordinaria) en la configuración del perfil secular de los ingresos de mineros y sus cambios a lo largo del periodo considerado.<sup>16</sup>

Conviene, por último, que volvamos nuestra atención al resto de colectivos que accedían al hospital. En el periodo 1782-85 todos los colectivos acusan la impronta estivo-otoñal provocada por las tercianas, si bien son los mineros los que de forma significativa muestran una mayor proporción de ingresos en los meses invernales y primaverales, un efecto directo de la participación en el proceso productivo de las Minas (gráfico 11). La curva que se obtiene una vez descontados los ingresos por morbilidad profesional ofrece un comportamiento compatible con las curvas de mujeres y militares.

Los datos correspondientes al último cuarto del siglo XIX (gráfico 12) no dejan lugar a dudas sobre la profunda transformación operada. Aun cuando los mineros sigue alcanzando mayores proporciones de ingresos en los meses invernales y primaverales que las mujeres y los militares, las diferencias son mínimas. Por otro lado, la elevación estivo-otoñal ha perdido buena parte de su intensidad, anulando prácticamente la cadencia estacional.

La explicación de este cambio es, como hemos venido apuntando, doble. Por un lado, la disminución de los niveles de morbilidad hidrargírica, al menos de los atendidos en el hospital, y el retroceso en el número de ingresados por tercianas restaron intensidad a los dos principales procesos patológicos que habían generado la curva secular de distribución de los ingresos de mineros en etapas previas. Por otro, la reducción generalizada de las cifras de admisiones desde mediados del siglo XIX y la ocupación del hospital por un reducido número de pacientes, principalmente de carácter crónico, y, por lo tanto, mucho menos sensibles a las variaciones interestacionales de la patología, res-

---

16 A diferencia del análisis realizado hasta ahora, no computamos las cifras absolutas de ingresos por cada diagnóstico, sino el porcentaje que dichos casos representan sobre el total mensual de ingresos efectuados por mineros.

taron a la serie la cadencia estacional que caracterizó a las etapas previas. Un fenómeno que se extendió a todos los colectivos con derecho a acceso.

## **6. La estacionalidad de los ingresos en el Hospital de S. Sebastián Ecijano**

La serie mensual de ingresos (1837-1942), que se ofrece en los gráficos 13 a 16, muestra indicios de la creciente variabilidad de sus medidas de posición y de dispersión.<sup>17</sup> Las medidas correspondientes a las dos subseries en que hemos dividido la original (tabla 4), que abarcan los intervalos comprendidos entre 1837 y 1898 y 1899 y 1942, y los respectivos histogramas de frecuencias (gráficos 17 y 18) confirman los cambios anunciados. Todos los índices alcanzan cotas más elevadas en la primera subserie, lo cual viene a definir la etapa de auge asistencial del nosocomio. El alto grado de dispersión que presenta dicha subserie es indicativo del impacto causado en la actividad nosocomial por distintos episodios críticos: la elevada amplitud del rango es efecto de los ingresos causados durante el mes de octubre de 1898 por los soldados repatriados de la guerra de Cuba,<sup>18</sup> pero el elevado valor de los restantes índices también refleja el influjo de la crisis frumentaria de 1868.<sup>19</sup> En Écija, el precio del trigo aumentó entre los meses de enero de 1867 y de 1868 un 67,8 por 100, hasta alcanzar en marzo de este último año su cota máxima de 99 reales la fanega. La respuesta institucional articulada durante esa coyuntura crítica aumentó en términos comparables. En los años económicos 1867-68 y 1868-69 se alcanzaron los valores máximos de estancias producidas y de individuos asistidos de toda la historia del hospital, 23.470 y 620, respectivamente, durante el primero y 26.853 y 679 en el segundo. Las crisis epidémicas, por el contrario, apenas dejaron su impronta en la dinámica hospitalaria. Sólo hemos contabilizado, por ejemplo, 44 en-

---

17 Los resultados del test de hipótesis ensayado mostraron que las fluctuaciones de la serie no eran aleatorias ( $t_{exp}=41,37$   $P<0,0001$ ).

18 Nada menos que el 56,8 por 100 de los ingresos masculinos de ese año correspondieron a soldados del Regimiento de Barcelona, nº 4.

19. Bernal (1971: 337-340) ha advertido su especial gravedad por ser 1868 el tercer año consecutivo de crisis agrícola en Andalucía.

fermos diagnosticados de cólera con ocasión del brote epidémico de 1855.

En la segunda subserie, los valores de los distintos parámetros ilustran sobre la parálisis de la institución, que apenas acusa el impacto de los distintos episodios críticos sobrevenidos durante el periodo. La contracción del gasto ha relegado al hospital a un papel asistencial subalterno.

En correspondencia con la periodización propuesta, los cálculos realizados muestran la existencia de dos patrones estacionales para la admisión hospitalaria. Entre marzo de 1837 y diciembre de 1898, los 24.332 internamientos registrados arrojan la siguiente cadencia intermensual (tabla 5): a partir del mes de febrero, cuando hay menos ingresos, la llegada de enfermos al hospital aumenta progresivamente hasta producirse un primer máximo relativo en el mes de julio; tras una ligera reducción en agosto y septiembre, el nivel de ocupación asistencial alcanza su cota máxima en octubre, para a partir de ese momento bajar irreversiblemente hasta los valores mínimos de febrero. Dicho en términos de desviaciones porcentuales (gráfico 19): el trazado muestra dos trayectorias diferenciadas, una para cada una de las mitades del año (junio, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre están en la media o claramente por encima; los meses restante por debajo). El orden de prelación de los internamientos es pues otoño, verano, primavera e invierno.<sup>20</sup>

La especial incidencia de los ingresos durante el periodo estivo-otoñal, cuando las motivaciones económicas repercuten en menor medida sobre el fenómeno asistencial (Carasa Soto, 1985: 168), debe achacarse fundamentalmente al influjo de factores climático-sanitarios. Contrariamente, en invierno y primavera, las estaciones en que los desequilibrios económicos dependientes del ciclo agrícola de producción —la carestía, la escasez de alimentos y el paro— adquieren especial virulencia, la afluencia de enfermos al establecimiento disminuye de modo considerable. La asistencia dispensada en el hospital de S. Sebastián durante este periodo contaría, pues, con un marcado componente sanitario.

---

20. Hemos hecho coincidir las cuatro estaciones con los cuatro trimestres en que dividimos el año entre enero y diciembre. Tales trimestres se corresponden con la secuencia estacional invierno, primavera, verano y otoño.

Las fluctuaciones estacionales de los internamientos producidos entre 1899 y 1942, un total de 10.819, muestran otra fisonomía (tabla 5, gráfico 19). Las mayores desviaciones porcentuales positivas corresponden a los meses de enero, noviembre, agosto y diciembre, por este orden. El otoño es, pues, la estación de mayores ingresos, seguido por el invierno, aunque el verano se sitúa a muy corta distancia. Se ha producido, no obstante, un mayor equilibrio en la distribución de las frecuencias de los intervalos y son comunes las oscilaciones intermensuales de los valores, al alza o a la baja.

El aumento proporcional de los ingresos registrados en los meses fríos delata un cambio en la tipología de las prestaciones ofrecidas por el hospital. Tales entradas, más dependientes de las derivaciones del ciclo agrícola, reflejarían una mayor incidencia de los factores económicos y, por tanto, de la demanda a ellos debida en la conformación de la actividad del hospital. La estabilización de las fluctuaciones interestacionales denotaría asimismo el tránsito hacia la especialización asilar de la institución.

El análisis de la estacionalidad de los ingresos a la luz de los registros diagnósticos,<sup>21</sup> realizado para los dos intervalos en que hemos dispuesto de esa información (1837-72 y 1881-89), añade un nuevo perfil a la fisonomía de la actividad del nosocomio. Las tablas 6 y 7 y los gráficos 20 a 25 ofrecen los resultados relativos a los seis grupos diagnósticos de mayor relevancia numérica (concentran, respectivamente, el 75,7 y el 71,6 por 100 de los totales registrados en cada uno de los tramos).<sup>22</sup> De entre ellos, sólo dos, los que reúnen las *enfermedades infecciosas* y las *afecciones traumáticas*, presentan el mismo patrón estacional en las dos etapas, donde se destaca el protagonismo de la época estival, seguida del otoño en el primer caso y de la primavera en

---

21 En nuestro análisis hemos aplicado la clasificación realizada por Risse (1986: 119-172), ligeramente modificada.

22 La estructura de la morbilidad intramuros del hospital puede calificarse de tradicional, asociada a la subalimentación y a la pobreza (las enfermedades transmisibles constituyeron el grupo mayoritario de entre las diagnosticadas), aunque la relevancia, siempre creciente, de las afecciones quirúrgicas (accidentados y pacientes de cirugía externa), que podría indicar una precoz instalación del dispositivo hospitalario en la era antiséptica, el incremento de los internamientos de pacientes afectos de trastornos musculoesqueléticos entre 1881 y 1889 y la extensa variedad de los diagnósticos registrados informan sobre una cierta especialización sanitaria de la institución.

el segundo. Por su parte, las *enfermedades respiratorias* motivan el ingreso en el hospital de forma preferente en los meses fríos, en otoño e invierno en la primera etapa y en esta última estación y en primavera en la segunda. Las *infecciones quirúrgicas* también concentran sus efectivos en una época del año, aunque en esta ocasión es el verano la estación predominante, a la que sigue el otoño en el primer periodo y la primavera en el segundo. Respecto a las *enfermedades digestivas*, sólo cabe subrayar el completo antagonismo de los ritmos estacionales correspondientes a cada etapa: si en la primera son el otoño y el verano las estaciones de preferencia para el acceso al centro, en la segunda, dicho privilegio corresponde al invierno y la primavera.

De muy distinto tenor es el patrón estacional de las *enfermedades venéreas*, que refleja la intervención de factores exógenos a los propiamente sanitarios en el régimen de entradas al hospital: entre 1837 y 1872, el orden de prelación mensual se atiene escrupulosamente a las condiciones de admisión por tandas establecidas por el mandato fundacional del antiguo hospital de *Unciones*, uno de los centros que participaron en la agregación: los dos picos de ingresos de octubre y de abril responden inequívocamente a las cláusulas de ese contrato, que sobrevivieron al proceso de centralización hospitalaria<sup>23</sup>. En la segunda época, esta admisión reglada por fundación desaparece de la escena hospitalaria; se acortan los rangos y se difumina la estacionalidad.

Los ritmos estacionales de las enfermedades que motivan con mayor frecuencia el ingreso en el hospital (las recogidas constituyen el 54,6 y el 49,7 por 100 de las registradas entre 1831 y 1872 y entre 1881 y 1889, respectivamente) confirman en líneas generales las anteriores observaciones (tablas 8 y 9). *Fiebres y calenturas, heridas y venéreo y sífilis* refieren en sus respectivos patrones a las agrupaciones diagnósticas a las que representan. *Diarrea*, que incluye en la segunda etapa colitis y enterocolitis, presenta sus cotas máximas en la estación estival. Las afecciones *tísicas y tuberculosas* muestran dos patrones de gran disparidad: la estación calurosa y el otoño concentran el mayor número de enfermos entre 1837 y 1872, con un pico relativo en el mes de enero, y la primavera y el invierno lo hacen entre 1881 y 1889. Tamaña discordancia ejemplifica el riesgo inherente a toda propuesta

---

23 AME, Actas de la Junta Municipal de Beneficencia, lib. 1389.

de clasificación retrospectiva de las enfermedades: 74 de los 132 casos registrados entre 1881 y 1889 lo hicieron bajo la denominación de *tuberculosis*, por tan sólo uno durante el primer tramo. Por el contrario, las afecciones *palúdicas* revelan un patrón estacional característico, marcado en ambas etapas por la concentración de los pacientes en otoño y en verano; para el primero de ellos, el protagonismo de la estación otoñal es absoluto, con ingresos que ascienden a casi al 50 por 100 del total de los casos registrados.

Finalmente, para cuatro entidades diagnósticas sólo presentamos los patrones estacionales correspondientes a uno de los dos intervalos de los que venimos hablando, dado el escaso número de casos registrados en el otro. La primera de ellas, *fiebres tíficas*, concentra sus efectivos entre 1837 y 1872 en primavera y en verano. *Vejez* presenta en esas mismas fechas un patrón estacional claramente invernal: la cota máxima corresponde al mes de enero, al que preceden picos en los meses otoñales. *Hidropesía* no presenta durante esos años un ciclo de perfiles regulares, pues se diagnostica casi con la misma frecuencia en los meses centrales del año y en otoño. Por su parte, la entidad *reúma*, muestra entre 1881 y 1889 una exposición hospitalaria con un marcado componente invernal: casi las dos terceras partes de los enfermos que reciben ese diagnóstico ingresan entre enero y marzo.

Estos resultados abundan, pues, en la caracterización como climático-sanitarios de los internamientos producidos entre 1837 y 1898.

El patrón estacional de la exposición a la enfermedad extramuros del hospital, según se desprende del estudio de los estados elaborados por la Junta de Sanidad ecijana durante los años 1869-1871 y 1877-1879,<sup>24</sup> arroja por contraste nuevos datos sobre las particularidades de la admisión hospitalaria (tabla 10). La definición del invierno como la época en que preferentemente enferman los ecijanos adultos queda fuera de toda duda: casi un 30 por 100 de los padecimientos registrados (prevalencia) se concentran en los tres primeros meses del año. Por otro lado, también se detecta un segundo pico estacional en julio y agosto. En los niños, en cambio, el índice máximo de prevalencia de enfermedades se presenta en el mes de julio, aunque enero, febrero y marzo le siguen en importancia.

