

TABLA 51

EVOLUCION INGRESOS HOSPITALARIOS.
DESVIACIONES PORCENTUALES RESPECTO
A LA MEDIA DEL PERIODO.

	hombres	mujeres
1837-41	-44,3	-38,6
1842-46	-38,8	-47,8
1847-51	20,3	7,8
1852-56	26,6	-9,2
1857-61	16,6	-8,6
1862-66	27,3	10,1
1867-71	55,1	59,1
1872-76	11,1	17,1
1877-81	42,9	35,2
1882-86	31,8	25,2
1887-91	36,1	33,4
1892-96	44,5	42,6
1897-01	26,4	7,8
1902-06	-21,4	-32,5
1907-11	-21,8	-26,0
1912-16	-38,4	-51,7
1917-21	-20,7	-23,8
1922-26	-21,5	-19,2
1927-31	-20,9	0,8
1932-36	-47,0	9,7
1937-41	-63,9	8,6
medias	1.197,6	459,4

Fuente: libros registro de ingresos
libros 1348-1369.

valores correspondientes al sexo masculino alcanzan las cotas mínimas del periodo.

La explicación de esta diferencia en el acceso femenino al hospital de S. Sebastián, generalizable, por otra parte, a la totalidad de instituciones del mismo tipo en la pasada centuria, resulta controvertida. No parecen válidas, al menos en el ámbito hospitalario de referencia, las razones, de las que Pedro Carasa se ha hecho eco³⁹⁴, que aluden a una mayor capacidad de autodefensa de la mujer en las condiciones de precariedad económica y social, a pesar de su mayor exposición a la pobreza. De hecho, como se muestra en la tabla 52, los promedios de estancias diarias causadas por paciente variaron también en razón del sexo de los ingresados, pero en este caso, en sentido contrario. En siete de los diez años de la serie (descontando el último, en aquellos en los que las prestaciones hospitalarias fueron mayores), tales valores fueron superiores en el caso de las mujeres. El mayor número proporcional de estancias causadas por las mujeres refiere mejor la explicación de las diferencias intersexuales en el acceso al establecimiento a la dinámica de la oferta hospitalaria (proceder diferenciado "culturalmente" en el trámite de la admisión) que a las variaciones de la demanda (la supuesta mayor resistencia femenina ante la adversidad).

La distribución de la morbilidad ordinaria entre la población ecijana, según la recogen los estados elaborados por la Junta Municipal de Sanidad durante los años 1869-1871 y 1877-1879 (tabla 53). parece confirmar nuestros argumentos. Aunque durante los seis años recogidos los enfermos predominaron sobre las enfermas, proporcionalmente, esta mayor prevalencia masculina se halla muy alejada de la que presenta el hospital. La clave hospitalaria radicaría, más bien, en razones de tipo cultural y de mentalidad. La propia compartimentación del centro con una mayor disponibilidad de camas y de salas para la ocupación masculina sería causa y no efecto de esta menor entrada de

³⁹⁴ CARASA SOTO, P. (1985), pp. 171 y ss.

TABLA 52

EVOLUCION DE LAS ESTANCIAS CAUSADAS
POR ASISTIDO/A. PROMEDIOS ANUALES

	hombres	mujeres
1838	53	28
1848	24	56
1858	28	101
1868	27	40
1878	35	79
1888	28	54
1898	24	69
1908	64	62
1918	69	16
1928	28	33
medias	38,0	53,8

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360,
1361, 1362, 1363, 1364, 1365 y 1367.

TABLA 53

ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD EN LA CIUDAD DE ECIJA

	hombres		mujeres		niños		total
	absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol
1869	2.555	37,2	1.785	26,0	2.532	36,8	6.872
1870	1.580	31,3	1.369	27,2	2.092	41,5	5.041
1871	1.007	32,5	685	22,1	1.404	45,4	3.096
1877	988	31,1	773	24,4	1.413	44,5	3.174
1878	705	31,0	551	24,3	1.016	44,7	2.272
1879	825	33,2	688	27,6	977	39,2	2.490
total	7.660		5.851		9.434		22.945

Fuente: AME, Estados sanitarios mensuales y semestrales, leg. 702.

pacientes femeninas. Se trataría, pues, de un caso de discriminación sexual en el régimen de admisión hospitalario.

8.4.3.3. ESTRUCTURA DE EDAD DE LA POBLACION ASISTIDA.

La distribución por edades de los 18.497 pacientes internados en el hospital de S. Sebastián entre 1837 y 1886, marco de amplitud cronológica y contenido que nos ha parecido válido para esta primera aproximación, se expone en las tabla 54 y en el gráfico 6: dos tercios del total de ingresos corresponde a las edades centrales en el rango biológico y el tercio restante se reparte entre las edades extremas, con un ligero predominio de las del tramo superior. Comparada esta estructura "hospitalaria" con la general de la población ecijana según el censo de 1857 resulta una mayor protagonismo hospitalario de las edades avanzadas, que son minoritarias en el registro general (los mayores de 60 años sólo constituían en ese año cerca el 5,9 % de la población), en detrimento de los otros dos grupos de edad, sobre todo del de los menores de 20 años, que en 1857 comprendía el 42,4 de la población.

El estudio diacrónico de esta distribución marca algunos puntos de interés. En primer lugar, la tendencia a la baja en la afluencia de pacientes de edades comprendidas entre 21 y 60 años. El último decenio registra, sin embargo, un ligero rebrote en la entrada de estos pacientes. Por otro lado, en el extremo final de la estructura de edades, los pacientes mayores de 60 años incrementan su presencia relativa en el hospital desde el 11,6 % del primer decenio hasta más del doble en el comprendido entre 1867 y 1876. Esta afluencia sufre, no obstante, un claro retroceso en el tramo final del periodo. La admisión de párvulos y jóvenes se mantiene en proporciones parejas a lo largo de todo el periodo.

La tabla 55, compuesta con los registros anuales de nuestra base de datos, complementa el análisis de la estructura de edades con la información referida al tramo superior del periodo. Como

TABLA 54

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACION ASISTIDA.
HOSPITAL DE S. SEBASTIAN.

	1837-46 %	1847-56 %	1857-66 %	1867-76 %	1877-86 %	1837-86 %
1 a 20	14,2	10,9	12,4	14,0	15,0	13,3
21 a 60	74,2	72,2	66,3	61,2	64,2	66,9
> 60	11,6	16,9	21,3	24,8	19,8	19,9
total	1.898	3.853	3.830	4.442	4.474	18.497

Fuente: AME, libros registro de entrada ... libros 1348-1360.

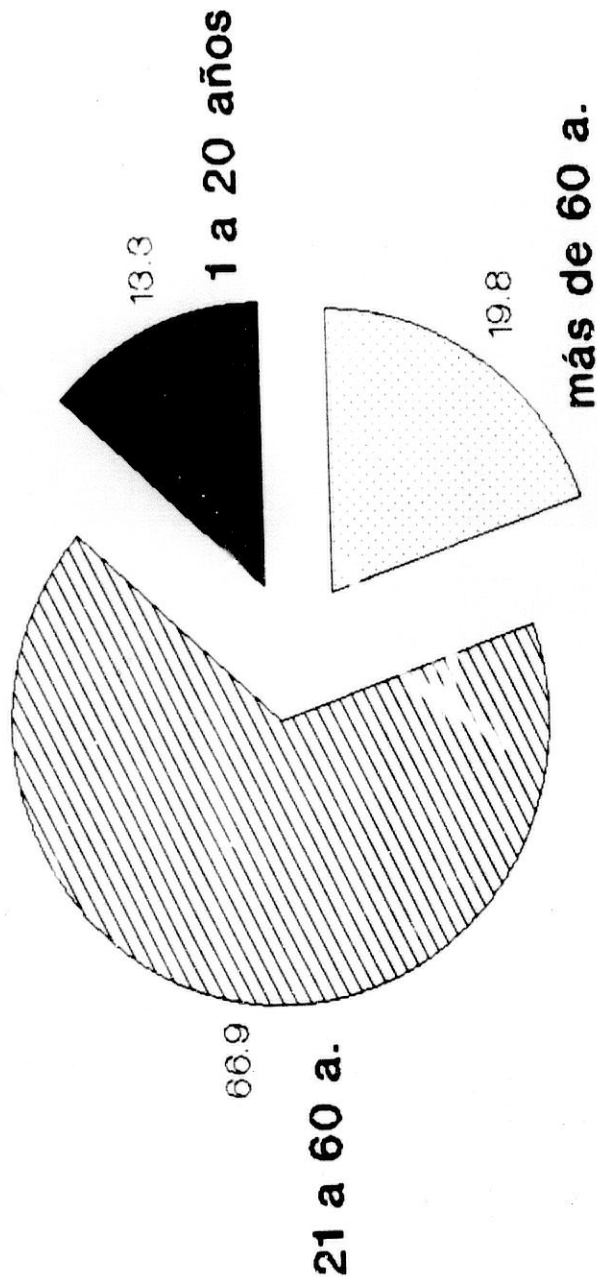
TABLA 55

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACION
ASISTIDA. HOSPITAL DE S. SEBASTIAN.

	ingresos totales	de 1 a 20 años %	de 21 a 60 años %	> de 60 años %
1898	453	15,7	64,0	20,3
1898	644	36,5	53,6	9,9
1908	215	22,3	54,4	23,3
1918	186	22,6	60,8	16,7
1928	296	16,6	58,8	24,7
media	358,8	22,7	58,3	19,0

Fuente: AME, libros de ingresos 1360-65 y 1367.

GRAFICO 6
DISTRIBUCION ETARIA DE LA POBLACION ASISTIDA
(1837-1886)



Fuente: AME. Libro registro de ingresos... (1348-1360)

dato más relevante de la distribución de frecuencias en esos años detectamos un estrechamiento del rango, que obedece a la menor presencia proporcional de pacientes con edades comprendidas en el segmento central y al aumento paralelo de los incluidos en el primer grupo y, en menor medida, de los edades más avanzadas (la escasa representación proporcional de este grupo en 1898 fue consecuencia de la entrada masiva en el establecimiento de los expedicionarios de regreso de la guerra de Cuba).

De la evolución de la presencia infantil (menores de diez años) en el hospital sólo es posible afirmar el incremento de su acogida desde el 1,1 % inicial hasta el 3 % del decenio final del periodo. La casi absoluta ausencia de párvulos en el hospital obedecía en todo caso a motivaciones de índole cultural, plenamente fundamentadas en la escasa valoración de la salud infantil en la sociedad decimonónica. Las siguientes reflexiones del catedrático Félix Janer en sus *Elementos de Moral Médica* (1851) son un elocuente testimonio:

"Vulgarmente se cree que los facultativos entienden poco en las enfermedades de los niños y deben ellos procurar que se destruya aquel error vulgar tan perjudicial a estos infelices, pues hace que se les llame tarde o nunca (...) También deben ellos dejar de fomentar este error, como hacen algunas veces, descuidando mucho la curación de los niños y dando a entender que pueden hacer poco con estos y que la medicina está muy escasa de recursos a su favor (...)"³⁹⁵.

Todavía en 1864 no se concedía la admisión en el centro a los "párvulos" enfermos³⁹⁶. Su presencia allí fue prácticamente anecdótica a lo largo del periodo estudiado.

De otro lado, podemos señalar que la estructura de edades varía igualmente en razón del sexo de los ingresados. Las tablas

³⁹⁵ JANER, F. (1831), pp. 248-249.

³⁹⁶ AME, Resumen de los trabajos, acuerdos y disposiciones de la Junta Municipal de Sanidad durante el año de 1863, *Varios de hospital y beneficencia*, Leg. 701.

56 y 57 muestran el predominio absoluto y relativo de la afluencia de hombres de edades incluidas en el segmento central (la mitad de los admitidos en el centro, sobre todo en los primeros años de la serie, corresponden a este grupo de edad) y el mayor estrechamiento del rango en el caso de las mujeres. Proporcionalmente es mayor la presencia de mujeres de edades comprendidas en los grupos extremos.

La estructura de edades de los pacientes internados en el hospital de S. Sebastián sugeriría un marcado componente sanitario de su acción asistencial. Esta hipótesis se sustenta, en negativo, en la minoritaria presencia de enfermos de edades avanzadas (aunque muy superior respecto a su representación proporcional en la población global), considerados más proclives a ingresar en los centros benéficos por condicionamientos de carácter económico. Los datos que aporta la tabla 58 avalan esta explicación. Estos enfermos causaron, proporcionalmente, el mayor número de estancias en los seis años centrales de la serie, la etapa, como se ha visto, de mayor trasiego de enfermos en el hospital. De hecho, este grupo de pacientes alcanzó su mayor presencia relativa en el hospital en la coyuntura de crisis económica enmarcada en el decenio 1867-1876.

8.4.3.4. EL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA.

Otra caracterización de la tipología de la población internada en el hospital proviene de la consideración de su estado civil. La distribución por esta razón de los 10.856 pacientes acogidos durante los treinta y dos años transcurridos entre 1837 y 1868, tramo al que hemos reducido nuestra primera aproximación, revela el predominio de sujetos sin vinculación matrimonial, sobre todo de los solteros, respecto de los que mantienen ese vínculo (tabla 59 y gráfico 7). En contraste con los resultados que aporta el censo de población de 1857, la proporcionalidad de la representación hospitalaria de los individuos solteros es de menor rango que la que sustentan en la población general. Los viudos, en cambio, están presentes en el

TABLA 56

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y POR SEXO DE LA POBLACION ASISTIDA. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL ANUAL DE REGISTROS.

	de 1 a 20 años		de 21 a 60 años		> de 60 años	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
	%		%			
1838	9,9	7,8	48,6	25,9	5,4	2,4
1848	6,6	1,7	56,2	21,2	11,8	2,6
1858	9,1	2,6	59,8	14,3	10,5	3,7
1868	10,1	8,7	47,9	11,3	15,5	6,5
1878	8,0	4,7	50,4	16,0	11,0	10,0
1888	11,0	4,6	46,8	17,2	15,9	4,4
1898	31,7	4,8	45,7	7,9	6,1	3,9
1908	13,5	8,8	40,5	14,0	14,9	8,4
1918	14,0	8,6	46,8	14,0	11,3	5,4
1928	9,1	7,4	41,9	16,9	18,9	5,7
medias	12,3	6,0	48,4	15,9	12,1	5,3

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 57

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y POR SEXO DE LA POBLACION ASISTIDA. PORCENTAJES SOBRE LOS PARCIALES DE LA VARIABLE SEXO.

	de 1 a 20 años		de 21 a 60 años		> de 60 años	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
	%		%		%	
1838	15,4	21,7	76,1	71,7	8,5	6,6
1848	8,8	6,7	75,4	83,1	15,8	10,1
1858	11,5	12,5	75,3	69,4	13,3	18,1
1868	13,7	33,0	65,2	42,6	21,1	24,4
1878	11,5	15,4	72,7	52,0	15,8	32,5
1888	15,0	17,6	63,5	65,5	21,6	16,8
1898	38,0	29,0	54,7	47,7	7,3	23,4
1908	38,0	29,0	54,7	47,7	7,3	23,4
1908	19,6	28,4	58,8	44,8	21,6	26,9
1918	19,4	30,8	64,9	50,0	15,7	19,2
1928	13,0	24,7	59,9	56,2	27,1	19,1
medias	16,6	22,0	66,6	58,3	16,8	19,7

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 58

EVOLUCION DE LAS ESTANCIAS CAUSADAS
 POR ASISTIDO SEGUN LA EDAD. PROMEDIOS
 ANUALES.

	de 1 a 20 años	de 21 a 60 años	> de 60 años
1838	27	47	55
1848	43	31	34
1858	20	34	112
1868	24	27	46
1878	48	34	96
1888	29	35	40
1898	28	32	40
1908	33	52	120
1918	20	75	23
1928	45	24	32
medias	31,7	39,1	59,8

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65
 y 1367.

TABLA 59

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA.

	casados %	solteros %	viudos %	total
1837-46	37,3	45,3	17,4	1.913
1847-56	34,4	45,5	20,1	3.855
1857-66	29,5	45,5	25,0	3.815

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libros 1348-1355.