---

<sup>24</sup> AME. Estados sanitarios mensuales y semestrales. Varios de hospital y beneficencia, leg. 702.

A falta de una explicación global de la escasa sintonía entre los patrones estacionales hospitalario y de extramuros (nuestra muestra es de una escasa magnitud y abarca unos años en que se hicieron sentir los efectos de la coyuntura crítica del 68) es posible apuntar como hipótesis la escasa adecuación de la oferta hospitalaria a las necesidades de la población ecijana. De hecho, fue precisamente tras la mitigación de los efectos de la crisis de 1868 cuando las autoridades municipales decidieron reducir la extensión de la cobertura prestada por el hospital.<sup>25</sup> Por otra parte, la demanda de atenciones hospitalarias fue a todas luces muy deficiente en esas fechas. En 1881, *El Periódico de Ecija* resumía a la perfección estas situaciones: las clases trabajadoras —se decía— carecen de los «medios para atender los gastos que proporciona toda enfermedad y el hospital general, único establecimiento que existe de beneficencia, no se halla dotado de material necesario para alojar un crecido número de enfermos»; en cualquier caso, «en esta misma clase trabajadora, y efecto sin duda de su escasa ilustración, existe un gran horror hacia el hospital, prefiriendo morir en un rincón de sus casas, en la mayor miseria y sin ninguna clase de auxilios» (HIGIENE Pública, 1881).

## 7. Conclusiones

El análisis de las series temporales de ingresos muestra el carácter estacional de los procesos asistenciales protagonizados por nuestros hospitales. Aunque radican en contextos socioeconómicos distintos, sus respectivos patrones estacionales presentan notables coincidencias. Ni la relevancia singular del centro minero en el caso de la ciudad manchega ni la dependencia casi absoluta del ciclo de producción agraria en la sevillana presiden el ritmo de las entradas en sus respectivos hospitales. En las etapas de auge asistencial de los mismos, que recorre la práctica totalidad del siglo pasado, resultan más determinantes el paludismo y la sífilis, respectivamente. El regimen estacional de

---

25 El considerable número de estancias previstas durante la década de los 60 (desde las 18.615 de 1860 hasta las 26.352 de 1865-66 o las 29.280 de 1866-67 y 1867-68) se vio reducido de forma significativa en los presupuestos de 1870. Para ese año el gasto de sostenimiento de estancias se redujo en 7.774,34 pesetas, cantidad equivalente a 9.125 estancias de menos, AME, Presupuestos municipales, libs. 3088, 3098, 3099, 3100 y 3103.

la asistencia prestada en ambos centros presenta, pues, un marcado componente climático-sanitario.

Nuestros hospitales acusan, sin embargo, una evolución en la que está ausente la linealidad: tanto la cobertura asistencial como la especialización sanitaria que ofrecen durante buena parte del Ochocientos, e incluso desde antes en el caso del hospital manchego, sufren una brusca pérdida de magnitud al cabo del siglo. En paralelo, se producen cambios radicales en las pautas de acceso a los nosocomios, que experimentan, como pone de manifiesto el análisis estacional, una transformación asilar. El desprestigio que cubre a la institución hospitalaria en esas fechas se extiende más allá del horizonte benéfico y afecta por igual a la institución almadenense. El estudio de la estacionalidad de las series temporales se ha revelado como un instrumento de gran precisión en la investigación de las dinámicas asistenciales hospitalarias.

#### FUENTES EMPLEADAS EN LA CONFECCION DE LAS SERIES DE INGRESOS

Real Hospital de Mineros:

Archivo Histórico Nacional (Madrid). Relaciones y estados mensuales de la cuenta del mayordomo del Real Hospital de Mineros; Cuentas de útiles y efectos del Hospital de Mineros. Fondo Minas de Almadén, legs. 1412, 994, 1036, 717, 686, 698, 1067, 1286, 1583, 1413, 1418, 1444, 1387, 784, 1138, 1614, 1066, 670, 1349, 668, 704, 1408, 992, 1567, 974, 1213, 1245, 1526, 106, 1750, 1265, 2304, 2396, 1976, 2043, 2049, 2384, 2241, 2403 y 2123.

Departamento de Historia Económica de la Universidad Complutense (Madrid). Libros de entradas de enfermos al Real Hospital de Mineros, legs. 102 y 116.

Hospital de S. Sebastián:

Archivo Municipal (Écija).

Estados sanitarios mensuales y semestrales, Varios de hospital y beneficencia, leg. 702.

Libro registro de ingresos, altas y defunciones del hospital de S. Sebastián, libs. 1348 a 1369.

#### **Bibliografía**

*Apuntes para el estudio y la organización en España de las Instituciones de Beneficencia y Previsión.* Memoria de la Dirección General de Administración. Ministerio de la Gobernación, 1909, Madrid, Establecimiento Tipográfico Sucesores de Rivadeneyra.

- BAKEWELL, P.J., 1976, *Minería y sociedad en el México colonial. Zacatecas 1546-1700*, México, F.C.E.
- BERNAL, A.M., 1971, «Bourgeoisie rurale et prolétariat agricole en Andalousie pendant la crise de 1868», *Melanges de la Casa de Velázquez*, 7, 327-346.
- CARASA SOTO, P., 1985, *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*, Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid y Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca.
- DOBADO GONZÁLEZ, R., 1989, *El trabajo en las minas de Almadén, 1750-1855*, [Tesis Doctoral], Universidad Complutense de Madrid.
- ESTRADA CARRILLO, V., 1988, *El Hospital de Nuestro Padre Jesús Nazareno de Luque*, Córdoba, Dip. Prov. de Córdoba, Ayto. de Luque y Caja Prov. de Ahorros de Córdoba.
- FERNANDEZ DOCTOR, A., 1987, *El Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza en el siglo XVIII*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.
- GARCIA GUERRA, D., 1983, *El Hospital Real de Santiago (1499-1804)*, La Coruña, Fundación Pedro Barrie de la Maza.
- «HIGIENE Pública», 1881, *El Periódico de Ecija*, 3, (nº 93).
- LANG, M.F., 1977, *El monopolio estatal del mercurio en el México colonial (1550-1710)*, México, F.C.E.
- LOPEZ, Tomás, s.a., *Diccionario Geográfico*. Albacete. Ciudad Real, Ms., Biblioteca Nacional, ms. 7293.
- LOPEZ, Tomás, 1785, *Diccionario Geográfico de Andalucía: Sevilla* [Edición de Cristina Segura Graño, 1989], Sevilla, Ed. Don Quijote, 240 pp.].
- LOPEZ ALONSO, C., 1988, *Locura y sociedad en Sevilla: Historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*, Sevilla, Diputación Provincial.
- LOPEZ-SALAZAR PEREZ, J., 1976, «Evolución demográfica de la Mancha en el siglo XVIII», *Hispania*, 36, 233-299.
- MARSET CAMPOS, P. y RAMOS GARCIA, E., 1975, «Aspectos sociales y económicos de la asistencia sanitaria en el Hospital de la Caridad de Cartagena, para el periodo de 1780-1930». En: *Actas IV Congreso Español de Historia de la Medicina*, Granada, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada, vol. 3, pp. 163-177.
- MENÉNDEZ NAVARRO, A., 1990, «El Real Hospital de Mineros de Almadén: Génesis y florecimiento de un proyecto asistencial, 1752-1809», *Dynamis*, 10, 93-128.
- MENÉNDEZ NAVARRO, A., 1992a, *La salud de los mineros. Riesgos ocupacionales y asistencia sanitaria en las minas de mercurio de Almadén (1750-1900)*, Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

- MENÉNDEZ NAVARRO, A., 1992b, «La Botica del Real Hospital de Mineros en la estrategia asistencial del Establecimiento de Almadén, siglos XVIII y XIX», *Asclepio*, 44 (1), 223-241.
- MENÉNDEZ NAVARRO, A., 1994, «La atención sanitaria a los mineros de Almadén durante los siglos XVIII y XIX», *Quaderni internazionali di Storia della Medicina e della Sanità*, 3 (2), 51-69.
- PEÑA SÁNCHEZ DE RIBERA, D. y SÁNCHEZ-ALBORNOZ, N., 1983, *Dependencia dinámica entre precios agrícolas. El trigo en España, 1857-1890. Un estudio empírico*, Madrid, Banco de España, Servicio de Estudios-Estudios de Historia Económica, 123 pp.
- PÉREZ MOREDA, V., 1980, *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*, Madrid, Siglo XXI Editores.
- PÉREZ MOREDA, V., 1982, «El paludismo en España a finales del siglo XVIII: la epidemia de 1786», *Asclepio*, 34, 295-316.
- RAMOS MARTINEZ, J., 1989, *La Salud Pública y el Hospital General de la Ciudad de Pamplona en el Antiguo Régimen (1700 a 1815)*, Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Educación y Cultura.
- «QUERER es poder», 1880, *El Periódico de Ecija*, 2 (nº 28).
- RICO GIL, J.L., 1990, *La asistencia hospitalaria durante los siglos XVII y XVIII. Hospital de San Marcos de Gandía*, [Tesis doctoral], Universidad de Navarra.
- RISSE, G.B., 1986, *Hospital life in Enlightenment Scotland. Care and teaching at the Royal Infirmary of Edinburgh*, Cambridge, Cambridge University Press.
- VALENZUELA CANDELARIO, J., 1993, «La asistencia médica pública en la España contemporánea. El Hospital de S. Sebastián de Écija, Sevilla (1837-1942)», Universidad de Granada, 925 pp., microfichas.
- VALENZUELA CANDELARIO, J. y RODRÍGUEZ OCAÑA, E., 1993, «Lugar de enfermos, lugar de médicos. La consideración del hospital en la medicina española, siglos XVIII a XX», en: MONTIEL, L., comp., *La Salud en el Estado de Bienestar. Análisis histórico*, Editorial Complutense, Madrid, 107-131.
- VALENZUELA CANDELARIO, J. «Ciclos vitales y asistencia hospitalaria. La estacionalidad de las muertes causadas en el Hospital de S. Sebastián de Écija, Sevilla (1837-1942)», en: *Actas del III Congreso de la Asociación Ibérica de Demografía Histórica. Actitudes sociales y políticas de protección a la vida*. Braga, 22-24 de abril de 1993, (en prensa).

Tabla 1. *Medidas de dispersión y de distribución de la serie mensual de ingresos hospitalarios, R.H.M. 1792-1898*

	1792-1808	1833-1856	1877-1898
media	66,02	45,83	26,94
mediana	60	38	26
moda	42	26	21
desviación típica	30,11	29,23	9,18
valor mínimo	20	10	8
valor máximo	165	169	61
rango	145	159	53
cuartil inferior	43,5	25	20
percentil 50	60	38	26
cuartil superior	83	58	32
rango intercuartílico	39,5	33	12
coef. de variación	45,60	63,78	34,10

Tabla 2. *Distribución intraanual de los ingresos al R.H.M. Comparación entre 1792-1808, 1833-1856 y 1878-1898. (expresado en números índices)*

	1792-1808	1833-1856	1878-1898
enero	84,0	76,3	101,8
febrero	70,6	66,8	93,2
marzo	82,2	76,8	105,6
abril	85,9	89,0	95,9
mayo	79,5	78,5	110,4
junio	71,9	84,8	94,5
julio	120,4	120,8	103,0
agosto	157,4	162,0	110,2
septiembre	139,2	149,1	104,5
octubre	122,6	124,0	106,7
noviembre	100,7	97,2	83,9
diciembre	85,7	74,5	90,3

Base 100: media de los ingresos mensuales en el periodo consignado.

**Tabla 3. Distribución intraanual de los ingresos hospitalarios efectuados por mineros al R.H.M., 1782-85/1877-1898. (expresado en porcentajes mensuales de ingresos)**

	1782-85/1792			1877-1898		
	hidrarg. %	traumat. %	paludismo %	hidrarg. %	traumat. %	paludismo %
enero	10,4	8,2	0,7	10,3	9,9	3,7
febrero	10,3	6,0	1,1	9,4	8,6	4,1
marzo	12,4	11,4	2,0	10,8	9,9	4,2
abril	9,8	7,6	1,4	8,7	9,3	2,3
mayo	10,7	10,3	1,2	8,8	7,8	4,7
junio	6,0	7,3	4,0	8,6	5,4	4,2
julio	5,2	7,9	20,1	8,6	5,7	9,4
agosto	5,3	8,5	27,0	8,3	7,8	19,7
septiembre	6,9	7,5	18,2	6,7	7,5	21,8
octubre	8,0	6,4	15,8	7,4	10,1	15,5
noviembre	7,9	10,0	6,7	4,8	8,2	7,6
diciembre	7,4	9,0	2,1	8,1	10,0	3,1

**Tabla 4. Medidas de posición y de dispersión de la serie mensual de ingresos hospitalarios, H.S.S. 1837/1942**

	1837-1898	1899-1942
media	32,81	20,49
mediana	32	21
moda	30	20
desviación típica	14,14	8,45
valor mínimo	5	0
valor máximo	139	66
rango	134	66
cuartil inferior	24	15,5
cuartil superior	41	26
rango intercuartílico	17	10,5
coeficiente de variación	43,10	41,26

Tabla 5. *Distribución mensual de los ingresos producidos en el Hospital de San Sebastián (1837-1942)*

	1837-98 %	1899-42 %
enero	7,83	9,11
febrero	6,55	7,66
marzo	6,63	8,59
abril	8,00	7,47
mayo	7,98	7,98
junio	8,59	8,11
julio	8,89	8,61
agosto	8,40	8,89
septiembre	8,55	7,74
octubre	10,87	8,22
noviembre	9,60	8,98
diciembre	8,11	8,65
total ingresos	24.332	10.819

Tabla 6. *Distribución mensual de los ingresos hospitalarios computados por grupos diagnósticos (1837-1899)*

	enf. infecciosas		enf. venéreas		enf. respiratorias	
	837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %
enero	6,00	9,56	5,75	7,57	11,63	10,03
febrero	5,15	3,85	4,25	6,90	9,29	11,17
marzo	4,51	4,62	6,34	7,13	7,30	9,46
abril	4,71	6,15	17,06	7,80	7,21	7,45
mayo	6,77	8,13	9,92	10,47	6,94	8,88
junio	10,16	10,77	6,76	9,35	8,66	10,60
julio	11,51	10,55	5,67	8,24	6,31	6,59
agosto	9,85	10,88	6,63	9,80	7,12	6,59
septiembre	10,40	8,90	6,30	8,91	6,40	5,16
octubre	11,37	9,89	18,89	13,36	7,21	6,88
noviembre	11,31	10,77	7,51	5,79	10,73	10,03
diciembre	8,26	5,93	4,92	4,68	11,18	7,16
totales	3.633	910	2.398	449	1.109	349

Tabla 7. Distribución mensual de los ingresos hospitalarios computados por grupos diagnósticos (1837-1889) II

	<i>traumatismos</i>		<i>enf. digestivas</i>		<i>infecciones quirúrgicas</i>	
	1837-72	1881-89	1837-72	1881-89	1837-72	1881-89
	%	%	%	%	%	%
enero	6,66	6,52	6,22	10,18	8,55	9,52
febrero	4,80	6,52	4,95	8,42	7,15	6,55
marzo	7,53	6,91	4,06	9,47	8,40	8,93
abril	7,97	9,04	5,46	6,32	5,91	10,71
mayo	9,28	8,64	6,98	9,82	7,93	8,93
junio	10,3	79,97	7,49	9,82	8,55	9,52
julio	11,4	611,70	9,26	10,88	7,62	8,93
agosto	8,30	9,04	9,52	6,67	10,58	7,74
septiembre	9,72	11,17	12,06	5,61	9,18	8,93
octubre	7,42	5,59	12,82	8,42	9,18	7,14
noviembre	7,97	7,85	10,66	8,77	9,02	8,33
diciembre	8,52	7,05	10,53	5,61	7,93	4,76
totales	916	752	788	285	643	168

Tabla 8. Distribución intraanual de los ingresos hospitalarios computados por diagnósticos (1837-1889) I

	<i>fiebres</i>		<i>venéreo y sífilis</i>		<i>palúdicas</i>		<i>heridas</i>	
	I	II	I	II	I	II	I	II
	%	%	%	%	%	%	%	%
enero	6,25	8,83	5,72	7,61	4,77	12,88	6,70	6,36
febrero	5,58	3,91	4,25	6,94	2,21	3,68	4,24	5,92
marzo	5,11	4,92	6,31	6,71	2,56	3,07	8,04	7,02
abril	5,18	6,22	17,21	7,83	2,21	6,75	6,70	5,92
mayo	7,20	8,68	9,93	10,51	3,07	6,75	7,37	7,89
junio	10,80	11,58	6,82	9,40	5,62	9,82	10,49	11,18
julio	11,90	11,00	5,43	8,28	8,69	9,20	11,16	13,60
agosto	9,74	11,14	6,65	9,84	12,10	9,20	9,38	9,21
septiembre	9,59	9,12	6,35	8,95	13,80	7,36	9,82	11,84
octubre	9,88	9,26	18,89	13,42	20,10	12,27	7,81	5,70
noviembre	10,51	9,70	7,57	5,82	16,18	12,88	7,81	7,46
diciembre	8,27	5,64	4,88	4,70	8,69	6,13	10,49	7,89
totales	2.722	691	2.377	447	587	163	448	456

I1837-1872; II1881-1889

Tabla 9. Distribución mensual de los ingresos hospitalarios computados por diagnósticos (1837-1889) II

	<i>diarrea</i> <sup>1</sup>		<i>tisis/tbc</i>		<i>hidropesía</i>	<i>vejez</i>	<i>tíficas</i>	<i>reúma</i>
	I %	II %	I %	II %	I %	I %	I %	I %
enero	5,77	10,29	8,70	9,09	8,06	13,19	6,08	10,61
febrero	4,62	6,62	7,97	9,85	5,81	9,16	6,84	1,67
marzo	3,93	9,56	6,16	9,09	6,45	9,52	3,42	9,28
abril	5,31	3,68	6,16	9,85	6,13	6,96	6,08	7,69
mayo	6,47	10,29	6,52	8,33	10,00	6,23	8,75	8,22
junio	8,08	8,09	10,14	11,36	8,71	9,52	13,69	7,96
julio	10,39	12,50	9,06	6,82	10,65	5,49	12,93	8,22
agosto	8,55	7,35	13,41	9,09	8,71	6,23	7,22	5,57
septiembre	12,70	7,35	8,70	7,58	4,19	6,96	11,79	7,43
octubre	11,55	8,82	6,16	7,58	12,58	9,16	8,37	10,08
noviembre	11,78	10,29	9,78	8,33	9,68	8,42	8,75	5,31
diciembre	10,85	5,15	7,25	3,03	9,03	9,16	6,08	7,96
totales	433	136	276	132	310	273	263	377

I1837-1872;II1881-1889

<sup>1</sup> incluye enterocolitis

Tabla 10. Exposición estacional a la enfermedad en la ciudad de Écija (1869-1879\*)

	<i>ordinaria</i>	<i>hospitalaria</i>	
	<i>adultos</i>	<i>niños</i>	%
	%	%	
enero	10,57	9,54	8,76
febrero	9,98	8,82	6,28
marzo	9,30	8,67	6,77
abril	7,96	7,05	7,45
mayo	7,03	6,83	9,40
junio	7,82	8,32	10,19
julio	9,06	10,68	8,65
agosto	9,79	8,46	8,05
septiembre	7,11	8,15	8,46
octubre	7,69	8,02	9,44
noviembre	6,99	8,02	8,73
diciembre	6,68	7,43	7,82
totales	13.511	9.434	2.659

\* años 1869-71 y 1877-79

Gráfico 1  
*Serie mensual de ingresos hospitalarios, 1792-1861*

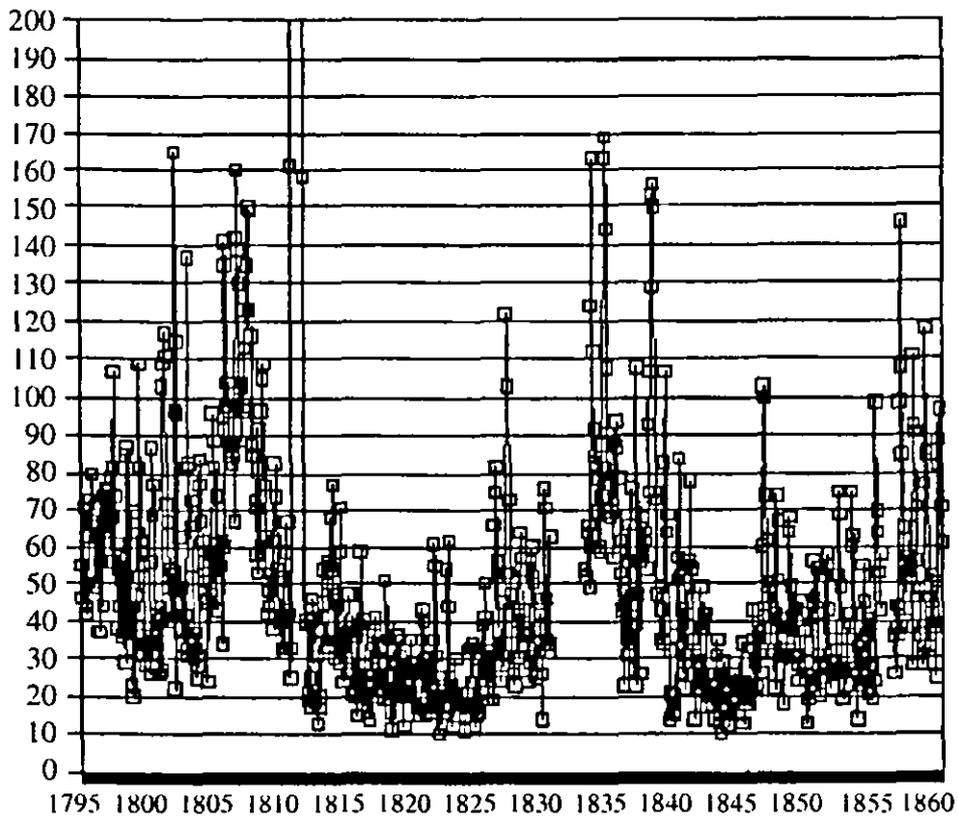


Gráfico 2  
*Serie mensual de ingresos hospitalarios, 1877-98*

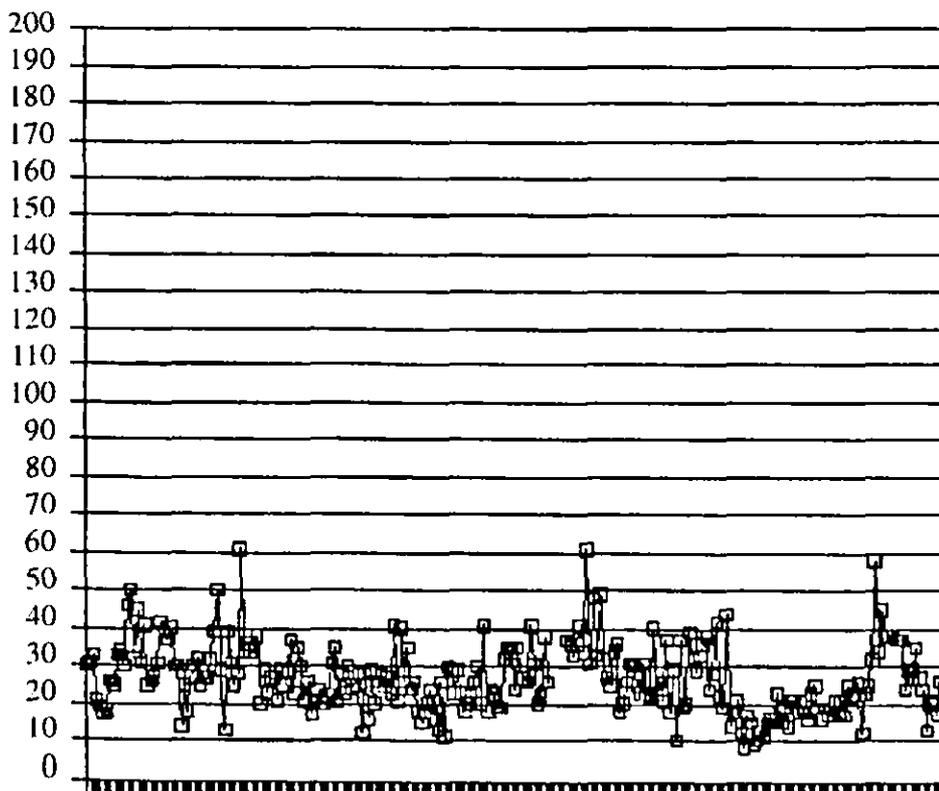


Gráfico 3  
*Serie de ingresos Real Hospital Mineros Histograma de Frecuencias (1792-1808)*