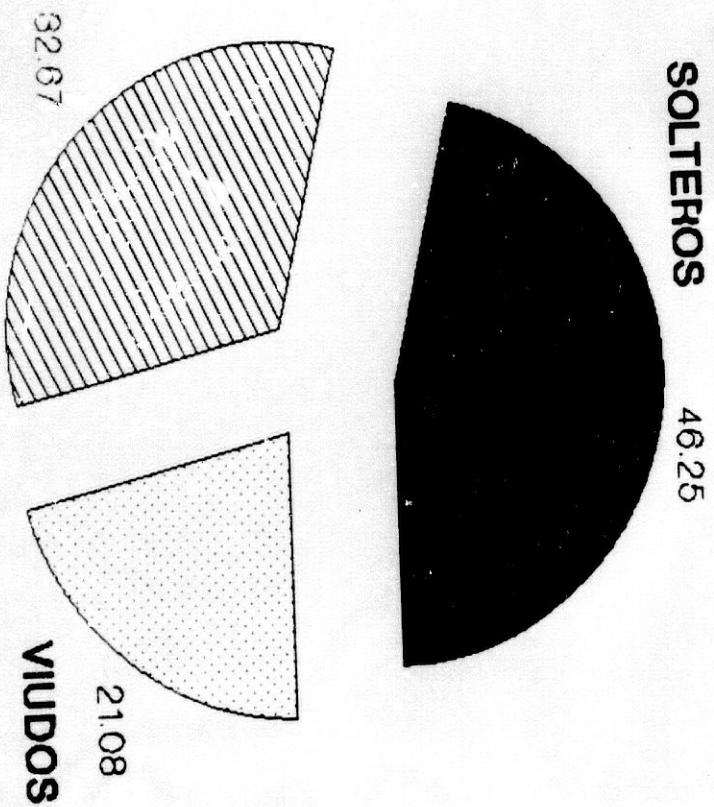
TABLA 60

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA.

	casados %	solteros %	viudos %	no consta %
1878	33,4	40,4	24,4	1,7
1888	31,4	40,2	21,4	7,1
1898	15,5	68,3	12,1	4,0
1908	26,1	54,0	14,9	5,1
1918	23,7	47,9	18,3	10,2
1928	32,8	42,2	16,6	8,5
medias	27,1	48,8	17,9	6,1

Fuente: AME, libros registro de ingresos
1358, 1360-65 y 1367.

GRAFICO 7
ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA (1837-1868)



AME. Libro registro de ingresos... (1348-1355)

hospital en una proporción muy superior a la que detentan en la población: 21,1% en este centro benéfico frente a un 8,8 % en la ciudad. Los casados mantienen proporciones parejas en ambos casos.

Por otro lado, la tendencia en la evolución de esta variable demográfica refleja, en primera instancia, una gran estabilidad en el acceso al hospital de los sujetos solteros, con un 45 % del total en los tres decenios en que se ha dividido la serie. La acogida de viudos se ajusta a una evolución en sentido alcista, constituyendo en el tercer decenio de la serie la cuarta parte del total de asistidos, mientras que, como contrapunto, se asiste a una pérdida progresiva de protagonismo de los individuos casados.

El perfil de la variable de estado civil se mantuvo sin apenas variaciones en los años del tramo superior de nuestro periodo de estudio (tabla 60). Las distribuciones de frecuencias de los tres grupos durante el año 1898, con importantes variaciones respecto a la norma del periodo, obedece al predominio en ese fecha de los ingresos de militares, de vuelta de la guerra de Cuba, solteros en su gran mayoría.

Las tablas 61 y 62 presentan las particularidades que la línea sexual de ingresos confiere a la representación proporcional de los grupos de estado civil. Las notas más destacadas son la mayor presencia relativa de viudas (entre una tercera y una cuarta parte del total de mujeres en cada año, salvo en 1908 y en 1928, en que descendieron por debajo del 20 %) respecto de los viudos (sus valores sólo alcanzaron ese 20 %, la tasa máxima, en 1848), el predominio de los solteros (que superaron en varios años el 50 % del total de hombres) frente a las solteras, y el mayor equilibrio existente entre casados y casadas. En términos absolutos, el orden de prelación más constante primó la presencia masculina (solteros, casados, viudos) frente a la femenina (con la misma ordenación), aunque en este caso el rango de las variaciones fue de menor entidad.

TABLA 61

DISTRIBUCION POR SEXO Y ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL ANUAL DE REGISTROS.

	solteros %	solteras %	casados %	casadas %	viudos %	viudas %
1838	24,5	11,2	28,2	14,3	10,5	10,5
1848	30,1	7,2	29,2	8,9	15,2	9,5
1858	41,3	6,3	24,5	7,7	13,4	6,6
1868	39,6	12,1	22,9	6,9	10,5	7,4
1878	32,2	8,2	23,4	10,0	12,0	12,5
1888	33,1	7,1	21,9	9,5	13,9	7,5
1898	62,9	5,4	11,2	4,4	7,0	5,1
1908	38,6	15,4	17,2	8,8	9,8	5,1
1918	39,8	8,1	15,1	8,6	11,3	7,0
1928	29,1	13,2	22,6	10,1	12,8	3,7
medias	37,1	9,4	21,6	8,9	11,6	7,5

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, '358, 1360-65 y 1367.

TABLA 62

DISTRIBUCION POR SEXO Y ESTADO CIVIL DE LA POBLACION PORCENTAJES SOBRE LOS PARCIALES DE LA VARIABLE SEXO.

	solteros %	casados %	viudos %	solteras %	casadas %	viudas %
1838	38,3	44,1	16,5	31,1	39,6	29,2
1848	40,4	39,2	20,4	28,1	34,8	37,1
1858	52,0	30,8	16,8	30,6	37,5	31,9
1868	53,9	31,1	14,3	45,5	26,1	27,8
1878	46,4	33,8	17,3	26,8	32,5	40,7
1888	44,9	29,6	18,9	26,9	36,1	28,6
1898	75,4	13,4	8,4	32,7	26,2	30,8
1908	56,1	25,0	14,2	49,3	28,4	16,4
1918	55,2	20,9	15,7	28,8	30,8	25,0
1928	41,5	32,4	18,4	43,8	33,7	12,4
medias	50,4	30,0	16,1	34,4	32,6	28,0

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

Estas cifras parecen indicar la importancia de la institución familiar como pantalla de protección de los individuos ante los riesgos de la enfermedad y como unidad asistencial sustitutoria del hospital. Los datos que aporta la tabla 63 avalan esta hipótesis: los solteros y los viudos causaron los mayores promedios de estancias; los casados sólo presentaron valores más elevados en 1898 y en 1908.

8.4.3.5. LA PROCEDENCIA GEOGRAFICA DE LA POBLACION ASISTIDA.

La consideración del lugar de residencia de los pacientes acogidos en el hospital reviste importancia en un doble sentido. En primer lugar, su análisis entra de lleno en la discusión sobre la supuesta universalidad de la cobertura asistencial benéfica. Por otro lado, el establecimiento de las proporciones respectivas de los ingresos hospitalarios de pacientes con diversa procedencia contribuye a perfilar la tipología del usuario del establecimiento de beneficencia.

Dos tipos de registros aluden a la procedencia geográfica de los pacientes acogidos en el establecimiento, el que indica el lugar de nacimiento y el que refiere la vecindad o la estancia transitoria en la localidad. Uno y otro aparecen en los libros de asientos de los internos; aquel desde el primer apunte y este sólo a partir de 1842, momento en que ambos se registran conjuntamente. La condición de vecindad es referida mayoritariamente por la consignación de la calle y casa donde habita el ingresado, la de transeúnte, bien explícitamente, bien indicando un lugar de residencia distinto al ecijano. En modo alguno señalan situaciones similares: la condición de vecino incluye los efectos del fenómeno migratorio, puesto que gran parte de los individuos registrados como nacidos en otra localidad tienen residencia en Ecija. Por contra, la referencia al lugar de nacimiento no refleja esta particularidad demográfica.

TABLA 63

ESTANCIAS CAUSADAS POR ASISTIDO.
VALORES PROMEDIO.

	casados	solteros	viudos
1838	19	79	37
1848	32	32	33
1858	33	25	105
1868	24	29	46
1878	31	39	88
1888	39	30	45
1898	51	25	34
1908	86	62	35
1918	17	94	15
1928	32	25	35
medias	36,4	44,0	47,3

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65
y 1367.

Los primeros resultados para ambas categorías avalan estas aclaraciones (gráficos 8 y 9). Entre 1837 y 1864, de un total de 8.728 asientos que incluyen ese registro (el 99,8 % del total de acogidos), algo más de la mitad resulta ser ecijano de origen. En cambio, según el registro de vecindad, cuatro quintas partes de los 11.008 pacientes que incluyen en sus asientos esa apreciación (el 95 % del total), ingresados entre 1842 y 1872, atienden a la consideración de vecinos.

Los elevados índices de lugares de nacimiento y vecindades no ecijanas entre los internos acogidos en el hospital sugieren un notable grado de universalidad en la asistencia prestada. Además, la importante proporción de ingresos que refieren el carácter de foraneidad, un 40,8 del total, podría indicar una especial afluencia al centro benéfico de individuos con unas especiales condiciones de precariedad de vida (aún no integrados en la sociedad local), bien por ser realmente transeúntes, bien por ser inmigrantes.

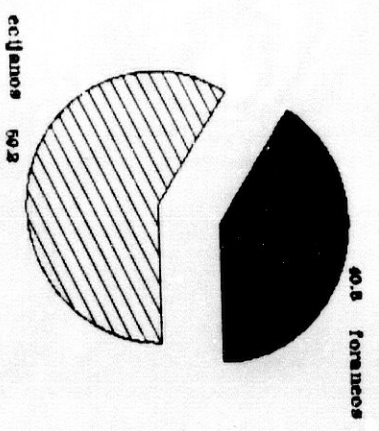
Por otro lado, la evolución de los ingresos hospitalarios considerada indistintamente bajo los dos puntos de vista (tablas 64 y 65) presenta rasgos uniformes: tanto ecijanos de origen como vecinos de la localidad incrementan progresivamente su presencia en detrimento, respectivamente, de la de forasteros y transeúntes. En este sentido, resulta evidente la aceleración de esa tendencia a partir de la transferencia de la administración del hospital a la Junta Municipal de Beneficencia en 1846. Más adelante, en 1868, esta instancia dispondría que por la dirección del establecimiento se

"pase nota de los enfermos forasteros que sean altas en el hospital (...) para poder reclamar el importe de las estancias que hayan causado a los Gobernadores de las Provincias a que pertenezcan"³⁹⁷.

³⁹⁷ AME, Actas de la Junta Municipal de Beneficencia, leg. 652.

GRAFICO 8

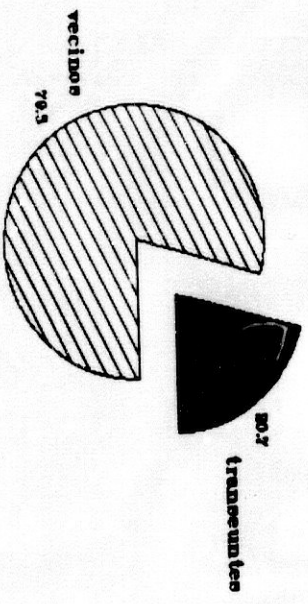
LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION ASISTIDA
(1837-1864)



Fuente: ANE. Libro Registro Ingresos... (1348-1354)

GRAFICO 9

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA POBLACION ASISTIDA
(1842-1872)



Fuente: ANE. Libro registro de ingresos... (1348-1356)

TABLA 64

DISTRIBUCION POR EL LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION ASISTIDA.

	ecijanos %	foráneos %	total
1837-41	48,3	51,7	943
1842-46	47,8	52,2	971
1847-51	55,1	44,9	1.935
1852-56	65,2	34,8	1.928
1857-61	62,5	37,5	1.816

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libros 1348-1353.

TABLA 65

DISTRIBUCION POR EL LUGAR DE PROCEDENCIA DE LA POBLACION ASISTIDA.

	vecinos %	transeúntes %	total
1842-46	61,0	39,0	961
1847-51	72,7	27,3	1.931
1852-56	80,5	19,5	1.808
1857-61	82,1	17,9	1.685
1862-66	85,0	15,0	1.835
1867-71	83,8	16,2	2.490

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libros 1348-1356.

El reglamento de 1899 era taxativo a este respecto: la condición de vecindad en la localidad era requisito inexcusable para el acceso al establecimiento (art. 3º)³⁹⁸.

La tabla 66, compuesta con los registros anuales de nuestra base de datos, confirma la tendencia evolutiva descrita, que sólo se interrumpe a partir de 1918 (los registros de 1898 han de ser descartados nuevamente por ser coyuntural la presencia durante ese año de militares foráneos). En 1918 y en 1928, sin embargo, la afluencia de pacientes no nacidos en la ciudad alcanzó proporciones similares a las presentadas en los primeros años del periodo. El nuevo cambio de tercio en la expresión de esta variable demográfica se produjo en la etapa de declive asistencial del centro. En esos años, la asistencia pública domiciliaria había sustituido a la hospitalaria como forma predominante de la prestación del socorro médico benéfico. El hospital recuperó su carácter de recinto asistencial dotado de una escasa especialización médica y dirigido a la atención de las capas sociales más desprotegidas y carentes de domicilio.

De otro lado, la importante afluencia al hospital de pacientes originarios de Andalucía oriental (más de una quinta parte del total de ingresos en 1838, 1848 y 1918), cuantitativamente de mayor rango que la de los procedentes de zonas más cercanas a la localidad, informa acerca del carácter de los flujos migratorios producidos durante el siglo XIX en el agro andaluz.

Otro rasgo destacable en la conformación hospitalaria de esta variable demográfica es que el promedio de estancias causadas por los naturales de la localidad ecijana fue superior en todo momento al de la población foránea (tabla 67). Los resultados anteriores, que subrayaban el importante grado de universalidad de la asistencia prestada en el hospital de S.

³⁹⁸ AME, Reglamento para el régimen del hospital general de S. Sebastián de Ecija (1899), loc. cit.

TABLA 66

DISTRIBUCION POR EL LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION ASISTIDA.

	Ecija %	Sevilla %	And. occ. %	And. or. %	otras %	no consta %
1838	48,6	7,1	10,2	24,5	9,2	0,3
1848	49,0	3,7	11,8	21,5	14,0	---
1858	57,0	6,0	7,7	15,7	13,7	---
1868	67,8	6,3	5,6	14,3	5,9	0,2
1878	61,6	9,5	10,5	13,5	4,7	0,2
1888	61,2	8,4	10,6	12,1	7,7	---
1898	37,3	5,9	3,9	6,7	46,3	---
1908	69,8	11,6	12,1	4,7	1,9	---
1918	45,7	13,4	10,8	26,4	3,8	---
1928	51,7	13,9	18,2	12,2	4,1	---
medias	55,0	8,6	10,1	15,1	11,1	---

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 67

LUGAR DE PROCEDENCIA Y ESTANCIA MEDIA CAUSADA POR ASISTIDO. VALORES PROMEDIO.
ecijanos foráneos

1838	70	19
1848	46	18
1858	59	27
1868	35	20
1878	59	44
1888	43	18
1898	48	22
1908	81	28
1918	101	16
1928	43	13
medias	59	22

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... libros 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360, 1361, 1362-65 y 1367.

Sebastián han de ser matizados al hilo de esta particular discriminación para con los sujetos foráneos.

De otro lado, como presentan las tablas 68 y 69, tanto en términos absolutos como en términos relativos, las mujeres no nacidas en Ecija afluyeron al centro en menor número que los hombres de esa misma condición y que las mujeres ecijanas (en este caso, en 1918, la relación fue la inversa). Los hombres foráneos, en cambio, ingresaron al centro en proporciones parejas con las de los locales e incluso durante los dos primeros años y en 1898 fueron el grupo mayoritario en términos absolutos en el establecimiento; en 1918 los porcentajes fueron idénticos.

8.4.3.6. ESTRUCTURA OCUPACIONAL DE LA POBLACION ASISTIDA.

El conocimiento de la estructura ocupacional de los pacientes asistidos en el hospital de S. Sebastián completa el primer análisis de la tipología social de ese sector de la población. En este punto es de obligada mención el que solamente se registran ocupaciones varoniles; la mujer no es a este respecto sujeto de la historia³⁹⁹.