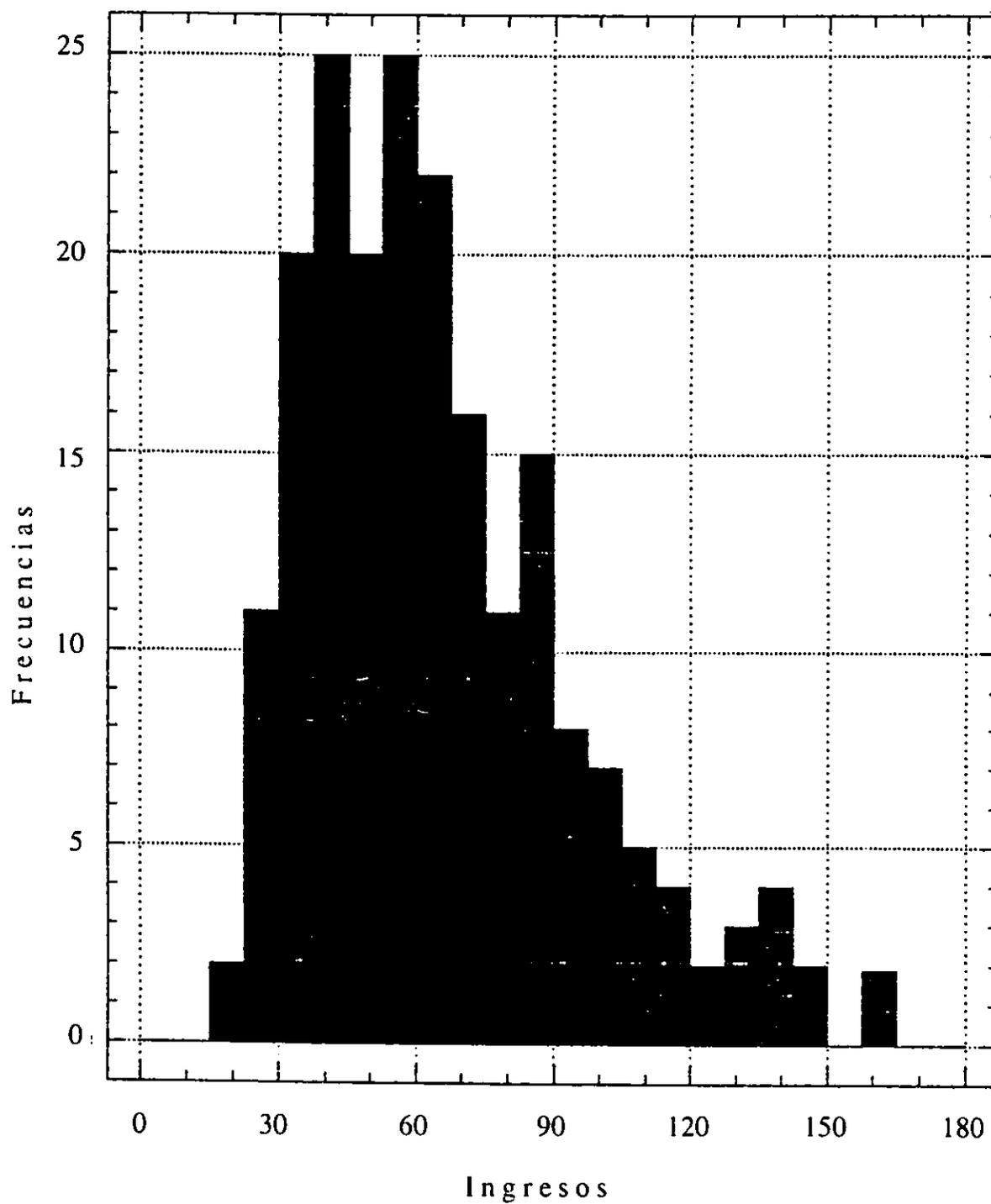


Gráfico 4  
*Serie de ingresos Real Hospital Mineros Histograma de Frecuencias (1833-1856)*

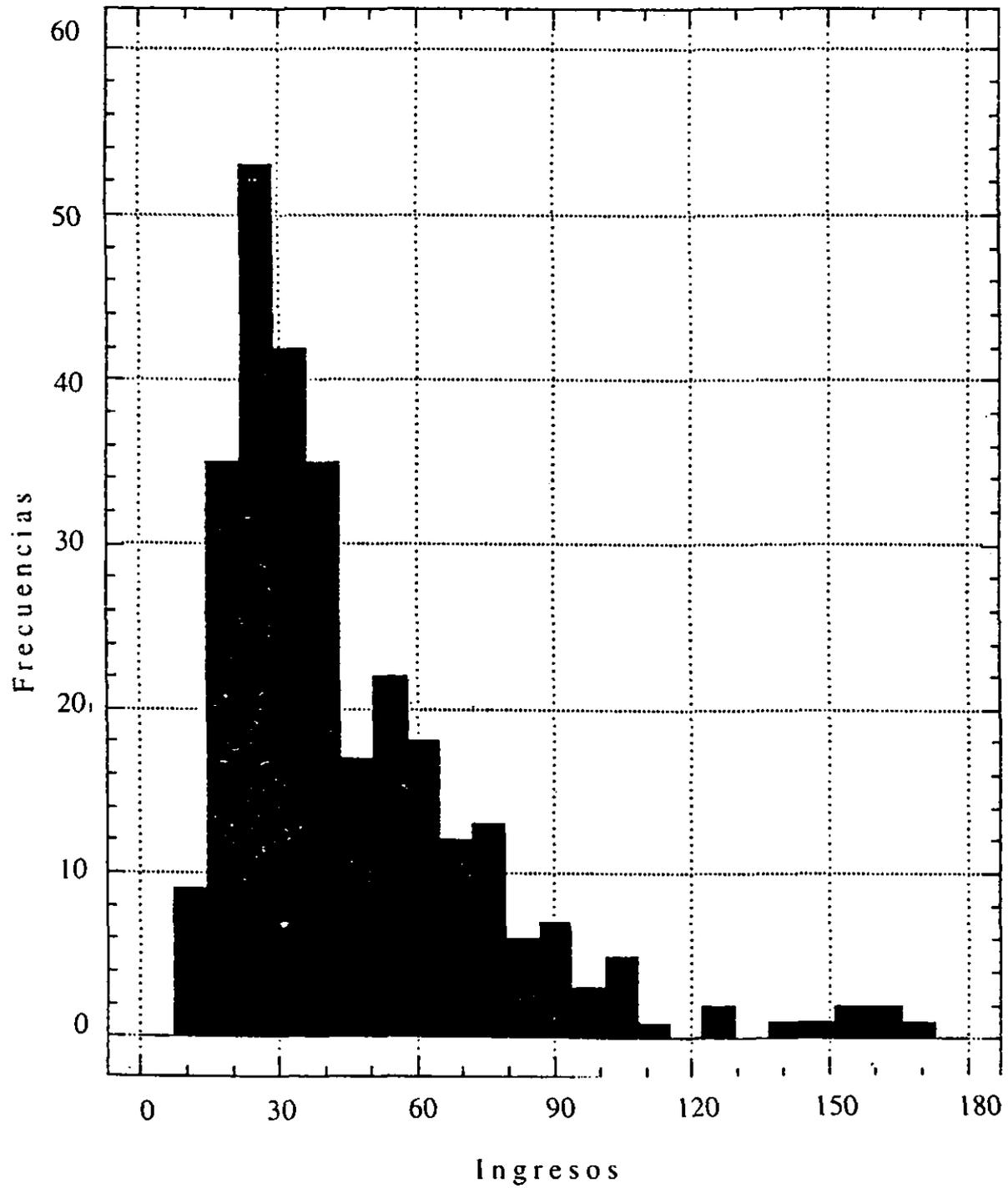


Gráfico 5  
*Serie de ingresos Real Hospital Mineros Histograma de Frecuencias (1877-1898)*