Durante el periodo comprendido entre 1842 y 1868 al que hemos limitado este análisis (los asientos de enfermos en otros tramos cronológicos carecen de ese registro o lo incluyen en una proporción que imposibilita su estudio), la afluencia de jornaleros al establecimiento se cifró en el 70,71 por ciento del total de los 6.557 asientos que incluyen ese registro, o en el 66,95 por ciento del total de los 6.926 ingresos contabilizados⁴⁰⁰. No ha de sorprender en modo alguno este predominio de la dedicación a tareas agrícolas de los individuos internados, dada la particular estructura económica del ámbito

³⁹⁹ Del total de registros sólo hay cuatro alusiones a ocupaciones de mujeres: cocinera del hospital (1844), criada (1852), enfermera (1864) y peregrina (1865).

⁴⁰⁰ AME, *Libro registro de ingresos, altas y defunciones del hospital de S. Sebastián*, libs. 1349-1355.

TABLA 68

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA POBLACION ASISTIDA.
PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL ANUAL DE REGISTROS.

	ecijanos		foráneos		no consta %
	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %	
1838	30,6	18,0	33,3	17,7	0,4
1848	32,1	16,9	42,4	8,6	---
1858	43,0	14,0	36,5	6,5	---
1868	47,9	19,9	25,5	6,6	0,1
1878	40,7	21,0	28,4	9,7	0,2
1888	40,4	20,8	33,3	5,5	---
1898	25,9	11,3	57,4	5,3	---
1908	47,4	22,3	21,4	8,8	---
1918	36,0	9,7	36,0	18,3	---
1928	35,8	15,9	34,1	14,2	---
medias	38,0	17,0	34,8	10,1	

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 69

DISTRIBUCION POR LUGAR DE NACIMIENTO Y SEXO DE LA
POBLACION ASISTIDA. PORCENTAJES SOBRE REGISTROS
PARCIALES

	ecijanos		foráneos	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
1838	62,9	37,1	65,3	34,7
1848	65,5	34,5	83,1	16,9
1858	75,5	24,5	84,8	15,2
1868	70,7	29,3	79,2	20,7
1878	66,0	34,0	74,1	25,5
1888	66,1	33,9	85,8	14,2
1898	69,6	30,4	91,6	8,4
1908	68,0	32,0	70,8	29,2
1918	78,8	21,2	66,3	33,7
1928	69,3	30,7	70,6	29,4
medias	69,2	30,8	77,2	22,8

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

geográfico en que se desarrolla la acción asistencial. El resto de las ocupaciones registradas, hasta ciento cuarenta y tres diferentes, componen un importante muestrario de actividades y oficios artesanales característicos de las sociedades preindustriales⁴⁰¹.

Por otra parte, la estructura ocupacional considerada en su evolución interquinquenal, que nos muestra la tabla 70, no ofrece en sus rasgos generales información alguna que añadir a la anteriormente expuesta. No obstante, algunas particularidades si pueden ser reseñadas. Nos referimos concretamente a la presencia permanente, al menos desde 1855, de enfermos militares en el establecimiento y a los ingresos de individuos tildados de pordioseros a partir de 1864.

401 Al menos aparecen citadas una vez las siguientes ocupaciones: zapatero, panadero, albañil, tejedor, sirviente doméstico, sombrerero, latonero, canastero, botellero, hornero, tahonero, molinero, blanqueador, cerrajero, barbero, hortelano, sastre, confitero, postillón, botinero, estudiante, carpintero, cardador, escribiente, pastor, carnicero, tablero, batanero, espartero, impresor, carrero, presbítero, pellejero, cocinero, calesero, enfermero, ebanista, tintorero, herrador, cordonero, papelerero, costalero, esquilador, relojero, albardonero, cochero, picador, ascuero, organista, platero, militar, guardia civil, encuadernador, mandadero, colmenero, pañero, arriero, fundidor, corredor, cazador, herrero, aguador, caminero, calero, piconero, estanquero, ganadero, carretero, marinero, alfarero, prestidigitador, titiritero, tabernero, papelista, pordiosero, cantarero, porquero, aceñero, chocolatero, mendigo, marchante, abogado, músico, comerciante, traficante, guarnicionero, hojalatero, mozo de café, pintor, librero, dependiente del resguardo de sales, pesador de salinas, sereno, higuero, arenero, sillero, picapedrero, guardia municipal, maestro de primeras letras, alguacil del juzgado, propietario, arte de equitación, pescador, labrador, zagal de diligencias, tendero, cabrero, pertiguero de la parroquia, telegrafista, enterrador, empleado, albardonero, afilador, peón público, figurista, profesor de francés, embargador, cortador, medidor de granos, empedrador, cafetero, encalador, leñador, artesano, papelista de estado, talabartero, ayudante de escuelas públicas, practicante de farmacia, tejadero, carabinero, organista, minero, alpargatero, mozo de cordel, descubridor de aguas, cantarero, calderero, barquillero, cortador de carnes, tonelero, tortolero, sirviente del matadero y buñolero.

TABLA 70

ESTRUCTURA OCUPACIONAL DE LA POBLACION MASCULINA ASISTIDA
 PORCENTAJES SOBRE OCUPACIONES REGISTRADAS.

	total regis.	total ingres.	jorna- leros %	mili- tares %	pordio- seros %	otras %
1842-46	693	733	68,5	---	---	31,5
1847-53 ¹	1.452	1.517	73,5	---	---	26,5
1854-58	1.376	1.449	71,0	5,7	---	23,3
1859-63	1.281	1.320	73,9	6,5	---	19,6
1864-68	1.755	1.907	66,6	4,0	4,4	25,0

¹ es un quinquenio; faltan los registros de los años 1850 y 1851.

Fuente: Libros registro de ingresos..., libros 1349-1355.

Sobre la presencia de enfermos militares cabe sumar alguna precisión. La conveniencia de atender la hospitalidad militar en el establecimiento reunido de S. Sebastián había gozado ya de buena prensa entre sus administradores desde los primeros momentos de la reunión hospitalaria: por motivos económicos, tanto la Junta de Clavería como la Junta Municipal de Beneficencia solicitaron recibir pacientes militares. Aquella lo había hecho ofertando cinco reales y medio por estancia, amparándose en la real orden de 18 de agosto de 1836⁴⁰². La Junta de Beneficencia, por su parte, había pretendido, en 1848, la agregación directa de la curación de los enfermos militares; y, como alternativa, licitar cinco reales por estancia en la subasta convocada para su contratación⁴⁰³. Finalmente, fue la propia autoridad militar la que, en 1853, inquirió, con éxito, sobre la disponibilidad del hospital para la prestación de la asistencia a los enfermos militares⁴⁰⁴.

La normativa municipal para la contratación de esta asistencia se plasmó definitivamente en el Reglamento de 1876, de acuerdo con las disposiciones de rango mayor vigentes; el pago de las estancias producidas correría a cuenta de la administración militar⁴⁰⁵. El reglamento de 1899 confirmó estas actuaciones en términos prácticamente idénticos⁴⁰⁶. Justamente durante el año anterior, tras el regreso a la península del

⁴⁰² AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, lib. 1389.

⁴⁰³ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, lib. 1390.

⁴⁰⁴ No obstante, los pagos no siempre se harían con la oportunidad debida. En 15 de diciembre de 1868, la Junta reclamaba de la Administración militar "las estancias causadas en el Hospital por individuos del ejército", AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, leg. 652.

⁴⁰⁵ Reglamento para el régimen del hospital general de San Sebastián de Ecija (1876), art. 9º, *loc. cit.*

⁴⁰⁶ AME, Reglamento para el régimen del hospital general de S. Sebastián de Ecija (1899), art. 7º (cap. 1º), *loc. cit.*

Regimiento expedicionario de la guerra de Cuba, el ingreso de militares en el hospital había adquirido un protagonismo estelar. Nada menos que el 56,8 % de los ingresos masculinos de ese año correspondieron a soldados del Regimiento de Barcelona, nº 4⁴⁰⁷. Se produjeron estancias de enfermos militares al menos en 1913 y 1924 y 1925⁴⁰⁸.

Finalmente, los presidiarios, aunque no constituyen un grupo propiamente ocupacional, reúnen caracteres específicos a estos efectos de análisis. La presencia de estos enfermos, algo frecuente en el hospital reunido desde los inicios de su andadura, nunca fue ajena a la polémica. La Junta Municipal de Beneficencia manifestaba en 1847 la necesidad de sufragar las estancias causadas y las que hubieran de producirse con los fondos de la propia cárcel Nacional existente en la localidad⁴⁰⁹. Garay refería el traslado de la cárcel, en 1849, a un antiguo cuartel militar, apuntando que consecuentemente

"no se nota el frecuente paso de presos enfermos al hospital general que había antes, comprobando esta aserción las repetidas reclamaciones que en distintas ocasiones hicieron los médicos titulares acerca de lo mucho que se comprometía la salud pública con aquel foco de infección, particularmente en la estación rigurosa del estío"⁴¹⁰.

Una propuesta de ampliación del hospital, planteada por el Presidente de la Junta, en 1852, para el establecimiento de una sala destinada a la custodia de "reos de consideración" fue rechazada por la propia Junta, "dada la penuria económica de la Beneficencia y el tamaño de las obras a realizar"⁴¹¹.

⁴⁰⁷ AME, *Libros registro de ingresos, altas y defunciones del hospital de S. Sebastián*, libs. 1362-1363.

⁴⁰⁸ AME, *Presupuestos municipales*, libs. 3154-3165.

⁴⁰⁹ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, lib. 1390.

⁴¹⁰ GARAY Y CONDE, J.M. (1851), pp. 396-397.

⁴¹¹ *Ibid.*

Por otra parte, en el tramo final del periodo, se mantuvo el predominio de la afluencia de los jornaleros al centro hospitalario.

8.5. EL HOSPITAL. ENFERMOS Y ENFERMEDADES.

Si se hubiera de caracterizar como artefacto informativo alguna de las claves heurísticas histórico-médicas la elección recaería unánimemente sobre las propuestas de clasificación retrospectiva de las enfermedades elaboradas hasta la fecha. Jon Arrizabalaga⁴¹² no ha dudado en calificar de audaz y de anacrónico todo intento realizado al respecto, en razón del distanciamiento conceptual y terminológico de los saberes médicos históricos en relación a los más actuales y en aras a preservar la independencia del discurso histórico médico del siempre limitado influjo del conocimiento médico del presente. Arthur Imhof⁴¹³ ha señalado igualmente el problema epistemológico que supone la realización de diagnósticos retrospectivos y el riesgo añadido de descentrar la investigación de uno de sus focos esenciales, la caracterización del paciente.

El problema de las clasificaciones históricas parece, en efecto, insoluble por multitud de razones. A la ausencia de normalizaciones terminológicas hasta tiempos bien recientes se une la cambiante consideración de la enfermedad a lo largo de la historia y la consiguiente multiplicidad de clasificaciones de formas de enfermar elaboradas. Uno de los problemas radica precisamente en conjugar nuestra mentalidad con la de aquellos que registraron diagnósticos de enfermedad en el pasado. Sirva de nota en este momento la caracterización epidemiológica que de Ecija hacía Pascual Madoz en 1847:

"(...) las enfermedades más comunes, *fiebres intermitentes, viliosas [sic] y cólicos* de este género en el estío, atacando más comunmente a la gente del

412 ARRIZABALAGA, J. (1987-88)

413 IMHOF, A.E. (1977), pp. 143-144.

campo, como más expuesta a las insolaciones; en el invierno catarrros y alguna pulmonía ligera; pero estas enfermedades no propenden a degenerar en un carácter crónico, y rara vez se complican con otras de mal carácter y difícil curación. También es común el carbunco, con particularidad en los ganaderos y trabajadores del arte de la lana, y en los que usan de carnes mortecinas"⁴¹⁴.

Es fácil comprobar que la mitad de los términos empleados para designar condiciones morbosas carecen de paralelismo o de traducción inmediata al léxico médico actual. A pesar de ello, resulta inevitable un esfuerzo clasificador dado que la riqueza informativa subyacente supera el recelo del intérprete. Sólo resta, a nuestro juicio, como medida cautelar, la salvaguardia de la terminología de época y el registro riguroso de los detalles de la manipulación que se haya de realizar.

En nuestra investigación se han recuperado en un primer recuento 16.072 asientos diagnósticos registrados en cuarenta y cinco años de actividad asistencial del hospital de S. Sebastián de Eciija entre 1837 y 1872 y 1881 y 1889. Estos tramos cronológicos han sido escogidos en razón de que solamente en los años que comprenden se anotaron registros diagnósticos en número suficiente para llevar a cabo el análisis propuesto. Aunque en otras fechas figuran estos asientos, la inconstancia en su registro, que en algunos años es ausencia absoluta, ha imposibilitado su recuperación para este análisis. De hecho, los diagnósticos recogidos constituyen el 96,83 % de las 16.598 entradas de pacientes registradas en las mismas fechas. A estos efectos de análisis, el recuento independiente de nuestras bases de datos sólo añade para el tramo final del periodo los registros correspondientes al año 1918, en el que el 15 % de los 215 registros contabilizados no contiene esa información. No obstante, la virtualidad de esta nueva aproximación ha radicado en la ampliación de nuestros recursos analíticos, que nos han permitido presentar de forma combinada la información relativa a los diagnósticos, sexo y promedios de edad y de estancia

⁴¹⁴ MADOZ, P. (1847), p. 433.

causada por asistido para el total de años que componen las bases. A tal reconstrucción nos hemos ceñido preferentemente en el tratamiento de este nuevo material.

El agrupamiento de este ingente volumen de registros de enfermedad no ha sido fácil dada la gran variabilidad de los mismos. Desde los usuales registros de *fiebre, calenturas, o venéreo*, sin otra aclaración, hasta auténticas descripciones de accidentes y de sus consecuencias como, por ejemplo, una *contusión en el lado izquierdo del cuerpo de resultas de haberse desplomado y caído sobre el techo de una habitación, las piernas ulceradas de resultas de habérselas quemado. Gangrena, o este otro de una fractura en la mano. De bronquitis aguda. A los diez minutos de finar se abrió y extrajo un feto con vida al que se bautizó*, pasando por registros más técnicos del tipo de *amaurosis, hidrartrosis, dolor en la articulación isquio-femoral, monomanía, condilomas o aneurisma en el callao de la aorta [sic]*. Por lo demás, el lapso entre las dos etapas seleccionadas ha servido de referencia para captar la evolución del léxico médico utilizado en ese centro hospitalario.

En nuestro análisis hemos aplicado la clasificación realizada por Risse en su estudio del *Royal Infirmary* de Edimburgo entre 1770 y 1800, ligeramente modificada⁴¹⁵. Los elementos que la constituyen son los siguientes:

- enfermedades infecciosas
- enfermedades venéreas
- enfermedades respiratorias
- enfermedades digestivas
- trastornos nerviosos y mentales
- trastornos circulatorios
- enfermedades de la piel
- problemas oculares
- trastornos musculoesqueléticos
- problemas urinarios y renales
- afecciones ginecológicas
- otras afecciones médicas

- afecciones traumáticas

⁴¹⁵ RISSE, G.B. (1986), pp. 119-172.

tumores y cáncer
infecciones quirúrgicas
otras afecciones quirúrgicas

Sus rasgos más sobresalientes radican en la preservación de las terminologías y de las clasificaciones de la época, por un lado, y en la distinción que se realiza entre casos médicos y casos quirúrgicos, por otro. Sobre el proceso de ordenación hay que resaltar el predominio de registros diagnósticos en los que la localización de la lesión o de los síntomas o signos de mayor relevancia de la afección han sido, frente a la etiología, los elementos esenciales en su adscripción a un grupo determinado. Ejemplos de tal circunstancia son los siguientes: "afección al estómago", "doliente del pecho" o "mal en corazón" se han dispuesto bajo los epígrafes de enfermedades digestivas, respiratorias y circulatorias, respectivamente, al igual que erisipela, sarna, o herpes lo han sido bajo enfermedades de la piel.

En cuanto a la distinción entre casos médicos y casos quirúrgicos, Risse utiliza como criterio el carácter de la sala; en nuestro caso, ausente esta caracterización, hemos atendido sólo al registro diagnóstico, siguiendo miméticamente la distribución realizada por dicho autor. Tal distinción nos parece sumamente oportuna en el intento de descifrar la naturaleza de la asistencia prestada en el establecimiento. Un testimonio de la época incide sobre este particular. José María González de la Cotera, vocal facultativo de la Junta Municipal de Beneficencia ecijana en 1851, justificaba el incremento de la plantilla facultativa del hospital de S. Sebastián en los siguientes términos:

"que la gravedad de muchos de ellos [enfermos] exigía a veces consultas médicas y auxiliares en las frecuentes operaciones quirúrgicas que se practican y en la curación del considerable número de heridos que ingresan anualmente en el establecimiento (...)"⁴¹⁶.