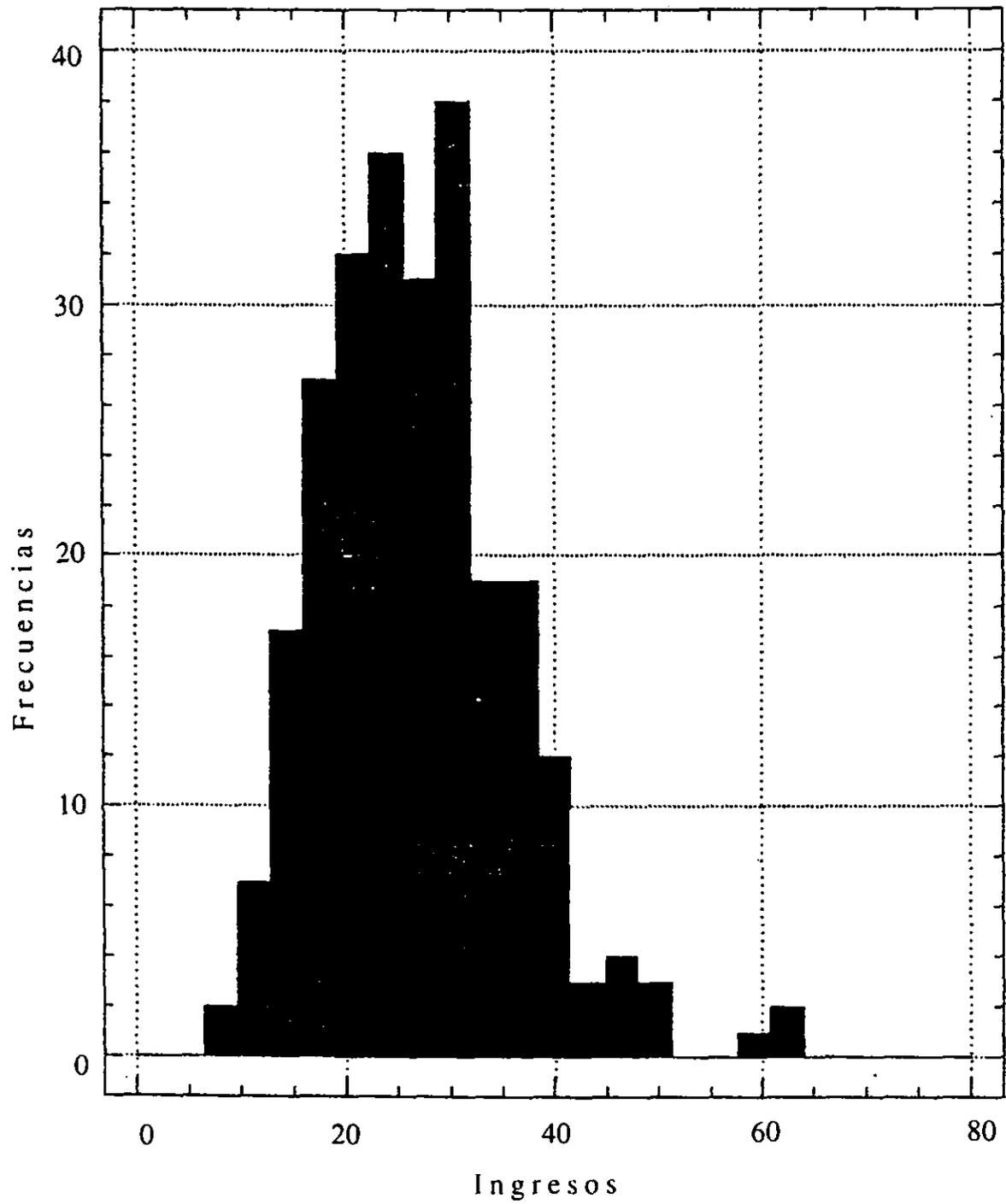


Gráfico 6

Distribución intraanual de los ingresos hospitalarios 1792-08, 1833-56, 1878-98

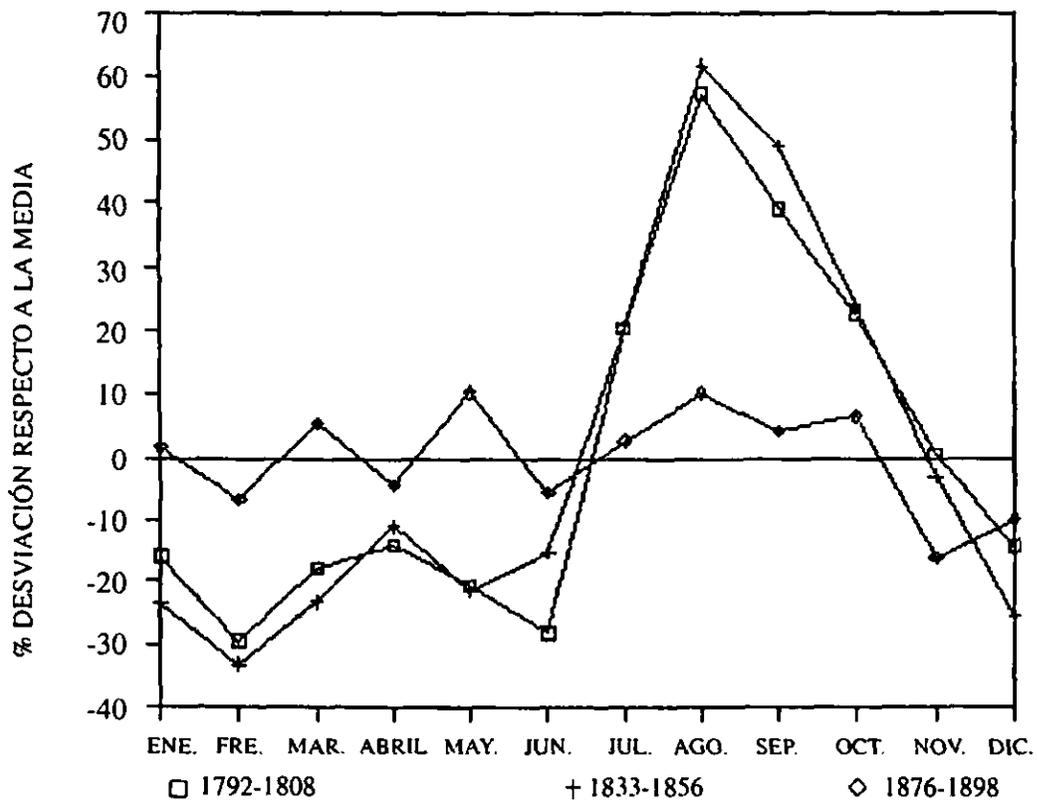


Gráfico 7

Distribución intraanual de los ingresos por hidrargirismo. 1782-85/92, 1887-98

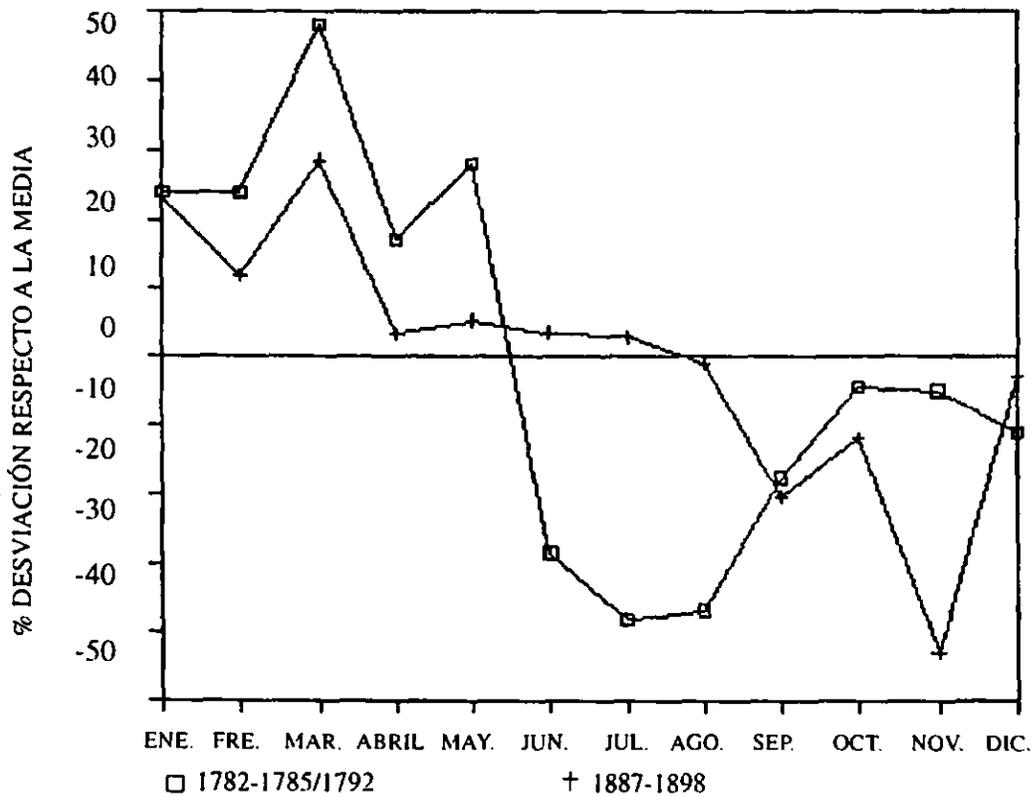


Gráfico 8

Distribución intraanual de los ingresos por paludismo. 1782-85/1792, 1887-98

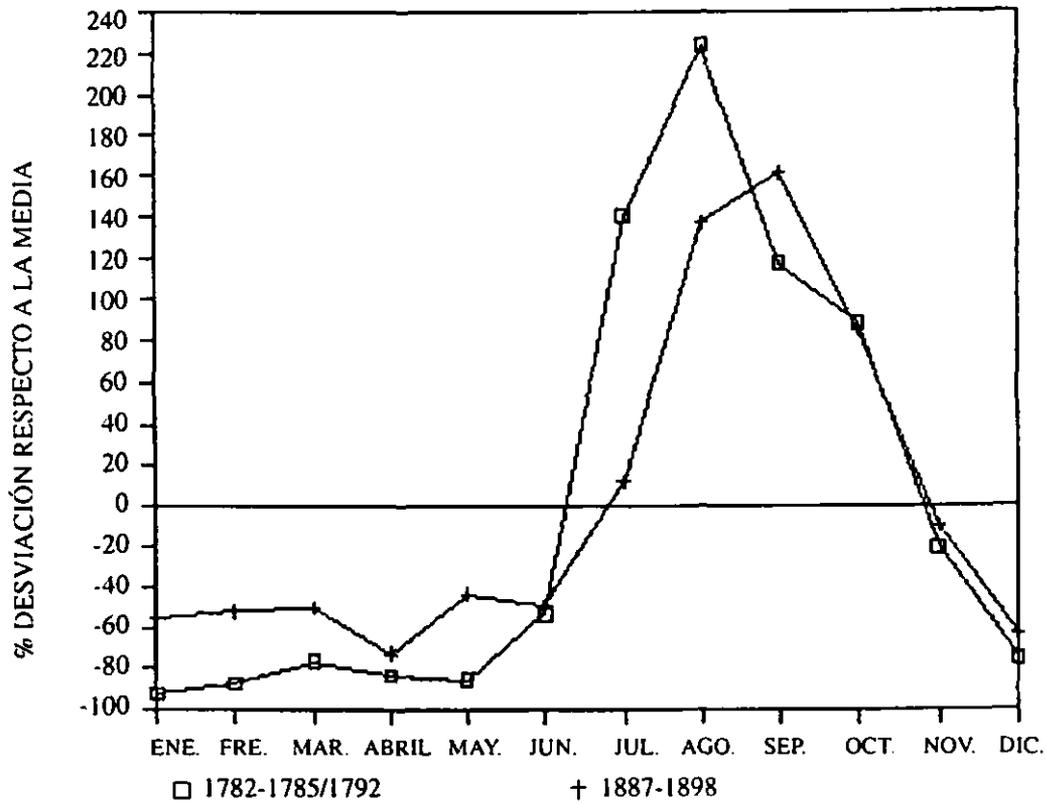


Gráfico 9

Distribución intraanual de los ingresos minero ponderados por diagnósticos. 1782-85