⁴¹⁶ AME, Actas de la Junta Municipal de Beneficencia, Leg. 652.

La discusión general sobre los efectos de la asistencia hospitalaria dispensada en los dos últimos siglos, sobre todo cuando está en discusión su contribución a la disminución de las tasas de mortalidad comunitarias, habrá de tener necesariamente en cuenta ese tipo de testimonios. A tal fin, el reconocimiento de la actividad "quirúrgica" desarrollada en los hospitales y su posible cuantificación contribuirá sin duda a un mejor interpretación del fenómeno.

Para un análisis más fino de la patología atendida, es preciso recurrir al desglose de las entidades morbosas y afecciones registradas en los libros de entrada y salida de enfermos del hospital de S. Sebastián, según los criterios arriba expuestos, con referencia a su orden de frecuencias.

1/ **enfermedades infecciosas:**

	nº de casos
fiebres y calenturas	3.413
fiebres y calenturas intermitentes	750
fiebres tíficas	307
viruela	46
sarampión	14
parotiditis	10
gripe	1
escarlatina	1
tos ferina	1
angina diftérica	1
total	4.544

Las tres primeras denominaciones contienen entidades diagnósticas diferentes que se han agrupado del siguiente modo: *fiebre y calenturas* incluye fiebre, calenturas y una amplia pléyade de entidades que toman su nombre a partir de uno u otro de esos dos registros, con el añadido de diversos calificativos de la alteración del calor corporal. Al menos se han registrado fiebres o calenturas hética, lenta, mucosa, constipatoria, biliosa, atáxica, inflamatoria, gástrica, nerviosa, catarral, cerebral, mesentérica, urinaria, perniciosa, enterocolítica, pulmonar, maligna, inveterada y terciaria. *Fiebres y calenturas intermitentes* agrupa por su parte a tercianas, cuartanas y fiebres remitentes. *Fiebres tíficas*, por último, contienen

tabardillo, tifus y fiebres tifo, pútrida, soporosa y tifoidea. Tifus y fiebres tifoideas se han agrupado juntas porque hasta fechas posteriores no se distinguieron como entidades morbosas diferenciadas⁴¹⁷. El resto de denominaciones incluidas en el grupo sólo son entidades aisladas.

2/ **enfermedades venéreas:**

	nº de casos
venéreo	2.533
sífilis	291
gonorrea	13
flujo blanco o leucorrea	5
inflamación en los testículos	3
blenorragia	1
condilomas	1
total	2.847

Del conjunto de afecciones venéreas destaca sobremanera la extraordinaria incidencia de las agrupadas bajo el término venéreo, nada menos que un 88,97 % del grupo y un 15,26 % del total de enfermos diagnosticados durante todo el periodo, que incluye las afecciones así denominadas y todo un muestrario de manifestaciones propias de ese mal evolucionado, oftalmia, escrófulas, morfea, exóstosis, tisis, bubones, úlcera, sarna, herpes, hernia testicular y dolores venéreos. Durante el segundo tramo cronológico, entre 1881 y 1889, *sífilis*, introducido a partir de 1855, fue el término de uso más frecuente. Las particularidades de la asistencia dispensada a este tipo de enfermos, desde su admisión reglada por fundación hasta el tiempo empleado en su tratamiento, constituyen una de las señas de identidad del hospital de S. Sebastián. No es de extrañar la extraordinaria incidencia de los ingresos hospitalarios por males venéreos: un informe del Consejo de Castilla, en 1772, declaraba que "de 18.000 a 20.000 enfermos que ingresaban anualmente en los

⁴¹⁷ Según Mc KEOWN, T. (1976), p. 59, tal hecho sólo se produjo a partir de 1869.

hospitales de Madrid, unos 12.000 padecían enfermedades venéreas"⁴¹⁸.

3/ **afecciones traumáticas:**

	nº de casos
herido(a) y heridas	906
contusiones y caídas	390
mordedura	164
fractura	109
herido de bala	28
quemadura	26
dislocaciones y luxaciones	15
cuarentena de baños	11
picaduras	9
ahogado	3
cornada	2
sanguijuela	2
golpe airado	1
hueso en la garganta	1
dedo con espina	1
total	1.668

Este primer grupo de afecciones de las consideradas quirúrgicas contiene un amplio abanico de lesiones y heridas causadas por accidentes u otro tipo de incidencias externas. De entre las englobadas bajo el epígrafe *herido, herida, heridas*, el conjunto de afecciones mayoritario en el agrupamiento -más de la mitad del total-, las así denominadas son las más frecuentes, aunque a ellas se añaden otras que comparten en su descripción alguno de esos términos, como por ejemplo, "herida por una máquina de pan" o "herido en la tráquea" y, en los ochenta, tras la llegada del ferrocarril, "herido por el tren". Hay otras, sin embargo, que se han incluido sin contener ninguno de los registros señalados, como es el caso del diagnóstico "desgarramiento en sus partes genitales".

⁴¹⁸ SOUBERYROUX, J. (1980), p. 101. Todavía en 1883 se justificaba el internamiento de los pacientes sifilíticos con el siguiente argumento: "la verdadera profilaxis de este mal está en el aislamiento, y los hospitales cumplen satisfactoriamente esta indicación limitando los estragos de tan repugnante dolencia". CAPDEVILA, R.F. (1883), p. 77.

El segundo grupo en importancia, *contusiones y caídas*, incluye registros que a diferencia de los anteriores refieren las situaciones específicas que delatan. En este sentido indican propiamente el accidente, el resultado del accidente o ambos extremos a la vez. Tales son los casos de "caída", "herido de una caída" y "herido y contusiones", entre otras.

Como incidencias propias del mundo agrícola y rural son de destacar, por último, las lesiones causadas por *mordeduras* (de perro sobre todo, pero también de gato, cerdo, caballo y burro) que constituyen casi el 10% del total. En algunos casos especifican el estado del animal, "mordido de perro rabiando" y en otro registran simplemente "hidrofobia". En la segunda época "cuarentena de baños" indica la terapéutica apropiada ante esa eventualidad. Las *picaduras* de "bicho ponzoñoso" o de "bicho venenoso" refieren igualmente al medio rústico.

4/ **enfermedades respiratorias:**

	nº de casos
tisis	333
pulmonía	302
asma	272
afección de pecho	177
catarro	82
tuberculosis	75
afección pulmonar	45
dolor de costado	29
pleuritis y pleuricia	28
bronquitis	26
anginas	24
vómica	15
hemoptisis	11
laringitis	11
tos	7
úlceras pulmonar	5
afección en la garganta	3
inflamación de garganta	2
granulaciones en la garganta	2
afección en la pleura	2
constipado pulmonar	3
neumonitis	1
hipo	1
broncopulmonar	1
úlceras en la laringe	1
	1.458
total	

En el grupo de afecciones respiratorias destacan cuatro, *tisis, pulmonía, asma y afección de pecho*, que constituyen casi las tres cuartas partes del total. La de mayor incidencia, *tisis*, engloba el padecimiento así denominado y un conjunto de afecciones que comparten ese mismo término en la cabecera, completándolo con diferentes añadidos, tales como pulmonar, laríngea, lenta, tuberculosa, incurable y fiebre. *Tuberculosis*, que en la primera época sólo se registró en una ocasión, en 1870, se usó con más frecuencia que *tisis* a partir de 1881. El grupo *afección de pecho* lo compone un conjunto de entidades que comparten el término *pecho* en su registro: doliente, enfermo, dolor, opresión, afecto o simplemente *del pecho*. Coincidiendo con su destierro del léxico hospitalario en el segundo tramo cronológico, se asiste a un incremento en el uso de *bronquitis*. Finalmente, un caso de "perineumonía", apuntado en 1843, se ha incluido en *pulmonía*.

5/ enfermedades digestivas:

	nº de casos
diarrea	481
colitis y enterocolitis	126
dolor en el estómago o gastralgia	74
disenteria	70
cólico	49
cólera	44
afección en el vientre	36
gastritis	35
pujos	21
enteritis y gastroenteritis	21
ictericia	21
hepatitis	19
indigestión	12
flato ardiente	10
dispepsia	7
afección en el estómago	6
irritación en el estómago	5
peritonitis o dolor en el peritoneo	5
nausea	4
vómitos	3
solitaria	2
calor en el hígado	2
estrangulación intestinal	2
tabes mesentérica	2
afección de hígado	1
asiento de estómago	1
lesión en el estómago	1

debilidad en el estómago	1
absceso en el estómago	1
absceso en el hígado	1
cirrosis	1
úlceras intestinal	1
colerina	1
constipado	1
catarro intestinal	1
inflamación abdominal	1
parálisis intestinal	1
dolor de miserere	1
irritación en fauces	1
total	1.073

De entre las afecciones del sistema digestivo, la diarrea, también llamada "cursos", sin más especificaciones o en alguna de sus tres modalidades de registro, "biliosa", "colicuativa" y "senil", constituye el 44,82 % del total. Otros dos padecimientos con manifestaciones diarreicas, colitis y enterocolitis y disentería, ocupan las primeras posiciones en el rango de frecuencias, llegando incluso a presentar una mayor incidencia que aquella durante el segundo período. Con menores índices se registran cólico (a secas o "bilioso", "inflamatorio", "nervioso" y "miserere") y cólera. De esta última enfermedad, treinta y siete casos se diagnosticaron entre julio y octubre de 1855 -tres de ellos bajo el nombre de "cólera procedente del campo"-y seis de julio a noviembre del año siguiente. De estos, uno se registró como "fiebre tifoidea intensa efectos del cólera morbo asiático" y otro como "fiebre ha degenerado en cólera a los tres días de su admisión". El caso restante es un diagnóstico registrado en el asiento correspondiente a un paciente de 1854, que con toda probabilidad habría de reingresar en uno de los dos años siguientes, dada la falta de testimonios sobre la presencia de la enfermedad en ese año.

Los treinta y seis casos que comprende la denominación afección en el vientre se registraron como "debilidad", "obstrucción", "doliente", "dolores", "irritación" e "inflamación" de vientre. Por otro lado, hepatitis incluye "inflamación de hígado".

6/ otras afecciones médicas:

	nº de casos
dolores	414
vejez	280
cansancio, endeblez, debilidad	84
pie, brazo, mano mala	28
baldado e impedido	23
lactancia	14
hemorragia	9
clorosis	9
irritación	6
hipertrofia	4
inflamación interna	3
granulación	2
caquexia	2
aire	2
anemia	2
envenenamiento	2
dolor de clavo	1
falta de viabilidad	1
gavilanes en los pies	1
relajado el pie derecho	1
diabetes	1
septicemia	1
frenitis	1
hambre canina	1
insolación	1
embriaguez	1
mareos	1
relajación	1
total	896

En esta sección, que se organiza en torno a la escasa especificidad de sus registros, dolores y vejez son claramente mayoritarios. Junto con cansancio y debilidad (que también incluye "falta de fuerzas") y baldado e impedido suman un 89,39 % del total del grupo. Vejez o "senectud", como también se designa ese estado en la segunda época de nuestro estudio, pierde relevancia en esas mismas fechas. En el extremo opuesto de la edad, dos registros, lactancia y falta de viabilidad, se han incluido aquí por idéntico motivo. El primero de ellos refleja, además, la entrada del niño acompañando a su madre. El resto de padecimientos recogidos lo son a fuer de imprecisos.

7/ infecciones quirúrgicas:

	nº de casos
úlceras	429

gangrena	77
fístula	57
favo	56
divieso	34
apostema	33
absceso	32
inflamación o fluxión	29
llagas	27
otitis y otorrea	9
panadizo	8
flemón	5
furúnculo	4
granos	4
antrax	3
golondrino	2
pústula maligna	1
adenitis	1
total	811

Uno de estos procesos patológicos, úlceras, registrado a secas o con precisiones sobre su diverso carácter ("ventosas", "pútridas", "hurinasas", "sórdidas" o "incurables") o localización (en pierna, pie, boca, garganta, ano, escroto y testículos), constituye más de la mitad del grupo. La segunda afección en importancia numérica, gangrena, encierra diversas denominaciones indicativas de la evolución de la afección ("vegigas gangrénicas", "úlceras gangrenosas", "erisipela gangrena", "excrecencias gangrénica", "inflamación gangrena" o "gangrenismo general") e incluso, alguna referida a la condición del paciente enfermo, "gangrena senil". Uno y otro proceso disminuyen en su incidencia a partir de 1881. Fístula, en cambio, cobra desde esas fechas un mayor papel. El resto de procesos infecciosos aquí incluidos precisan por lo general su localización corporal.

8/ trastornos musculoesqueléticos:

	nº de casos
reuma y reumatismo (articular, muscular)	42
dolor articular	25
sobrecallo	31
dolor en extremidades	19
raquitismo	13
dolor en la espalda	8
anquilosis	6
tétanos	5
espina ventosa	4

caries en los huesos	4
hidrartrosis	2
artritis crónica	1
dolor muscular	1
gota	1
total	549

El absoluta protagonismo de los casos de reumatismo es el hecho más llamativo de este agrupamiento diagnóstico. Es de resaltar, además, la presencia de una terminología precisa y de gran riqueza conceptual. Buenos ejemplos de ello son *anquilosis*, *espinaventosa* o *hidrartrosis*. De entre *caries en los huesos*, destaca "*carie de Pot*" (*sic*), diagnosticada en 1860. Uno de los casos de tétanos se registró como "*tétano de resultas de una quemadura*".

9/ trastornos circulatorios:

	nº de casos
hidropesía	327
hinchazón o hinchado/edema/ascitis	53
hipertrofia del corazón	25
congestión cerebral	21
aneurisma	14
hemorroides	11
plenitud	10
pericarditis	9
congestión	7
anasarca	6
esplenitis	6
insuficiencias valvulares	6
congestión pulmonar	6
afección del corazón	4
elefantiasis	3
endocarditis	2
síncope	1
timpanitis	1
dolor en el corazón	1
lesión en el corazón	1
palpitación en el corazón	1
estrechez oblicua ventricular	1
estrechez auricular ventricular	1
dilatación ventricular	1
absceso ventricular	1
total	519

La incidencia de trastornos circulatorios en el hospital de S. Sebastián ha estado caracterizada durante el periodo analizado por el protagonismo casi absoluto de una sola entidad, la *hidropesía*, que por si misma, y aún registrando una notable disminución en la última etapa, ha constituido un 63 % del total del grupo. Tal denominación se ha completado en alguna ocasión con añadidos del tipo de "*humoral*", "*incurable*" o "*degeneración*". La comunidad semiológica de este proceso con otros como *hinchazón* o *hinchado*, *anasarca*, *edema*, *ascitis* y *timpanitis* acrecienta el predominio del derrame humoral entre el conjunto de trastornos circulatorios. Es asimismo reseñable la aparición en la segunda época de diagnósticos realizados por auscultación (lesiones valvulares cardíacas) y tras la práctica de la autopsia cadavérica (aneurismas).

10/ trastornos nerviosos y mentales:

	nº de casos
perlesía	158
demente	153
parálisis	59
afección en los nervios	57
hemiplejia y apoplejia	39
epilepsia	11
dolor de cabeza o cefalalgia	9
convulsiones	9
frenético	7
reblandecimiento cerebral	3
vértigos o mareos	2
paraplejía	2
accidente nervioso	2
San Vito	1
marasmo	1
neurosis	1
ataque cerebral	1
encefalitis	1
total	516

Dos términos, correspondientes, respectivamente, a una afección y a una agrupación de entidades, *perlesía* y *demente* comparten el predominio cuantitativo en este apartado de la clasificación. Si bien el primero no admite otro registro, el segundo da nombre a un grupo compuesto por esa misma denominación y otras como "*falto de razón*", "*idiota*", "*idiotismo*",

"enajenación mental", "maniaco", "manía furiosa", "monomanía", "histeria" o "lunático pacífico".

Afección en los nervios, por su parte, engloba ese mismo término y "dolores nerviosos", "neuralgia" y "debilidad nerviosa".