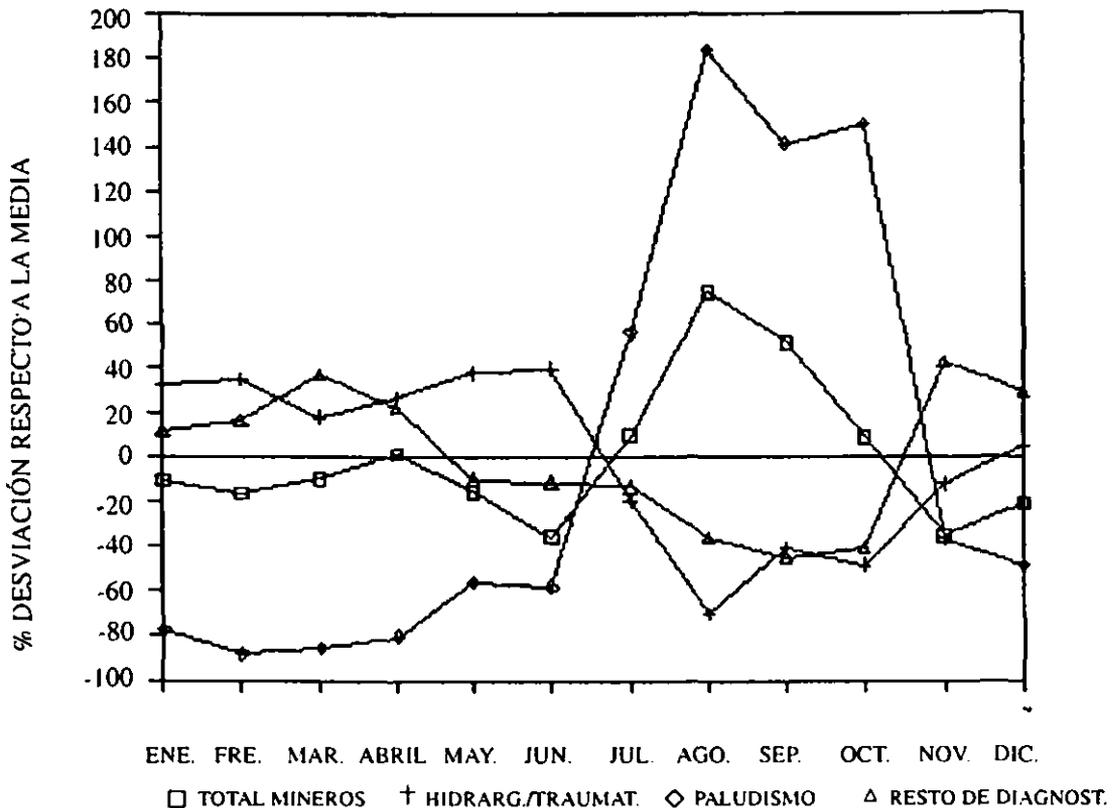


Gráfico 10

Distribución intraanual ingresos minero ponderado por diagnósticos 1877-98

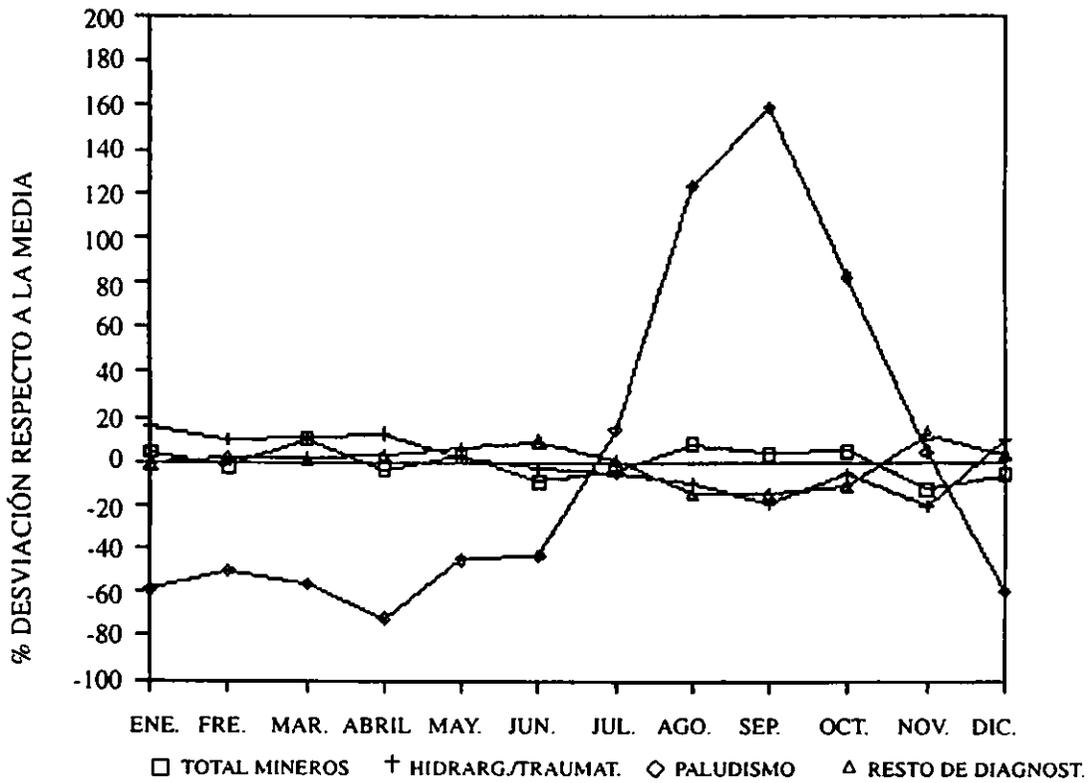


Gráfico 11

Distribución intraanual de los ingresos por colectivos. Dic. 1782-oct. 1785

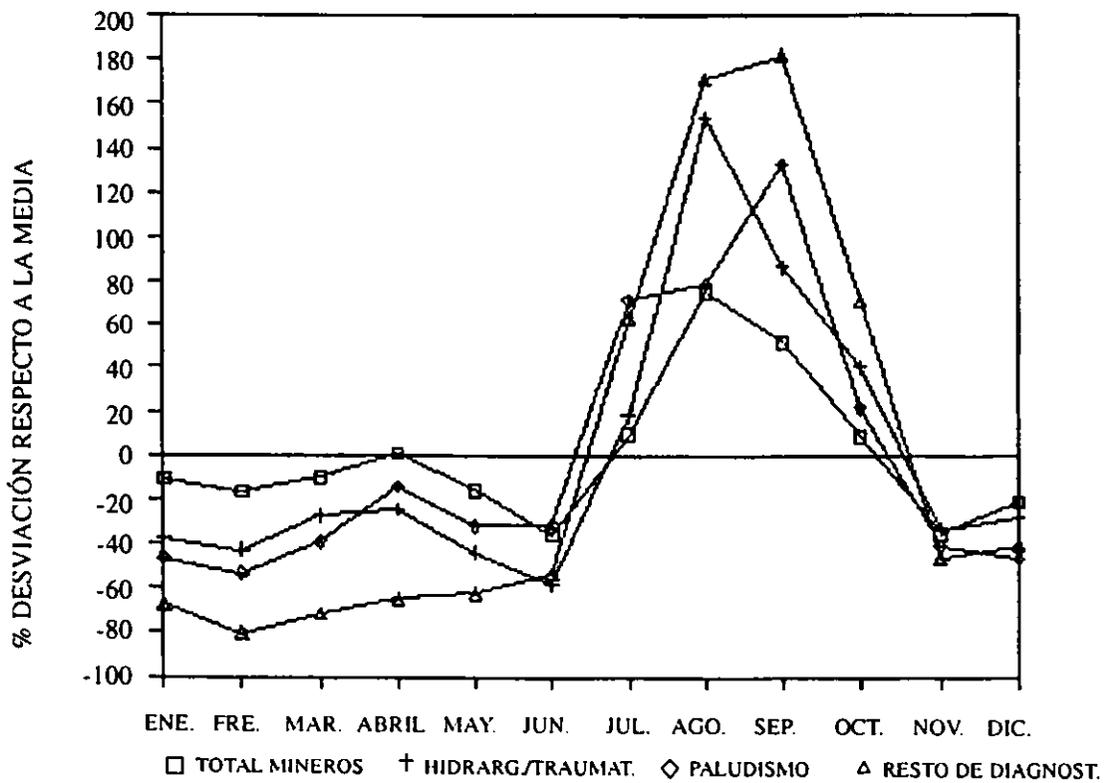


Gráfico 12

Distribución intraanual de los ingresos por colectivos. 1878-80, 1883-84

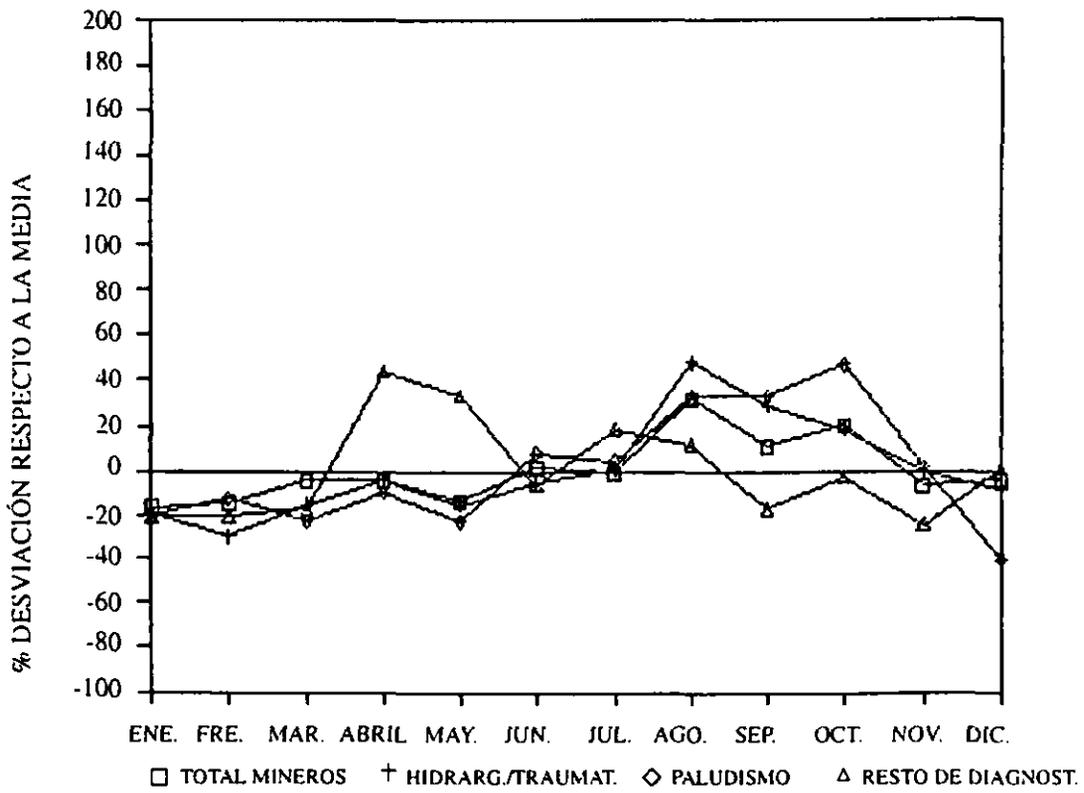


Gráfico 13

Serie mensual de ingresos hospitalarios 1837-1882

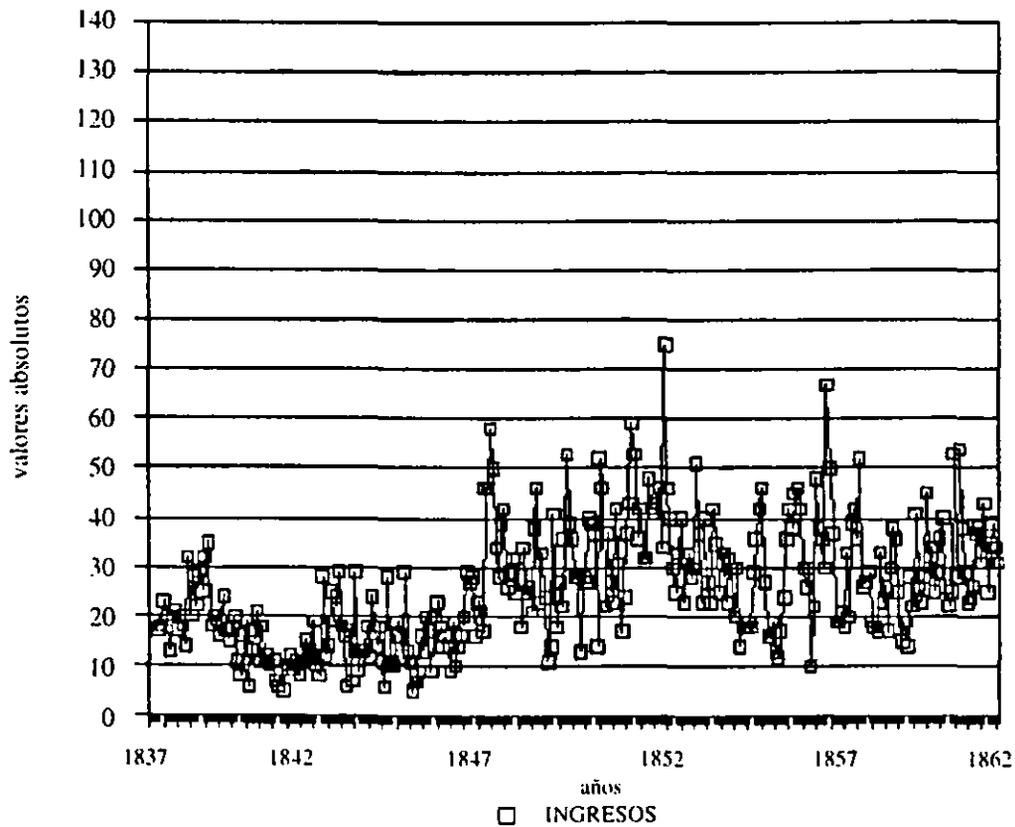


Gráfico 14  
*Serie mensual de ingresos hospitalarios 1883-1889*

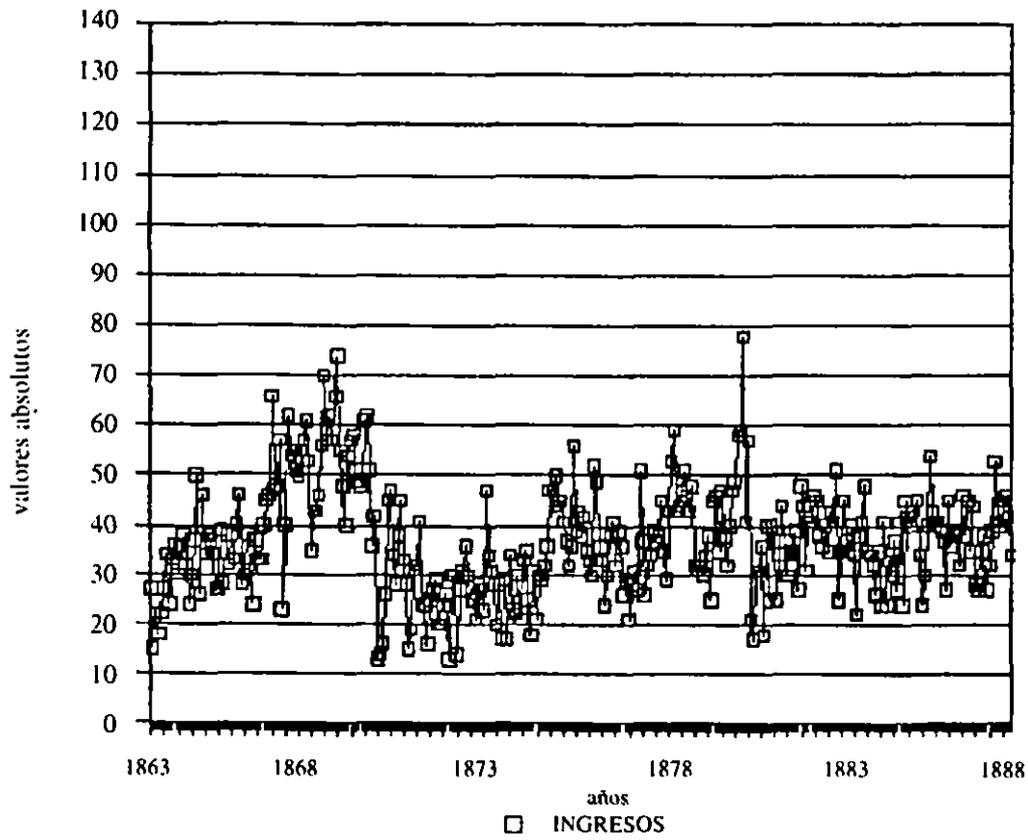


Gráfico 15  
*Serie mensual de ingresos hospitalarios 1890-11916*

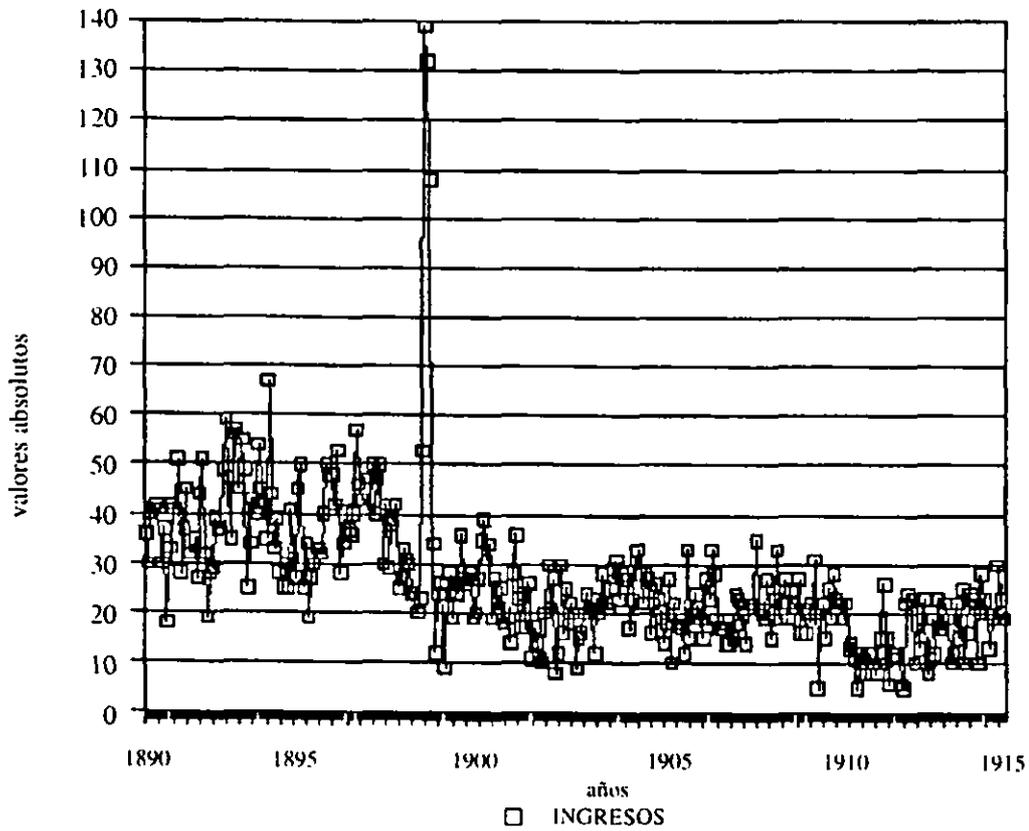


Gráfico 16  
*Serie mensual de ingresos hospitalarios 1917-1942*

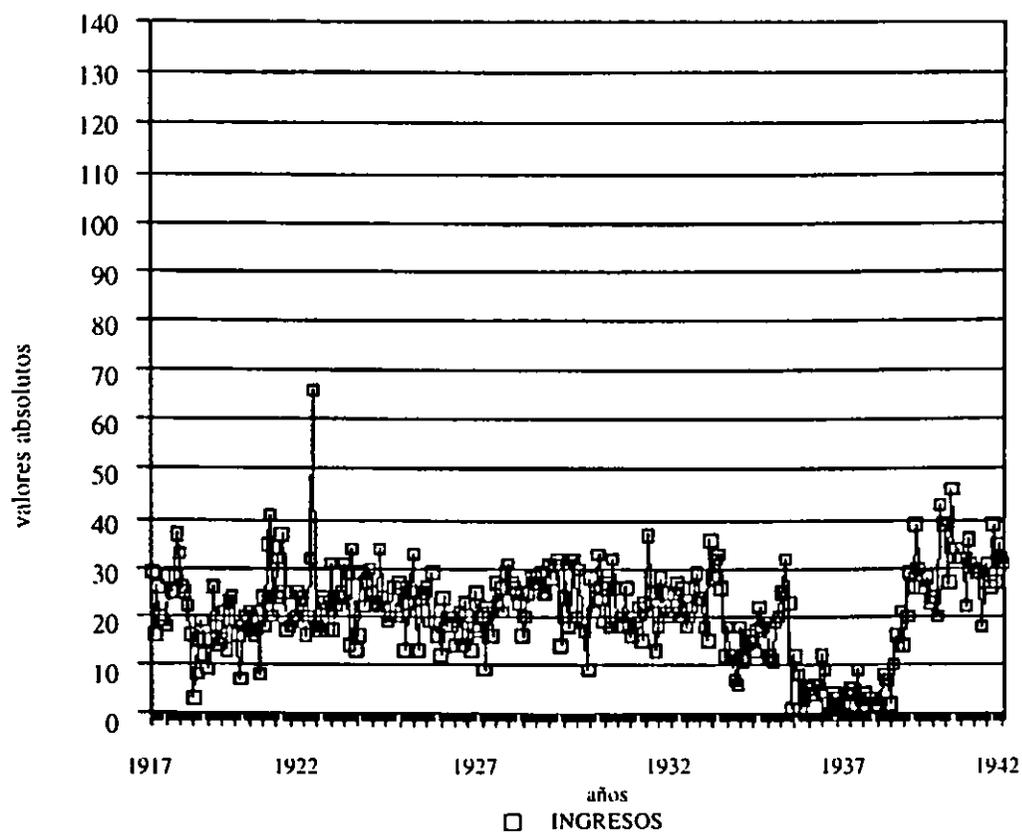


Gráfico 17  
*Serie de ingresos hospital San Sebastián. Histograma de frecuencias (1837-1898)*

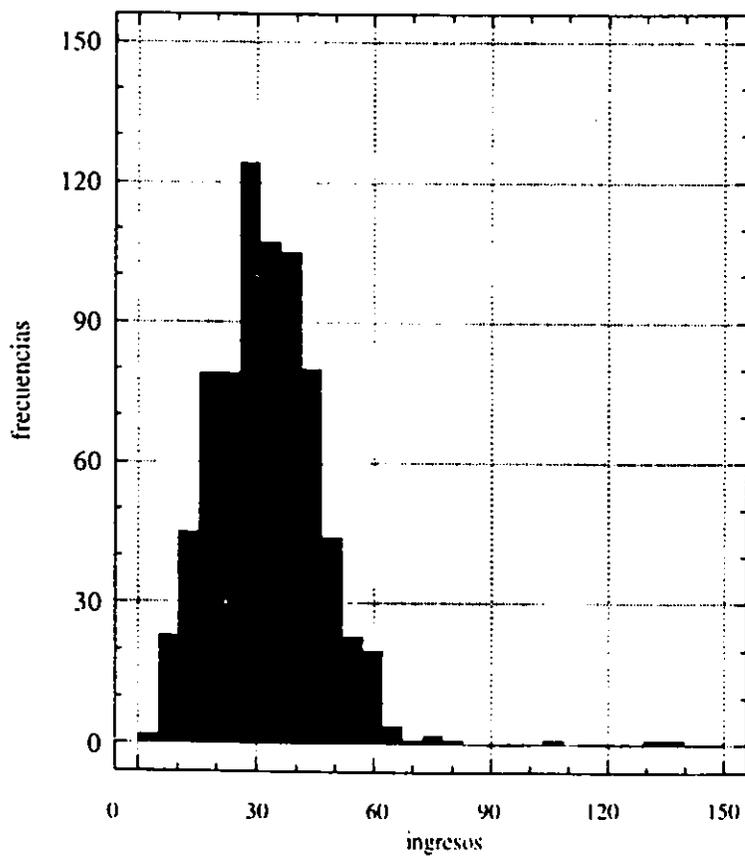


Gráfico 17

*Serie de ingresos Hospital San Sebastián. Histograma de Frecuencias (1837-1898)*

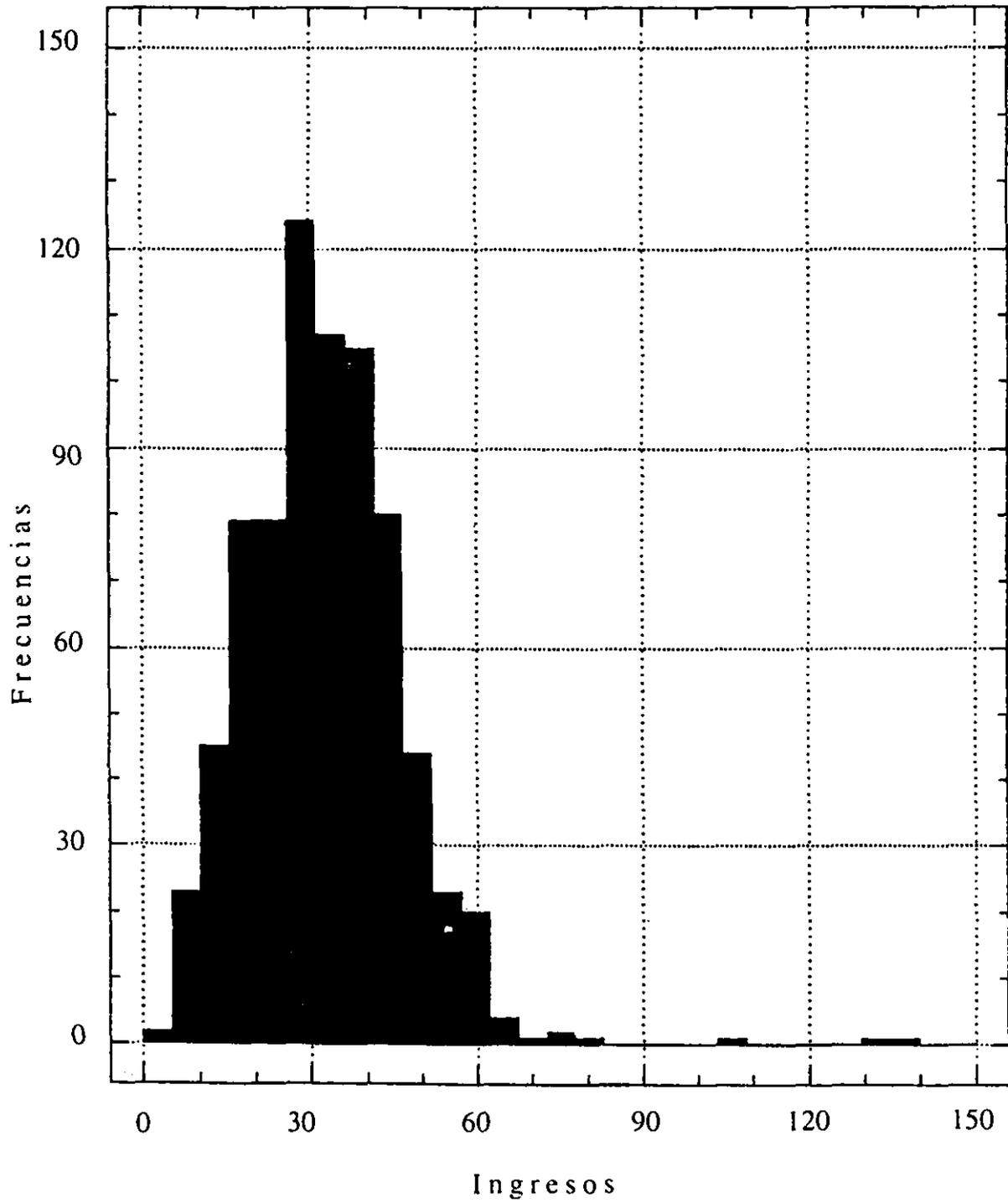


Gráfico 18  
*Serie de ingresos Hospital San Sebastián. Histograma de Frecuencias (1899-1942)*

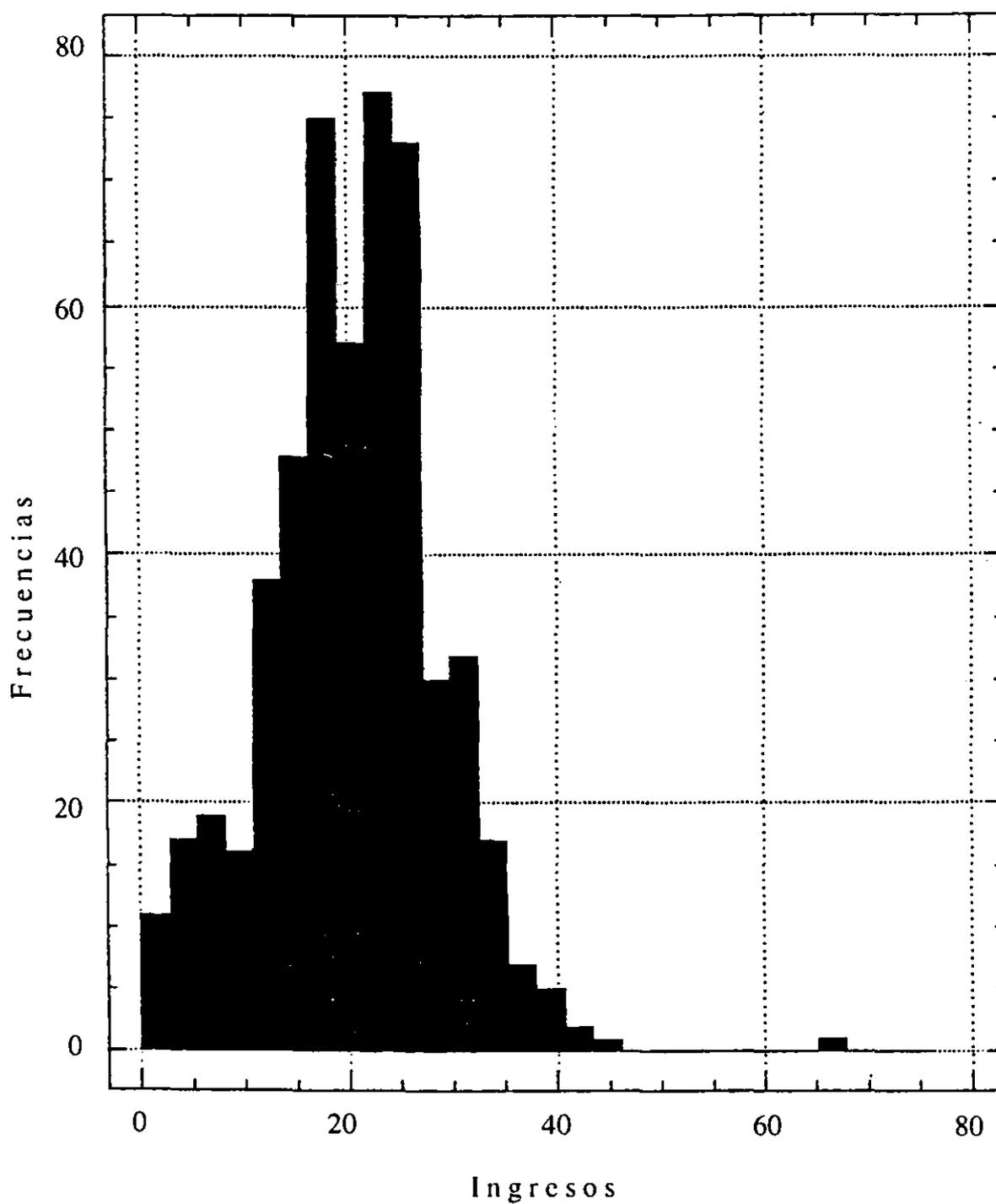


Gráfico 19  
*Distribución mensual de los ingresos Hospital San Sebastián (1837-1942)*

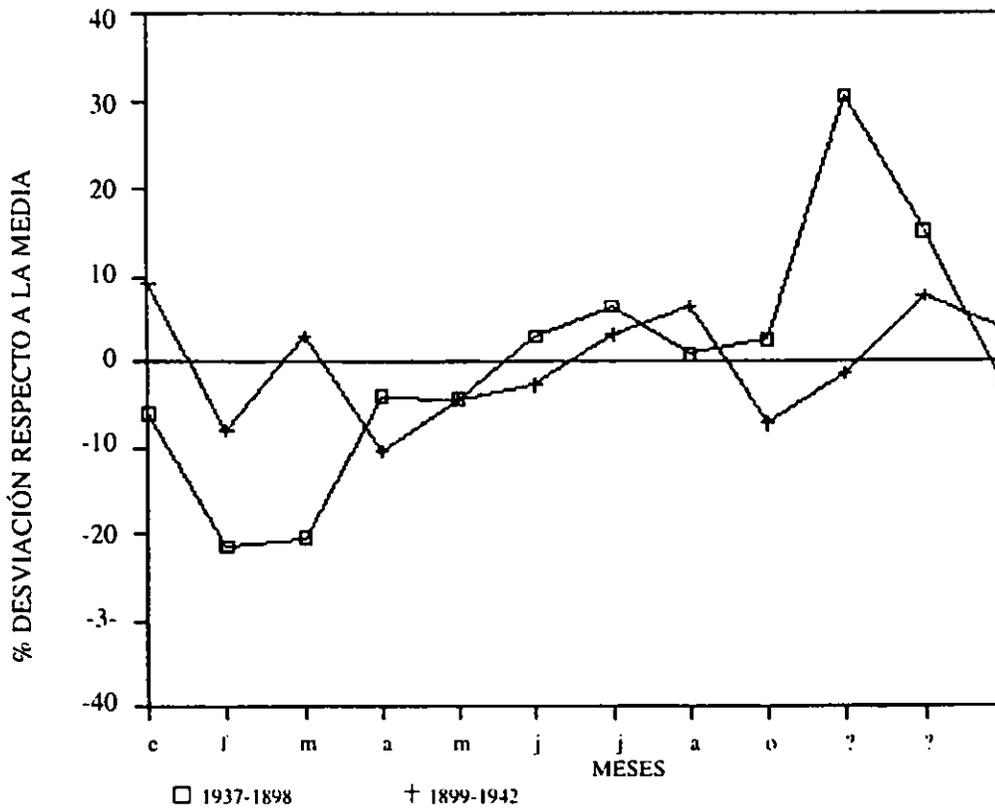


Gráfico 20  
*Distribución intraanual de los ingresos por enfermedades infecciosas. 1837-1889*