11/ enfermedades de la piel:

	nº de casos
erisipela	92
sarna	86
herpes	68
carbunco	61
erupción cutánea	57
escorbuto	12
San Lázaro /lepra	3
tiña	1
acné	1
pénfigo	1
total	382

Pocas aclaraciones han de hacerse sobre este conjunto de afecciones: la mayoritaria, erisipela, agrupa, además de la entidad así registrada, tumor y fiebre "erisipelatosos" y "erisipela negra"; escorbuto incluye "úlceras escorbúticas"; y herpes, esa denominación y "culebrilla", úlcera y diátesis "herpéticas", y "herpes maligno". Por lo demás, cabe subrayar la presencia de tres casos de lepra en las salas del hospital, dos nombrados "San Lázaro", y uno con ese nombre.

11/ tumores y cáncer:

	nº de casos
escrófulas	79
cáncer	47
cancro	41
tumor	40
bubones	29
úlceras cancerosas	29
cáncer uterino	15
zaratán	8
pólipo	5
tumor escirroso	4
excrecencias	4
cáncer en el estómago	8

Úlcera cancerosa uterina	1
tumor linfático	1
tumor fibroso	1
lobanillo en la rodilla	1
total	313

Las afecciones malignas resultan francamente mayoritarias de entre el conjunto; nos referimos al compendio de *cancro*, *cáncer*, *úlcera cancerosa* y los cánceres de los diversos órganos mencionados (además de los útero y estómago, aquí registrados, los de labio, lengua, boca, ingle, pierna, cara, maxilar, nariz y testículos). No obstante, del atenimiento a la clasificación realizada, *escrófulas*, con las modalidades que contiene, "tumores", "apostemas", "infarto", "llagas" y "adenitis" resulta el complejo de afecciones más frecuente. *Tumor* encierra esa denominación sin más especificaciones y tumores de diversas localizaciones, "ingle", "muslo", "pierna", "rodilla", "pie", "espalda", "brazo" y "sanguineos en la cabeza".

13/ problemas oculares

	nº de casos
oftalmia	173
mal en los ojos	81
debilidad/ mal en la vista	5
gota serena	2
amaurosis	1
granulación palpebral	1
total	263

El rasgo señero de este grupo es la pobreza del léxico utilizado. Así por ejemplo, *oftalmia*, que representa las dos terceras partes de los problemas oculares mencionados, sólo contiene esa acepción propiamente dicha y la misma con los añadidos "aguda", "crónica" y "palpebral". *Mal en los ojos*, por su parte, encierra, referidos a ese órgano, "irritación", "dolor", "inflamación", "afección" y "fluxión", además de "rija", "pañó" y "catarro".

14/ problemas urinarios y renales

disuria	30
retención u obstrucción de orina	17
incontinencia de orina	13
mal de orina	13
cistitis	6
nefritis albuminosa	4
iscuria	3
pujos de orina	3
catarro en la vejiga	3
cálculos/piedra en la orina	2
engurgitación de orina	1
flojedad en la vejiga	1
irritación en la uretra	1
callosidad en la uretra	1
dolor en la vía de la orina	1
irritación en la orina	1
albuminuria	1

total 101

Dos entidades, *nefritis albuminosa* y *albuminuria*, resaltan sobre las demás al requerir necesariamente su diagnóstico la práctica de análisis clínicos. Recogidas en la segunda etapa cronológica muestran una clara precisión técnica frente a la tosquedad de flojedad en la vejiga o irritación en la orina.

15/ afecciones ginecológicas

flujo de sangre	19
úlceras en el útero	14
sobreparto	9
hemorragia uterina o metrorragia	7
amenorrea	5
aborto	3
embarazo	3
parto	3
metritis	2
dolor o cólico en el útero	2
mal parto	1
fiebre puerperal	1
diarrea puerperal	1
llagas uterinas	1
infarto en la matriz	1
ovaritis	1
pelo de pecho	1
pechos malos	1

total 75

Las enfermedades propias de la mujer han tenido un escaso peso específico durante todo el período analizado. La posible inclusión en este grupo de los dieciseis casos de cáncer de útero y de los ocho de mama -zaratanes- registrados bajo el epígrafe tumores y cáncer no modificaría este hecho. El ingreso de "embarazadas" y de "parturientas", a partir de 1881, lo es en tan pequeño número que no indica ningún cambio en la práctica clínica desarrollada en el hospital.

16/ otras afecciones quirúrgicas

	nº de casos
hernia o quebrado	31
catarata	8
hidrocele	7
amputación de un miembro	3
fimosis y parafimosis	2
empiema	1
paracentesis	1
estrecheces en la uretra	1
extirpación de la pestaña	1
extracción de una verruga	1
vena descabezada	1
resección del nervio óptico	1
total	58

Este último grupo contiene un conjunto dispar de afecciones que comparten como única seña de identidad la necesaria intervención de los recursos de la cirugía para su resolución. Destaca, no obstante, la práctica de intervenciones quirúrgicas radicales -amputaciones de miembros- durante la segunda etapa.

Los primeros resultados de la clasificación de los asientos diagnósticos registrados en los "libros de enfermos" del hospital a lo largo del período de estudio se presentan en la tabla 71, una vez ordenadas las frecuencias de presentación de los diferentes grupos que la componen. Como se puede observar, dos conjuntos de afecciones, las enfermedades infecciosas y las venéreas concentran casi la mitad de los internamientos producidos en el establecimiento. Sus porcentajes sobre el total de ingresos alcanzan cotas muy superiores a las del resto de enfermedades. Se advierte pues la pervivencia en el marco

TABLA 71

ESTRUCTURA DE LA MORBILIDAD HOSPITALARIA. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS GRUPOS DIAGNOSTICOS. 1837-1889*

	nº de casos	% del total
enfermedades infecciosas	4.544	27,38
enfermedades venéreas	2.847	17,15
afecciones reumáticas	1.668	10,05
enfermedades respiratorias	1.458	8,78
enfermedades digestivas	1.073	6,46
otras afecciones médicas	896	5,40
infecciones quirúrgicas	811	4,89
trastornos musculoesqueléticos	549	3,31
trastornos circulatorios	518	3,12
trastornos nerviosos y mentales	516	3,11
enfermedades de la piel	382	2,30
tumores y cáncer	313	1,89
problemas oculares	263	1,58
problemas urinarios y renales	101	0,61
afecciones ginecológicas	75	0,45
otras afecciones quirúrgicas	58	0,35
no diagnosticadas	526	3,17
total	16.598	100

Fuente: AME, libros registro de ingresos... libros 1348-1356 y 1359-61.

* faltan los registros correspondientes a los años 1873-1880.

hospitalario de la estructura tradicional de la morbilidad, con un predominio absoluto de enfermedades transmisibles⁴¹⁹. Es destacable, además, la importante incidencia de las enfermedades respiratorias y de las digestivas, que conjuntamente alcanzan el 15,24 % del total. El predominio de estas y de las infecto-contagiosas en el medio hospitalario es rasgo distintivo de la morbilidad de los pobres, muy dependiente de trastornos derivados de la subalimentación⁴²⁰. Finalmente, la presencia de accidentados de diversa clase en tan alto número pone de relieve una cierta especialización sanitaria de la institución.

La evolución de sus respectivas distribuciones de frecuencias durante el periodo analizado aparece registrada en la tabla 72. Dos hechos destacan sobre cualquier otra consideración, en primer lugar, una tendencia a la disminución de la importancia de los dos grupos mayoritarios de enfermedades, lo cual para el caso de las infecciosas bien podría obedecer a simples cambios en el registro diagnóstico del tan ambiguo grupo de "fiebres y calenturas" que mayoritariamente lo componen. Por otro lado, la sostenida evolución al alza del grupo de afecciones traumáticas, acrecentada en los últimos nueve años con la duplicación de los internamientos registrados en la etapa anterior. Esta alta incidencia de ingresos de accidentados pudo deberse al incremento de la oferta asistencial como consecuencia de la introducción de los métodos antisépticos en el hospital. También podría reflejar los efectos de un incipiente desarrollo económico complementario de la tradicional actividad agrícola, lo cual habría conllevado la aparición de nuevos riegos laborales.

El importante protagonismo de los trastornos musculoesqueléticos en la última etapa, que concentró el 87,87 % de los casos de reumatismo registrados en todo el periodo, es

⁴¹⁹ CARASA SOTO, P. (1985), pp. 180-182.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 184.

TABLA 72

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS GRUPOS DIAGNOSTICOS.
EVOLUCION

	1837-45	1846-54	1855-63	1864-72	1881-89

1/ enfermedades infecciosas					
nº de casos	616	1.005	1.038	975	910
% del total	36,2	29,4	32,5	23,2	22,4
2/ enfermedades venereas					
nº de casos	433	700	498	767	449
% del total	26,1	21,3	17,3	19,0	11,0
3/ afecciones traumáticas					
nº de casos	94	193	265	364	752
% del total	5,5	5,6	8,3	8,7	18,5
4/ enfermedades respiratorias					
nº de casos	92	402	263	352	349
% del total	5,4	11,7	8,2	8,4	8,6
5/ enfermedades digestivas					
nº de casos	58	221	225	284	285
% del total	3,4	6,5	7,1	6,8	7,0
6/ otras afecciones médicas					
nº de casos	69	179	189	329	130
% del total	4,1	5,2	5,9	7,8	3,2
7/ infecciones quirúrgicas					
nº de casos	53	139	185	266	168
% del total	3,1	4,1	5,8	6,3	4,1
8/ trastornos musculoesqueléticos					
nº de casos	27	34	35	51	402
% del total	1,6	1,0	1,1	1,2	9,9
9/ trastornos circulatorios					
nº de casos	52	98	117	128	123
% del total	3,1	2,9	3,7	3,0	3,0
10/ trastornos nerviosos y mentales					
nº de casos	45	100	118	176	77
% del total	2,6	2,9	3,7	4,2	1,9
11/ enfermedades de la piel					
nº de casos	44	55	79	127	77
% del total	2,6	1,6	2,5	3,0	1,9
12/ tumores y cáncer					
nº de casos	31	66	42	93	81
% del total	1,8	1,9	1,3	2,2	2,0

TABLA 72 (cont.)

	1837-45	1846-54	1855-63	1864-72	1881-89
13/ problemas oculares					
nº de casos	10	37	47	103	66
% del total	0,6	1,1	1,5	2,5	1,6
14/ problemas urinarios y renales					
nº de casos	6	13	43	23	16
% del total	0,4	0,4	1,3	0,5	0,4
15/ afecciones ginecológicas					
nº de casos	6	17	12	8	32
% del total	0,4	0,5	0,4	0,2	0,8
16/ otras afecciones quirúrgicas					
nº de casos	9	6	11	7	25
% del total	0,5	0,2	0,3	0,2	0,6
no diagnosticadas					
nº de casos	59	159	23	157	128
% del total	3,5	4,6	0,7	3,7	3,1
totales					
nº de casos	1.704	3.424	3.190	4.210	4.670
% del total	100	100	100	100	100

 Fuente: AME, Libros registro de ingresos....., libs. 1349-1356
 y 1359-1361

otro hecho reseñable. Este fenómeno, coincidente con la evolución en sentido contrario del grupo de afecciones médicas inespecíficas, supondría la plena identificación clínica de la afección reumática y su consecuente desgajamiento de las designaciones propiamente sintomáticas. Otra notable disminución de internamientos en los últimos ocho años lo protagonizaron los individuos afectos de trastornos nerviosos y mentales. Dadas las trabas reglamentarias impuestas para la admisión de pacientes crónicos, la posesión de ese atributo por una gran parte de las entidades que componen el grupo podría explicar este hecho; el traslado de dementes a los centros de la beneficencia provincial de la capital constituía la solución de recambio. El resto de agrupaciones se mantuvo en proporciones parejas durante todo el período.

La respectiva evolución de los casos médicos y de los casos quirúrgicos se presenta en la tabla 73. En plena sintonía con lo expuesto anteriormente, se detecta un incremento sostenido de estos últimos en detrimento de los propiamente médicos. El ingreso del hospital en la "era antiséptica" parece confirmarse.

La tabla 74 expone la evolución de los registros diagnósticos. De forma coincidente con la anterior ordenación de agrupaciones diagnósticas, dos tipos de entidades, *calenturas y fiebres y venéreo y sífilis*, que se integraban, respectivamente, en los grupos de enfermedades infecciosas y enfermedades vénereas, ocupan las dos primeras posiciones, a gran distancia del resto, en el rango de frecuencias diagnósticas del hospital. Además, su evolución muestra un paralelismo casi absoluto con la de las agrupaciones a las que representan. De hecho, el incremento de las primera en la última etapa coincide con la menor incidencia en esas fechas de las *fiebres intermitentes* y de las *tíficas*, lo que podría suponer tan solo un menor cuidado en el registro de los diagnósticos. Los índices progresivamente crecientes de *heridas y contusiones* y la evolución en sentido contrario de *dolores, vejez y demente* refleja la evolución de los grupos diagnósticos a los que pertenecen. En cambio, la menor

TABLA 73

CLASIFICACION RETROSPECTIVA DE LOS ASIENTOS DIAGNOSTICOS DE LOS LIBROS DE ENFERMOS DEL HOSPITAL DE SAN SEBASTIAN. CASOS MEDICOS Y CASOS QUIRURGICOS, 1837-1889.

casos	1837-45	1846-54	1855-63	1864-72	1881-89
médicos					
número	1.458	2.861	2.664	3.32	2.916
%	85,56	83,56	83,51	78,93	71,64
quirúrgicos					
número	187	404	503	730	1.026
%	10,97	11,80	15,77	17,34	25,20
no consta					
número	50	159	23	157	128
%	3,46	4,64	0,72	3,73	3,14
TOTALES	1.704	3.424	3.190	4.210	4.0.

Fuente: AME, Libros registro de ingresos..., libs. 1349-1356 y 1359-1361.

TABLA 74

DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS DE LOS REGISTROS DIAGNOSTICOS
HOSPITAL DE S. SEBASTIAN, 1837-1889¹.

	1837-45	1846-54	1855-63	1864-72	1881-89	total

1/ Calenturas y fiebres						
casos	491	871	761	599	691	3.413
% tot.	28,8	25,4	23,9	14,2	17,0	20,6
2/ venéreo y sífilis						
casos	429	697	490	761	447	2.824
% tot.	25,2	20,4	15,4	18,1	11,0	17,0
3/ heridas						
casos	62	105	129	152	456	904
% tot.	3,6	3,1	4,0	3,6	11,2	5,4
4/ fiebres intermitentes						
casos	50	80	203	254	163	750
% tot.	2,9	2,3	6,4	6,0	4,0	4,5
5/ diarrea y enterocolitis						
casos	30	111	126	204	136	607
% tot.	1,8	3,2	3,9	4,8	3,3	3,7
6/ úlceras						
casos	17	87	132	171	22	429
% tot.	1,0	2,5	4,1	4,1	0,5	2,6
7/ dolores						
casos	23	90	99	166	36	414
% tot.	1,3	2,6	3,1	3,9	0,9	2,5
8/ tisis y tuberculosis						
casos	36	106	58	74	132	406
% tot.	2,1	3,1	1,8	1,8	3,2	2,4
9/ contusiones						
casos	15	40	68	100	167	390
% tot.	0,9	1,2	2,1	2,4	4,1	2,3
10/ hidropesía						
casos	45	77	97	91	17	327
% tot.	2,6	2,2	3,0	2,2	0,4	2,0
11/ fiebres tíficas						
casos	64	44	54	101	44	307
% tot.	3,8	1,3	1,7	2,4	1,1	1,8
(continuación)						
12/ pulmonía						
casos	19	79	30	85	89	302
% tot.	1,1	2,3	0,9	2,0	2,2	1,8

TABLA 74 (cont.)

	1837-45	1846-54	1855-63	1864-72	1881-188	total
13/ vejez						
casos	22	53	69	129	7	280
% tot.	1,3	1,5	2,2	3,1	0,2	1,7
14/ asma						
casos	5	60	78	66	63	272
% tot.	0,3	1,8	2,4	1,6	1,5	1,6
15/ afecciones de pecho						
casos	10	133	25	9	--	177
% tot.	0,6	3,9	0,8	0,2	--	1,1
16/ oftalmia						
casos	6	16	46	101	4	173
% tot.	0,4	0,5	1,4	2,4	0,1	1,0
17/ abscesos y analogos ²						
casos	5	15	33	62	55	170
% tot.	0,3	0,4	1,0	1,5	1,4	1,0
18/ mordeduras						
casos	3	15	32	60	54	164
% tot.	0,2	0,4	1,0	1,4	1,3	1,0
19/ perlesia						
casos	19	62	25	24	28	158
% tot.	1,1	1,8	0,8	0,6	0,7	1,0
20/ demente						
casos	3	19	33	70	28	153
% tot.	0,2	0,6	1,0	1,7	0,7	0,9
otras						
casos	350	664	603	941	1.431	3.989
% tot.	20,5	19,4	18,9	22,4	35,2	24,8
Totales	1.704	3.424	3.190	4.210	4.070	16.598

¹ faltan años 1873-1880.

² absceso, divieso, favo, apostema, furúnculo, panadizo y ántrax

Fuente: AME, Libros registro de ingresos .. 1348-1356 y 1359-1361.

presencia de enfermos con hidropesía en el último período responde a un cambio de designación del padecimiento. El caso de las afecciones de pecho refleja en grado extremo esta circunstancia.

De la distribución de frecuencias de los agrupamiento de los registros diagnósticos anotados en 1908 (tabla 75) surge como dato más relevante la enorme cuantía relativa de los internamientos de enfermos afectos de males venéreos. Casi una tercera parte de los ingresos realizados durante ese año atendieron a esa causa, una proporcionalidad jamás alcanzada en la historia del hospital. De otro lado, comparada con los resultados de años anteriores, la afluencia de pacientes con enfermedades infecciosas menguó en unos términos muy significativos. En menor medida, también decrecieron los ingresos a cuenta de afecciones traumáticas y de trastornos musculoesqueléticos. Contrariamente, se registró un incremento relativo de los enfermos de tumores y de cáncer.

Aunque con la cautela que obliga el extraer conclusiones de un recuento limitado a un solo año, los resultados obtenidos corroboran lo ya afirmado respecto a la escasa especialización médica del hospital de San Sebastián en esas fechas.

La tabla anterior también presenta las frecuencias porcentuales, computadas en función del sexo de los afectados, de los grupos diagnósticos de mayor relevancia numérica. En términos generales, durante todo el periodo, los hombres aventajaron a las mujeres en los ingresos sobrevenidos a cuenta de cada uno de los grupos diagnósticos. Cabe, sin embargo, subrayar la particular fisonomía de la presentación de los enfermos de males venéreos, que, como se recordará, acudieron durante mucho tiempo al hospital en respuesta a una oferta asistencial específica realizada por la institución. Así, durante el primer año de la serie, la afluencia de mujeres predominó sobre la de los hombres; en 1868, la presencia femenina fue igualmente de una gran entidad. Pero es en términos de

TABLA 75

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS PRINCIPALES GRUPOS DIAGNOSTICOS.

	1838	1848	1858	1868	1888	1908 ¹

1/ enfermedades infecciosas						
casos	112	101	135	177	116	10
% tot.	38,1	28,9	38,5	26,7	25,6	4,7
% homb.	60,7	89,1	80,0	81,9	72,4	60,0
% muj.	39,3	10,9	20,0	18,1	27,6	40,0
2/ enfermedades venéreas						
casos	73	94	57	103	40	63
% tot.	24,8	26,9	16,2	15,5	8,8	29,3
% hom.	49,3	71,3	77,2	55,3	77,5	68,3
% muj.	50,7	28,7	22,8	44,7	22,5	31,8
3/ afecciones traumáticas						
casos	12	10	27	60	87	32
% tot.	4,1	2,9	7,7	9,0	19,2	14,9
% hom.	100,0	50,0	85,2	86,7	74,7	84,4
% muj.	---	50,0	14,8	13,3	25,3	15,6
4/ enfermedades respiratorias						
casos	17	65	29	53	34	12
% tot.	5,8	18,6	8,3	8,0	7,5	5,6
% hom.	64,7	73,9	86,2	79,3	70,6	91,7
% muj.	35,3	26,2	13,8	20,8	29,4	8,3
5/ otras afecciones médicas						
casos	18	5	30	56	25	12
% tot.	6,1	1,4	8,6	8,4	5,5	5,6
% hom.	72,2	40,0	70,0	66,1	72,0	66,7
% muj.	27,8	60,0	30,0	33,9	28,0	33,3
6/ infecciones quirúrgicas						
casos	6	10	12	59	18	2
% tot.	2,0	2,9	3,4	8,9	4,0	0,9
% hom.	50,0	80,0	91,7	84,8	72,2	100,0
% muj.	50,0	20,0	8,3	15,3	27,8	---
7/ trastornos musculoesqueléticos						
casos	7	2	4	6	61	12
% tot.	2,4	0,6	1,1	0,9	13,5	5,6
% hom.	85,7	100,0	100,0	66,7	88,5	58,3
% muj.	14,3	---	---	33,3	11,5	41,7
8/ enfermedades digestivas						
casos	7	16	11	34	10	7
% tot.	2,4	4,6	3,1	5,1	2,2	3,3
% hom.	100,0	75,0	72,7	55,9	40,0	14,3
% muj.	---	25,0	27,3	44,1	60,0	85,7

TABLA 75 (cont.)

	1838	1848	1858	1868	1888	1908 ¹
9/ trastornos circulatorios						
casos	10	12	13	18	17	1
% tot.	3,4	3,4	3,7	2,7	3,8	0,5
% hom.	70,0	58,3	61,5	77,8	70,6	100,0
% muj.	30,0	41,7	38,5	22,2	29,4	---
10/ trastornos nerviosos y mentales						
casos	5	7	13	20	14	7
% tot.	1,7	2,0	3,7	3,0	3,1	3,3
% hom.	100,0	42,9	61,5	65,0	64,3	85,7
% muj.	---	57,1	38,5	35,0	35,7	14,3
11/ enfermedades de la piel						
casos	9	5	6	25	5	5
% tot.	3,1	1,4	1,7	3,8	1,1	2,3
% hom.	77,3	80,0	100,0	60,0	60,0	80,0
% muj.	22,2	20,0	---	40,0	40,0	20,0
12/ tumores y cáncer						
casos	5	11	3	15	6	12
% tot.	1,7	3,2	0,9	2,3	1,3	5,6
% hom.	100,0	36,4	100,0	80,0	83,3	66,7
% muj.	---	63,6	---	20,0	16,7	33,3

¹ el 14,88 de los registros no incluyen diagnóstico.
 Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350,
 1352-53, 1355, 1360-61 y 1364.

representación proporcional respecto de los ingresos totales de hombres y de mujeres donde esta particularidad resulta más evidente (tabla 76). La toma de las fricciones mercuriales fue prácticamente siempre (la excepción se produjo en 1888) más motivo de internamiento hospitalario para las mujeres que para los hombres; más de la tercera parte de los ingresos femeninos registrados durante 1838 lo fueron debido a este tipo de padecimientos. Para el caso de los enfermos de males infecciosos, el otro grupo mayoritario de usuarios del hospital, no se aprecian diferencias en este concepto.

De otro lado, los enfermos internados por padecimientos de carácter venéreo fueron casi siempre mayoritariamente solteros y solteras, salvo en 1838 en que fueron casados y casadas y en 1848 en que predominaron estas últimas (tabla 77).

La caracterización de los pacientes hospitalarios halla un nuevo perfil a partir del cálculo de dos nuevas magnitudes, los promedios de edad y de estancias causadas en el centro en su relación con los distintos agrupamientos diagnósticos (tabla 78). Con las reservas que suscitan la gran variabilidad de los registros (sobre todo en el caso de las estancias) y el escaso tamaño de la muestra (la cuantía de los registros que agrupamos en la mayoría de las categorías diagnósticas es muy limitada) podemos concluir afirmando la existencia de una doble tipología de pacientes internados: los que ingresaron por enfermedades infecciosas, por venéreas, por traumatismos y, en menor medida, por afecciones respiratorias, que engloban conjuntamente la mayoría de los enfermos asistidos, fueron más jóvenes y permanecieron menos tiempo en el centro que los que lo hicieron por otro tipo de padecimientos. A tales internos podemos calificarlos de afectos de males agudos. Los promedios de edades más avanzadas y de estancias más prolongadas de los restantes enfermos permiten que los caractericemos como afectos de males crónicos.

TABLA 76

DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE LOS GRUPOS DIAGNOSTICOS
DE MAYOR INCIDENCIA EN EL HOSPITAL DE S. SEBASTIAN.
DIFERENCIAS ENTRES LOS DOS SEXOS.

	1838	1848	1858	1868	1888	1908
ingr. homb.	188	260	279	488	334	148
ingr. muj.	106	89	72	176	119	67
enfermedades infecciosas						
% total homb.	36,2	34,6	38,7	29,7	25,1	4,1
% total muj.	41,5	12,4	37,5	18,2	26,9	6,0
enfermedades venéreas						
% total homb.	19,1	25,8	15,8	11,7	9,3	29,1
% total muj.	34,9	30,3	18,1	26,1	7,6	29,9

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350,
1352-53, 1355, 1360-61 y 1364.

TABLA 77

ENFERMEDADES VENEREAS Y ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ASISTIDA. DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS. PORCENTAJES.

	1838	1848	1858	1868	1888	1908
solteros	36,1	64,2	77,3	77,2	67,7	81,4
casados	52,8	23,9	13,6	22,8	22,6	16,3
viudos	11,1	11,9	9,1	0,0	9,7	2,3
solteras	29,7	37,0	53,8	82,6	66,7	80,0
casadas	48,6	44,4	38,5	15,2	22,2	20,0
viudas	21,6	18,5	7,7	2,2	0,0	0,0

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352, 1353, 1355, 1360, 1361 y 1364.

TABLA 78

PROMEDIOS DE EDAD Y DE ESTANCIAS CAUSADAS POR LOS ENFERMOS INGRESADOS. GRUPOS DIAGNOSTICOS.

	1838	1848	1858	1868	1888	1908

1/ enf. infecciosas						
estancia media	12	10	16	18	35	12
edad media	34	37	37	39	45	30
2/ enf. venéreas						
estancia media	39	49	40	26	27	23
edad media	32	31	27	26	26	23
3/ afec. traumát.						
estancia media	23	27	17	24	24	96
edad media	35	38	37	38	35	40
4/ enf. respirat.						
estancia media	15	39	45	27	19	21
edad media	38	46	44	38	44	51
5/ otras af. med.						
estancia media	66	19	106	26	31	52
edad media	49	47	54	63	37	54
6/ inf. quir.						
estancia media	40	34	18	41	60	36
edad media	52	53	49	47	42	48
7/ tras. mus-esq.						
estancia media	814	16	24	14	27	68
edad media	46	38	71	49	43	58
8/ enf. digest.						
estancia media	12	19	52	23	92	90
edad media	47	64	54	57	46	57
9/ tras. circul.						
estancia media	26	25	32	37	25	
edad media	39	53	57	56	50	62
10/ tras. nerv-men.						
estancia media	8	84	303	145	121	38
edad media	45	54	53	40	55	41

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348, 1350, 1352-53, 1355, 1360-61 y 1364

Pasados treinta años del periodo analizado, los registros diagnósticos del hospital apenas habían variado. En agosto de 1939, los padecimientos de los quince enfermos caracterizados como agudos de entre el total de veintiseis que albergaba el hospital eran los siguientes: cuatro de "tuberculosis", dos de "venéreo", dos "enfermos", y uno de cada una de estos trastornos, "contusión clavicular", "parálisis infantil", "úlceras talón derecho", "pleuresía purulenta", "reúma", "H de cúbito"; de uno no constaba el diagnóstico⁴²¹.

8.6. EL HOSPITAL. MORTALIDAD.

Pedro Carasa Soto ha subrayado el interés que reviste la mortalidad hospitalaria desde los puntos de vista demográfico y médico-sanitario y como elemento constitutivo de la historia social de la marginación⁴²². En lo que toca a los dos primeros aspectos, las proposiciones de Vicente Pérez Moreda han marcado la pauta interpretativa en el ámbito español⁴²³. Los factores culturales y los niveles higiénicos y técnico-sanitarios implicados en el control de la mortalidad dependen en gran medida de las condiciones económicas de las sociedades que les son propias. La mortalidad, por tanto, como componente demográfico de las sociedades agrarias tradicionales, ha dependido en su evolución de la evolución económica de tales sociedades. Conclusión: la hipótesis de una gran transformación económica que promoviera un cambio definitivo en los rasgos de presentación de la mortalidad no se ha verificado en estas sociedades tradicionales hasta finales del siglo pasado o incluso hasta la presente centuria.

⁴²¹ AME, Relación de Hermanas, Empleados y Enfermos Civiles que se encuentran en este Hospital de S. Sebastián en el día de la fecha (31 de agosto de 1939) loc. cit.

⁴²² CARASA SOTO, P. (1985), p. 188.

⁴²³ PEREZ MOREDA, V. (1980), pp. 51-54.

Pero ha sido Mc Keown quien en *The Modern Rise of Population*, publicado en 1976, marcó los cauces de una muy seguida interpretación del fenómeno. Además de haber certificado que la disminución de las tasas de mortalidad durante el siglo XVIII y parte del XIX no se debió a la interposición de medidas médicas, también ha señalado, eso sí de forma colateral, el papel "probablemente perjudicial" desempeñado durante ese período por el hospital en la contención de la mortalidad⁴²⁴.

El debate historiográfico sobre los niveles técnico-sanitarios del hospital, la calidad "científica" de la asistencia prestada en ellos y la propia eficacia de dicha asistencia, ha estado firmemente mediatizado por la aceptación de esos postulados. No de otro modo podrían justificarse, en base a la poca evidencia factual sobre la que se levantan, afirmaciones del tipo de las de Carasa, que ha caracterizado la mortalidad hospitalaria como "elevada y arcaica hasta tiempos bien recientes, escasamente significativa de una apreciable transformación hospitalaria y exponente de un retraso demográfico y sanitario manifiesto"⁴²⁵. O esta otra de Pérez Moreda, que en su sentido más absoluto equivaldría a negar toda función terapéutica a los centros hospitalarios: "la eficacia de la asistencia hospitalaria en el control de la mortalidad hasta fines del siglo XIX debe ser considerada nula"⁴²⁶. Conclusión que parece confirmarse a la luz de otro de sus dictámenes: "aunque se hubiese dispuesto de un correcto sistema hospitalario, su papel habría sido nulo, si no negativo, gran parte del período considerado, dado el desconocimiento existente en la época acerca de los mecanismos del contagio y de las elementales medidas antisépticas"⁴²⁷.

424 MC KEOWN, T. (1976), p. 150.

425 CARASA SOTO, P. (1985), p. 203.

426 PEREZ MOREDA, V. (1980), p. 471.

427 *Ibid.*

Sin negar de un modo absoluto la verosimilitud de cada una de las anteriores afirmaciones -quizás sean finalmente indiferentes para el análisis de la práctica asistencial de los hospitales-, se sugiere un cambio de perspectiva en la investigación del fenómeno de la mortalidad hospitalaria. Aunque no se cuestione el hecho de que ella sea un componente más de la mortalidad ordinaria, el nuevo planteamiento debería superar ese enfoque inicial, necesariamente reduccionista a fuer de totalizante, a la búsqueda de las peculiaridades de los establecimientos hospitalarios. Probablemente el interés demográfico de la mortalidad hospitalaria, que tanto ha mediatizado estas investigaciones, sea nulo y hayamos de concentrarnos en otros aspectos de la realidad de esas instituciones. Será, pues, en sus múltiples interrelaciones con las comunidades que los surten de medios económicos y de enfermos y que, por ende, los administran, donde deberán hallarse las claves analíticas de la asistencia dispensada en esos centros.

8.6.1. EVOLUCION DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA.

En este contexto discursivo, abordamos el análisis de los registros de mortalidad generados por la actividad asistencial del Hospital de S. Sebastián durante el periodo de algo más de cien años comprendido entre 1837 y 1941. Contamos, además, con los registros independientes de la serie de los años acabados en ocho, que nos permite ampliar el análisis con la incorporación de otras magnitudes hospitalarias. Antes se recogerán otras noticias sobre este registro asistencial en su relación con los de la población ecijana en su conjunto.

Aún reconociendo de antemano el carácter limitado de esta investigación, se pretende contribuir al debate sobre la "bondad terapéutica" del establecimiento hospitalario en la línea mencionada más arriba. Se presenta, además, una caracterización médico-sanitaria del fenómeno de la muerte en ese centro.