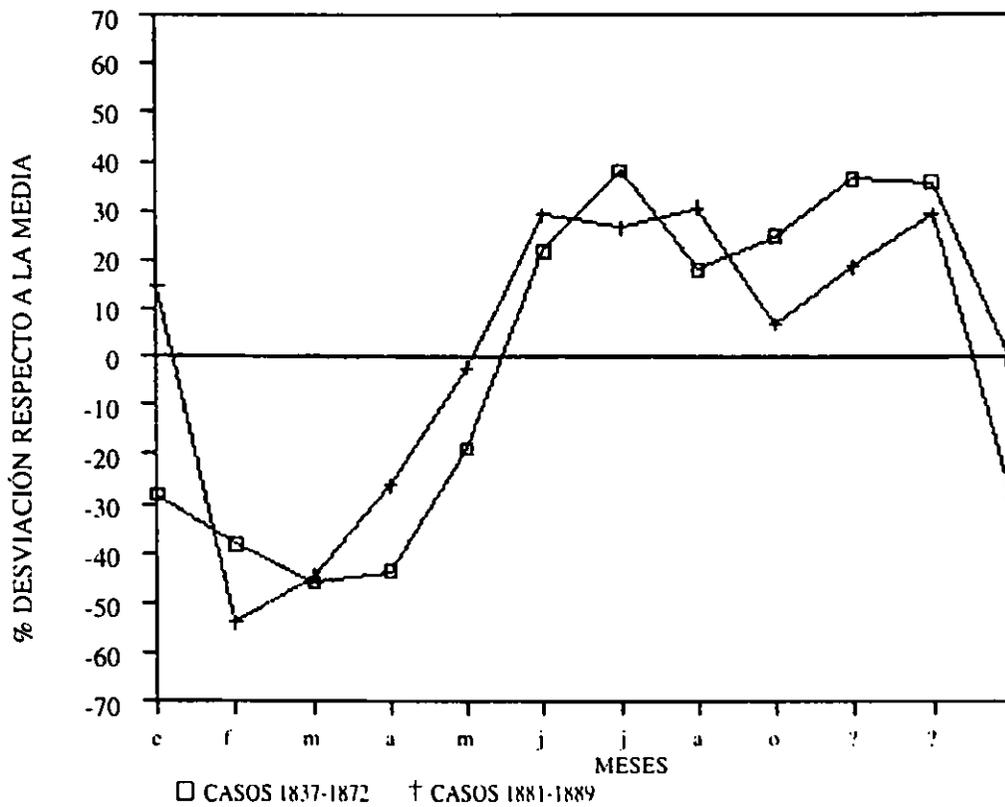


Gráfico 21

Distribución intraanual de los ingresos por afecciones traumáticas. 1837-1889

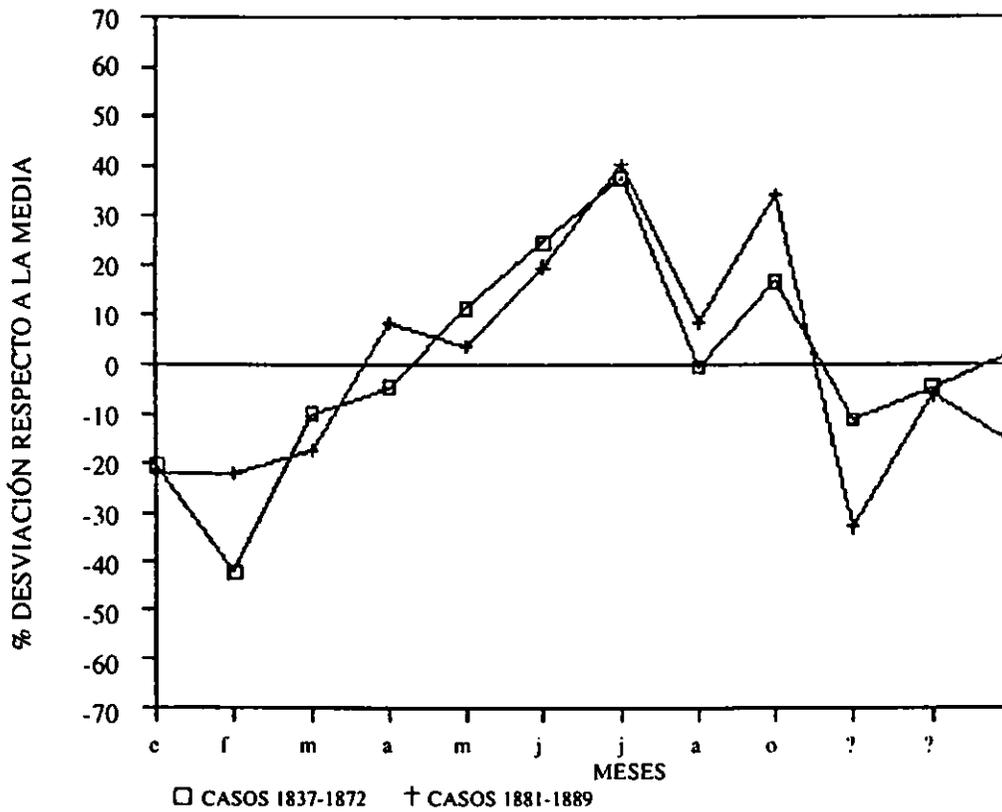


Gráfico 22

Distribución intraanual de los ingresos por enfermedades respiratorias. 1837-1889

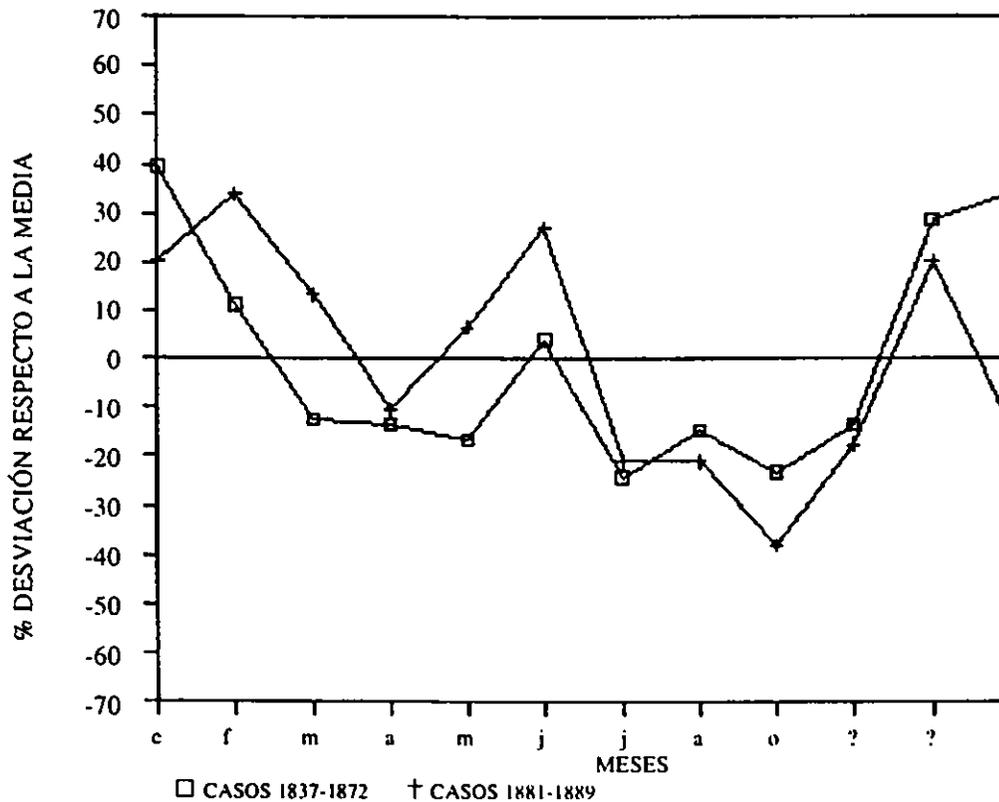


Gráfico 23

Distribución intraanual de los ingresos por infecciones quirúrgicas. 1837-1889

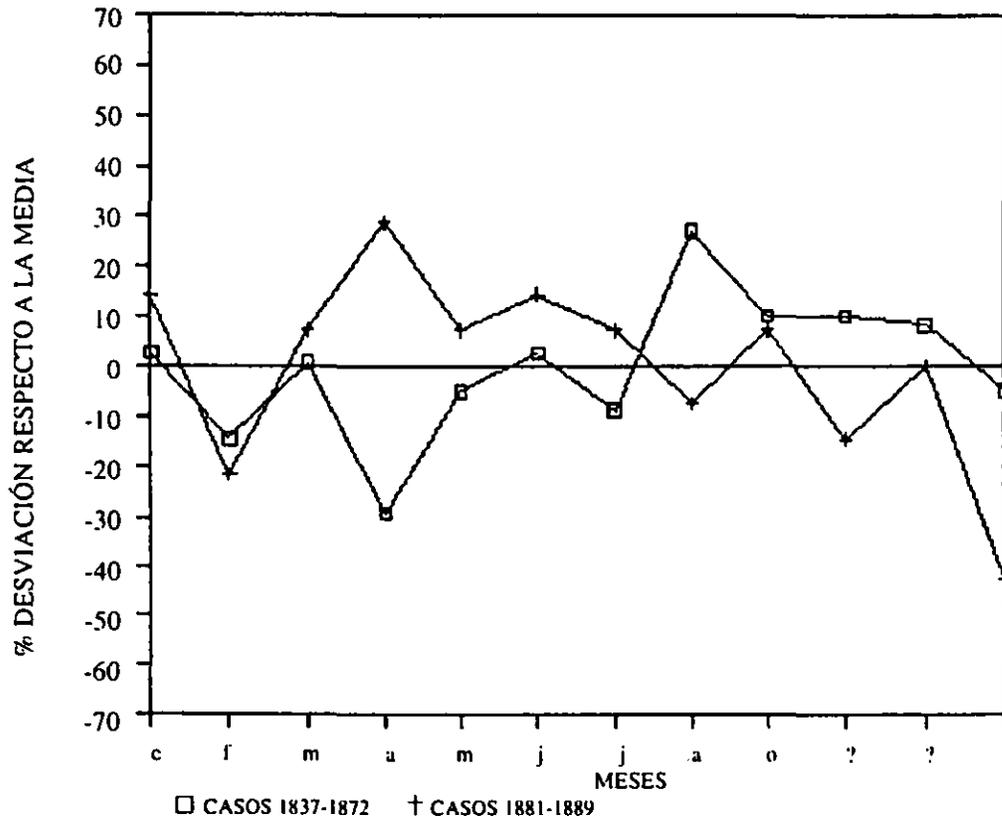


Gráfico 24

Distribución intraanual de los ingresos por enfermedades digestivas. 1837-1889

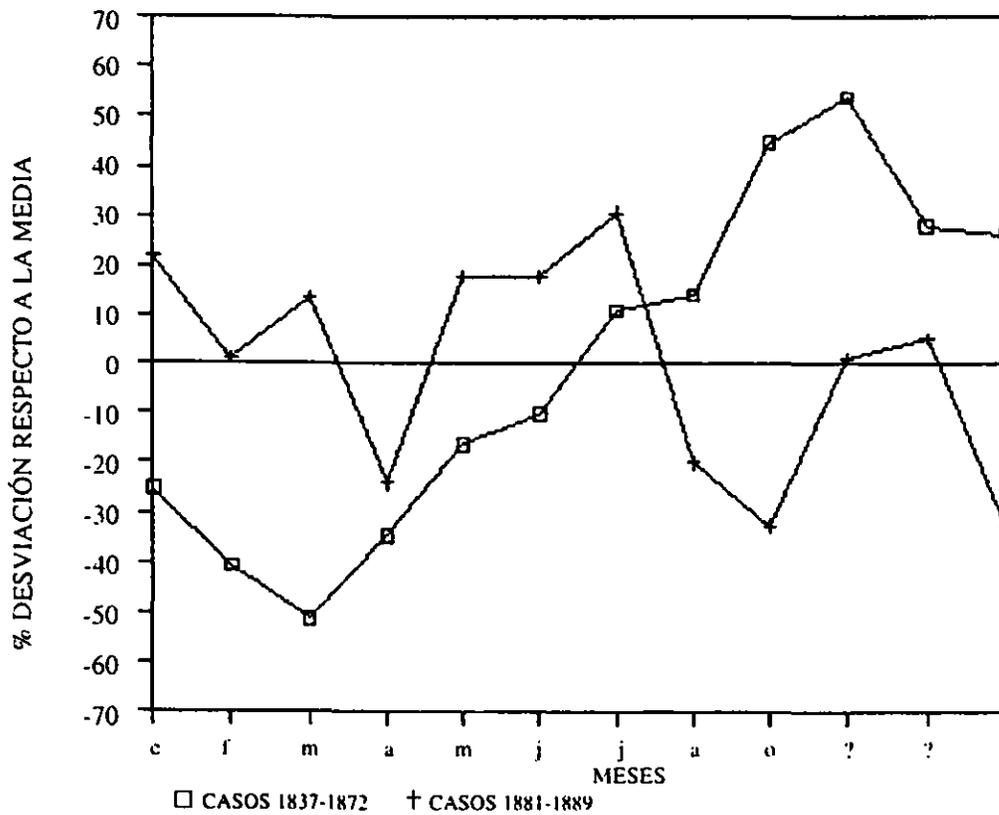


Gráfico 25

Distribución intraanual de los ingresos por enfermedades venéreas. 1837-1889