8.6.1.1. MORTALIDAD HOSPITALARIA Y POBLACION GENERAL.

Una primera aproximación al fenómeno de la muerte sobrevenida en el hospital de S. Sebastián consiste en cuantificar su significado en el ámbito global de la población ecijana. La tabla 79 ofrece alguna noticia al respecto. Con las limitaciones que los registros padronales de la ciudad han impuesto, destaca sobre cualquier otra consideración el escaso peso específico que representa la mortalidad hospitalaria: su más alta tasa, en 1887, sólo supuso 3,22 fallecidos por cada 1.000 habitantes⁴²⁸.

La Junta de Sanidad municipal en su resumen sanitario correspondiente al año 1864 proporciona otras informaciones de interés. La tabla 80 las recoge elaboradas. Como más significativas destacamos las siguientes: el 46,63 % de las defunciones ocurridas durante ese año lo fueron de personas que no recibieron asistencia sanitaria; en torno a una tercera parte del total de muertes ocurridas en la localidad correspondieron a niños no asistidos, de los que no se especificó la edad; la proporción de hombres y mujeres fallecidos en el hospital de S. Sebastián sólo alcanzó el 6,86 % del total de defunciones de ese año.

A todo esto habría que añadir el fallecimiento de "35 fetos de uno y otro sexo" y que la propia Junta sólo tenía noticia

"de 156 partos asistidos por la Comadrona y facultativos autorizados"⁴²⁹.

Estados sanitarios de años posteriores no indicarían una mejora de la renta sanitaria, entendida en este caso como un cambio en la proporcionalidad relativa de las muertes de adultos

⁴²⁸ Los porcentajes de muertes sobrevenidas en los tres principales hospitales de Madrid sobre el total de defunciones registradas en esa misma ciudad es sorprendente. Según datos de Carbajo Isla: tasas superiores al 50 % entre 1748 y 1807, salvo un 46,92 % en 1757; la cota máxima, en 1804, con un 69,38 por ciento, SOUBEYROUX, J. (1982), pp. 83-84.

⁴²⁹ AME, Estado sanitario de 1864, Actas de la Junta Municipal de Sanidad, leg. 708.

TABLA 79

MORTALIDAD HOSPITALARIA Y POBLACION ECIJANA

	nº de ha- bitantes	muertos hospital	muertes por 1000 habitantes
1844	19.900	30	1,51
1847	23.722	76	3,20
1857	28.758	71	2,47
1870-71	24.853	66	2,66
1877	25.237	70	2,77
1887	23.615	76	3,22
1900	24.732	63	2,55
1920	29.934	36	1,20
1940	34.944	37	1,06

Fuente: véase tabla 1; libros registro de ingresos ... 1349, 1352, 1356, 1357, 1358, 1360, 1363, 1366 y 1369.

TABLA 80

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE ECIJA
ESTADO SANITARIO (1864)

	hombres	mujeres	niños	total

no asistidos				
nº de muertes	53	54	301	408
% tot no asistidos	12,99	13,24	73,77	100
% parcial muertes	26,11	29,03	61,93	46,63
% total muertes	6,06	6,17	34,40	46,63
asistidos a domicilio				
nº de muertes	112	110	134	356
% total asistidos	31,46	30,90	37,64	100
% parcial muertes	55,17	59,14	27,57	40,69
% total muertes	12,80	12,57	15,31	40,69
asistidos en el hospital				
nº de muertes	38	22	---	60
% total asistidos	63,33	36,67	---	100
% parcial muertes	18,72	11,83	---	6,86
% total muertes	4,34	2,51	---	6,86
asistidos en la casa de expositos				
nº de muertes	---	---	51	51
% total asistidos	---	---	100	100
% parcial muertes	---	---	10,49	5,83
% total muertes	---	---	5,83	5,83
totales				
nº de muertes	203	186	486	875
% total muertes	23,20	21,26	55,54	100

Fuente: AME, Actas de la Junta Municipal de Sanidad,
leg. 708.

y de niños (como en el estado anterior, tampoco se especificó la edad). Como se expone en la tabla 81 las proporciones de defunciones infantiles superaron en los seis años registrados (los trienios 1869-71 y 1877-79) la mitad del total de óbitos ocurridos⁴³⁰. Se deberá tener presente al enjuiciar este hecho que la presencia de párvulos era, como ya se ha señalado repetidamente, anecdótica en el establecimiento hospitalario de S. Sebastián.

8.6.1.2. LA MUERTE EN EL HOSPITAL.

En términos generales, como se muestra en la tabla 82 y en el gráfico 10 las muertes ocurridas en el hospital presentan una evolución que corre pareja a la de los ingresos causados. Según se nota, la etapa de máxima actividad asistencial, si hemos de entender por ella la que reúne mayor número de ingresos y muertes producidos en el hospital, se extiende a lo largo de poco más de cincuenta años, coincidentes con la segunda mitad de la pasada centuria. Con el cambio de siglo se inicia un sostenido declive que alcanza la cota de más bajo rendimiento asistencial en el último quinquenio de la serie, en 1937-1941, coincidiendo con la guerra civil. En sentido opuesto, los indicadores de máxima actividad de ambas variables aparecen en el quinquenio 1867-1871.

En otro sentido, relacionando ingresos y óbitos causados en el hospital, la tabla 83 presenta nuevos datos para valorar la mortalidad hospitalaria: sus tasas descienden desde un 17,74 % para el primer cuarto de siglo en que hemos fracturado la serie hasta un 14,67 % correspondiente al último, ya en la presente centuria. No obstante, aunque de la tendencia estructural a la disminución parece deducirse una sustancial renta asistencial, las conclusiones son muy diferentes de analizar estas proporciones para períodos más cortos de tiempo. Desde esta perspectiva destaca, además, la incidencia los fenómenos propiamente coyunturales. La tabla 84 pone ambos hechos de

⁴³⁰ AME, Estados sanitarios mensuales y semestrales, Varios de hospital y beneficencia, leg. 702.

TABLA 81

ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD EN LA CIUDAD DE ECIJA.
1869-1879.

	hombres		mujeres		niños		total
	absol.	%	absol.	%	absol.	%	
1869	181	22,7	217	27,2	399	50,1	797
1870	211	21,8	211	21,8	547	56,4	969
1871	190	23,3	199	24,4	426	52,3	815
1877	190	21,7	183	20,9	502	57,4	875
1878	186	21,3	164	18,8	524	60,0	874
1879	209	25,0	176	21,1	451	53,9	836
total	1.167		1.150		2.849		

Fuente: Estados sanitarios mensuales y semestrales,
leg. 702.

TABLA 82

INGRESOS Y MORTALIDAD HOSPITALARIOS
DESVIACIONES PORCENTUALES RESPECTO A
LA MEDIA.

	ingresos	muertes
1837-41	-42,7	-38,6
1842-46	-41,3	-35,6
1847-51	16,8	24,0
1852-56	16,7	41,0
1857-61	9,7	20,9
1862-66	22,5	6,9
1867-71	56,2	48,6
1872-76	12,7	38,0
1877-81	40,7	22,4
1882-86	30,0	41,0
1887-91	35,4	37,6
1892-96	43,9	24,3
1897-01	21,2	31,2
1902-06	-24,5	-25,3
1907-11	-22,9	-30,6
1912-16	-42,1	-39,7
1917-21	-21,5	-26,8
1922-26	-20,9	-30,6
1927-31	-14,9	-30,3
1932-36	-31,3	-32,1
1937-41	-43,8	-46,2
medias	331,4	52,8

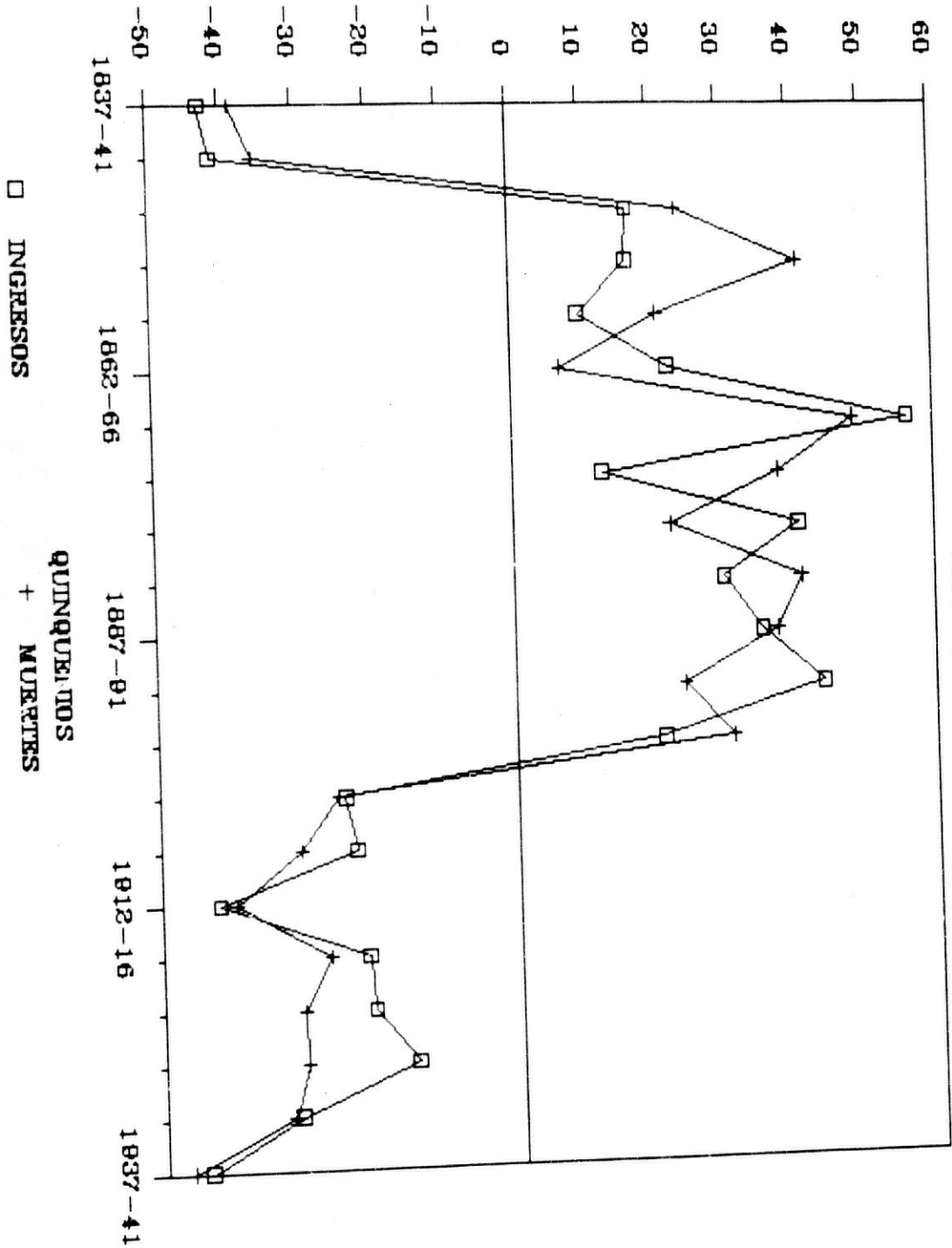
Fuente: AME, libros registro de ingresos..., 1348-1369.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

EVOL. DE INGRESOS Y MORTALIDAD HOSPIT.

GRAFICO 10

1837-1941



FUENTE: véase Tabla 82

TABLA 83

EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL DE SAN SEBASTIAN.

	ingresos	muertes	tasa mrt
1837-61	7.608	1350	17,74
1862-86	10.973	1733	15,79
1887-11	9.165	1417	15,46
1912-36	6.120	898	14,67

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libs. 1348-1369.

TABLA 84

EVOLUCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD EN EL HOSPITAL DE S. SEBASTIAN.

	ingresos	muertes	tasas general	hombres	mujeres
1837-41	949	162	17,1	16,2	19,1
1842-46	973	170	17,5	14,9	25,4
1847-51	1.936	327	16,9	14,5	23,8
1852-56	1.933	372	19,2	16,8	28,1
1857-61	1.817	319	17,6	13,9	29,8
1862-66	2.030	282	13,9	11,8	20,2
1867-71	2.589	392	15,1	12,9	20,9
1872-76	1.868	364	19,5	16,2	27,7
1877-81	2.332	323	13,9	11,9	19,2
1882-86	2.154	372	17,3	14,7	24,3
1887-91	2.243	363	16,2	13,9	22,2
1892-96	2.385	328	13,8	11,5	19,7
1897-01	2.009	346	17,2	14,6	25,3
1902-06	1.251	197	15,7	13,2	23,5
1907-11	1.277	183	14,3	11,2	22,9
1912-16	960	159	16,6	13,6	26,6
1917-21	1.300	193	14,8	12,7	20,6
1922-26	1.311	183	14,0	12,0	18,9
1927-31	1.410	184	13,0	11,0	17,3
1932-36	1.139	179	15,7	16,9	14,3
1937-41	931	142	15,3	20,6	10,6

Fuente: AME, libros registro de ingresos... libs.
1348-1369.

manifiesto. Las tasas quinquenales, que se sitúan en una banda numérica con valores comprendidos entre los 13 y los 19,5 puntos porcentuales, correspondientes, respectivamente, a 1927-1931 y a 1872-1876, indican, precisamente, la escasa firmeza de la evolución arriba establecida. Así por ejemplo, al 15,1 por ciento del quinquenio 1867-1871, la etapa de mayor acogida de enfermos en el establecimiento, le sigue en el siguiente, con 4,4 puntos porcentuales más, la mayor tasa de mortalidad del período. Parece que la actividad asistencial se mostraba atenta a los efectos de coyuntura, fuera esta económica, sanitaria o mixta.

A modo de contraste, aunque para un periodo cronológico anterior, los porcentajes de mortalidad hospitalaria sobre el total de entradas en los tres principales hospitales madrileños entre 1748 y 1807 muestran, según datos de Carbajo Isla recogidos por Soubeyroux, parecidas fluctuaciones: "la tasa media de 13,37 % entre 1748 y 1757 desciende a 10,90 % entre 1768 y 1777, luego un aumento durante los decenios siguientes (12,03 % entre 1798 y 1807)"⁴³¹.

A riesgo de identificar la salida de un paciente con su posible curación (la funcionalidad terapéutica depende sobre todo de la asistencia profesional y del empleo de recursos medicamentosos y quirúrgicos), la evaluación de la renta terapéutica del hospital puede ser discutida a través del análisis de las altas hospitalarias. Para ello disponemos de una serie cronológica que abarca los primeros veinticinco años de su andadura como establecimiento centralizado (la explicación de la elección de este tramo cronológico se ha realizado más arriba). La tabla 85 ofrece esos resultados. Cuatro quintas partes de los pacientes ingresados en el hospital reunido de S. Sebastián en cada uno de los cinco quinquenios en que se ha distribuido la muestra salen del establecimiento. A tenor de este rendimiento, la posible caracterización del hospital como centro de nula

431 SOUBEYROUX, J. (1982), p. 83.

TABLA 85

INDICES DE LETALIDAD Y DE CURACION EN EL HOSPITAL DE
SAN SEBASTIAN. 1837-1861.

	ingresos	muertes	altas	%	
				muertes	altas
1837-41	949	162	757	17,1	79,8
1842-46	973	170	772	17,5	79,3
1847-51	1.936	327	1585	16,9	81,9
1852-56	1.933	372	1572	19,2	81,3
1857-61	1.817	319	1493	17,6	82,2

Fuente: AME, libros registro de ingresos... libs.
1348-1353.

funcionalidad terapéutica nos parece poco fundamentada. Las tasas de curación, equivalentes en este caso a los porcentajes de altas hospitalarias, podrían corroborar la anterior hipótesis sobre la eficacia asistencial de la institución.

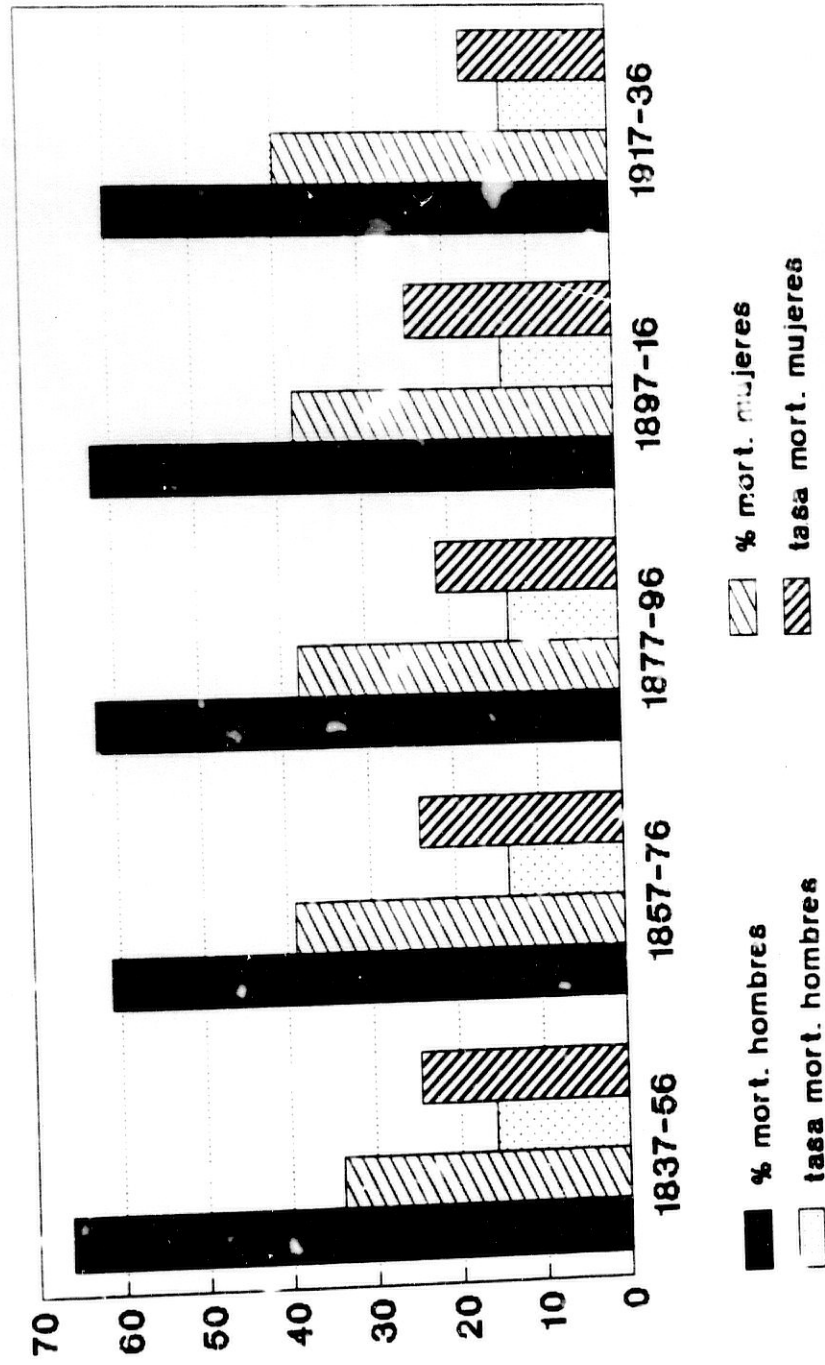
8.6.1.3. DETERMINACION SEXUAL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA.

De modo análogo a la particular determinación sexual de la acogida de enfermos en el establecimiento hospitalario de S. Sebastián, la estructura de la mortalidad en ese centro también presenta un marcado componente de género. Y ello, como el gráfico 11 revela, en un doble sentido. Si bien, por un lado, es mayor el número de muertes de hombres (no podría ser de otro modo, dado el predominio de su afluencia al hospital), por otro, inversamente, la tasa de mortalidad femenina es mucho mayor que la de aquellos. Nada menos que ocho puntos porcentuales y medio separan los valores de sus tasas generales para todo el período (1837-1936), 13,62 para los hombres y 22,21 para las mujeres.

En cuanto a la evolución temporal, tanto la tendencia estructural como la particular incidencia en ella de los efectos de coyuntura se confirman para los dos grupos resultantes de esta distribución. No obstante las coincidencias generales, se aprecian matices diferentes para uno y otro tipo de mortalidad. Si agrupamos las tasas por subperíodos de 25 años (tabla 86) observamos que, además de las muy superiores tasas de mortalidad en contra de la mujer en todos los períodos resalta también la mayor magnitud de la diferencia entre sus respectivas cotas máximas y mínimas: en torno a siete puntos porcentuales para las mujeres y poco más de dos para los hombres. Para la mujer, además, gran parte de esa mejora de resultados asistenciales se obtuvo en la centuria actual. A este respecto, es reseñable que las tasas de mortalidad femenina (tabla 84) mantengan una tendencia decreciente sostenida únicamente desde el quinquenio que comienza en 1917, justo a continuación de uno de los más

GRAFICO 11

DISTRIBUCION DE LA MORTALIDAD SEGUN SEXO (1837-1936)



Fuente: AME. Libro registro de ingresos... (1344 1369)

TABLA 86

DETERMINACION SEXUAL DE LA MORTALIDAD EN EL HOSPITAL DE
SAN SEBASTIAN. EVOLUCION DE LAS TASAS. 1837-1936.

	hombres			mujeres		
	ingresos	muertes	tasa mrt	ingresos	muertes	tasa mrt
1837-61	5.754	875	15,2	1.854	475	25,6
1862-86	8.002	1.070	13,4	2.971	663	22,3
1887-11	6.752	876	13,0	2.413	541	22,4
1912-36	4.210	545	12,9	1.910	353	18,5
1837-36	24.718	3.366	13,6	9.148	2.032	22,2

Fuente: AME, libros registro de ingresos... lbs. 1348-1369.

mortíferos desde que se tienen cifras. De modo significativo, los máximos valores para la mortalidad masculina se producen en los dos últimos quinquenios de la serie, coincidiendo con la guerra civil, justamente cuando se aprecia la inversión de la tendencia en el acceso de enfermos al establecimiento. Entre 1937 y 1941 ya es mayoritaria la entrada femenina en el hospital, y es precisamente en ese momento cuando la tasa de mortalidad femenina alcanza su cota mínima.

En líneas generales esta particular estructura de sexo de la mortalidad hospitalaria refleja un mayor arcaísmo en la asistencia prestada a la mujer. La superior proporcionalidad de las muertes femeninas definen e identifican a la mujer como grupo marginal por excelencia. Las mujeres ven limitado su acceso al establecimiento o acuden al mismo en menor medida que los hombres, pero una vez internadas presentan tasas de mortalidad muy superiores a las de estos. El ingreso femenino se produce, pues, retardado respecto al masculino, acompañado de una mayor gravedad de los padecimientos que lo causan. Las superiores tasas de mortalidad de las mujeres que finalmente acuden al hospital invalidarían esa supuesta mayor "fortaleza en la adversidad" femenina como explicación de la menor afluencia femenina al establecimiento. La obtención para el caso femenino de unos mejores coeficientes de rentabilidad terapéutica se retrasa, además, respecto a la del hombre y sólo se produce cuando el hospital ha dejado de ser el centro exclusivo de la hospitalidad benéfico-sanitaria. Por otra parte, las superiores tasas de mortalidad femeninas y las mayores oscilaciones interquinquenales que presentan denotan un importante desequilibrio en la función asistencial: las prestaciones dispensadas a las mujeres se muestran más atentas a los efectos de coyuntura y se reflejan en sus momentos críticos no tanto en el aumento de los ingresos, que también se produce, como en el de las muertes. Ejemplos de esta particular situación comportan los resultados asistenciales de los periodos 1852-1861 y 1902-1916, cuando se producen ingresos en número inferior a la media del periodo y tasas muy superiores a la suya propia. Por contra, para el caso masculino tal situación

sólo aparece al principio y al final de la serie, entre 1837 y 1846 y entre 1932 y 1941, precisamente cuando la asistencia hospitalaria presenta un mayor deterioro.

8.6.1.4. ESTRUCTURA DE EDAD Y MORTALIDAD.

La distribución por grupos de edad de los fallecimientos registrados en el hospital de S. Sebastián durante los diez años que conforman nuestras bases de datos arroja valiosos resultados (tabla 87). Los óbitos de los enfermos de edades comprendidas en el segmento central del rango fueron, por lo común, los más numerosos, aunque su predominio no fue equiparable al que ostentaron los internos de esas mismas edades en el cómputo general de ingresos. De hecho, en 1868 y en 1908, los pacientes de edades más avanzadas causaron el mayor número de muertes en el establecimiento. Por contra, las defunciones de los pacientes englobados en la banda de edades inferiores alcanzan porcentajes mucho menores.

La tabla 88, que ofrece las tasas de mortalidad de los internos de los tres grupos de edad, explica mejor este hecho: los pacientes de más de 60 años fallecieron en unas proporciones muy superiores a las de los otros dos grupos de edad, alcanzando valores próximos al 50 % y, en un año, en 1918, un valor superior. Las tasas de los internos de menor edad se situaron a gran distancia de las del resto de enfermos.

Aún es posible una mayor aproximación a la fisonomía de la mortalidad hospitalaria. Las tablas 89 y 90, referidas a la magnitud que integra los registros de mortalidad, edad y sexo de los internos, confirman los mayores porcentajes de los óbitos masculinos respecto de los femeninos en los tres grupos de edad y la circunstancia inversa en la expresión de las tasas de mortalidad (sobre todo en los segmentos central y superior del rango de edades). A este respecto, las mujeres mayores de 60 años presentaron tasas superiores al 50 % en cuatro de los diez años

TABLA 87

ESTRUCTURA DE EDAD Y MORTALIDAD EN EL HOSPITAL DE SAN SEBASTIAN.

	total muertes	de 1 a 20 años %	de 21 a 60 años %	> de 60 años %
1838	44	13,6	63,6	22,7
1848	68	1,5	63,2	35,3
1858	64	1,6	67,2	31,3
1868	84	3,6	45,2	51,2
1878	76	9,2	46,1	44,7
1888	70	2,9	61,4	35,7
1898	70	12,9	48,6	38,6
1908	35	2,9	40,0	57,1
1918	40	10,0	47,5	42,5
1928	31	12,9	54,8	32,3
medias	58,2	7,1	53,8	39,1

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 88

ESTRUCTURA DE EDAD Y MORTALIDAD.
TASAS DE MORTALIDAD.

	de 1 a 20 años	de 21 a 60 años	> de 60 años
1838	11,5	12,8	43,5
1848	3,4	15,9	48,0
1858	2,4	16,5	40,0
1868	2,4	9,7	29,5
1878	13,7	13,2	40,5
1888	2,8	14,8	27,2
1898	3,8	9,9	42,2
1908	2,1	12,0	40,0
1918	9,5	16,8	54,8
1928	8,2	9,8	13,7
medias	6,0	13,1	37,9

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 89

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
PORCENTAJES SOBRE LOS TOTALES ANUALES.

	de 1 a 20 años		de 21 a 60 años		> de 60 años	
	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %
1838	9,1	4,6	47,7	15,9	13,6	9,1
1848	1,5	0,0	35,3	27,9	26,5	8,8
1858	1,6	0,0	50,0	17,2	21,9	9,4
1868	3,6	0,0	33,3	11,9	32,1	19,1
1878	6,6	2,6	31,6	14,5	21,1	23,7
1888	2,9	0,0	40,0	21,4	22,9	12,9
1898	4,3	8,6	28,6	20,0	18,6	20,0
1908	2,9	0,0	28,6	11,4	25,7	31,4
1918	0,0	10,0	32,5	15,0	30,0	12,5
1928	3,2	9,7	35,5	19,4	19,4	12,9
medias	3,6	3,5	36,3	17,5	23,2	16,0

Fuente: AME, libros registro de ingresos... 1348, 1350,
1352, 1853, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 90

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
TASAS DE MORTALIDAD.

	de 1 a 20 años		de 21 a 60 años		> de 60 años	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
1838	13,8	8,7	14,7	9,2	37,5	57,1
1848	4,3	0,0	12,2	25,7	43,9	66,7
1858	3,1	0,0	15,2	22,0	37,8	46,2
1868	4,5	0,0	8,8	13,3	26,2	37,2
1878	15,6	10,5	11,9	17,2	36,4	45,0
1888	4,0	0,0	13,2	19,2	22,2	45,0
1898	1,5	19,4	6,8	27,5	33,3	56,0
1908	3,4	0,0	11,5	13,3	28,1	61,1
1918	0,0	25,0	14,9	23,1	57,1	50,0
1928	3,7	13,6	8,9	12,0	10,7	23,5
medias	5,4	7,7	11,8	18,2	33,3	48,8

Fuente: AME, libros registro de ingresos... 1348, 1350,
1352, 1853, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

de la serie y valores muy cercanos a esa mismo cifra en otros cuatro años.

Con las reservas a que obliga el carácter anual de la muestra analizada (incrementadas en este caso ante el exiguo número de muertes producidas durante algunos de los años de la serie) podemos concluir que nuestros resultados no avalan la caracterización usual del hospital decimonónico como "antesala de la muerte" de los asitados. Antes al contrario, las tasas de mortalidad de los pacientes de edades comprendidas en los dos primeros segmentos del rango parecen indicar una rentabilidad terapéutica acomodada a los niveles de tecnificación de la medicina hospitalaria de la época.

8.6.1.5. ESTADO CIVIL, LUGAR DE PROCEDENCIA Y MORTALIDAD.

El patrón de la muerte en las salas del hospital de S. Sebastián ecijano halla nuevos matices en el análisis de las magnitudes del fenómeno en su relación con el estado civil y la procedencia geográfica de los afectados. Las tablas 91 y 92, que atienden a la primera consideración, muestran un cierto equilibrio en la distribución de las frecuencias porcentuales de fallecimientos entre los tres grupos (los óbitos de los viudos predominaron en seis años, los de los casados en tres y los de los solteros en uno) y las muy superiores tasas de mortalidad de los viudos (en nueve de los diez años de la serie). A este respecto, hay un paralelismo evidente con la expresión de las tasas de los fallecidos de los tres grupos de edad: viudos, casados y solteros se corresponden, respectivamente, con los segmentos superior, central e inferior del rango de edades.

En cuanto al reflejo del lugar de procedencia de los asitados en la conformación del fenómeno de la muerte en el hospital, las tablas 93 y 94 muestran la mayor incidencia en términos absolutos y relativos de los fallecimientos entre los naturales de la localidad.

TABLA 91

ESTRUCTURA DE ESTADO CIVIL Y MORTALIDAD.
PORCENTAJES SOBRE LOS TOTALES ANUALES

	solteros %	casados %	viudos %	no consta %
1838	38,6	36,4	22,7	2,3
1848	26,5	26,5	47,1	0,0
1858	23,4	31,3	45,3	0,0
1868	26,2	33,3	40,5	0,0
1878	32,9	25,0	39,5	2,6
1888	22,9	40,0	31,4	5,7
1898	30,0	28,6	35,7	5,7
1908	34,3	28,6	37,1	0,0
1918	30,0	37,5	30,0	2,5
1928	32,3	38,7	25,8	3,2
medias	29,7	32,6	35,5	2,2

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 92

ESTRUCTURA DE ESTADO CIVIL Y MORTALIDAD.
TASAS DE MORTALIDAD.

	solteros	casados	viudos
1838	16,2	12,8	16,1
1848	13,8	13,5	37,2
1858	9,0	17,7	41,4
1868	6,4	14,1	28,6
1878	15,4	14,2	30,6
1888	8,8	19,7	22,7
1898	4,8	20,0	32,1
1908	10,3	17,9	40,6
1918	13,5	34,1	35,3
1928	8,0	12,4	16,3
medias	10,6	17,6	30,1

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65 y 1367.

TABLA 93

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES SEGUN EL
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS FALLECIDOS.
PORCENTAJES SOBRE LOS TOTALES ANUALES

	ecijanos %	foráneos %
1838	65,9	34,1
1848	73,5	26,5
1858	70,3	29,7
1868	72,6	27,4
1878	69,7	29,0
1888	70,0	30,0
1898	72,9	27,2
1908	74,3	25,7
1918	55,0	45,0
1928	83,9	16,1
medias	70,8	29,1

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65
y 1367.

TABLA 94

DISTRIBUCION DE LAS MUERTES SEGUN EL
LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS FALLECIDOS.
TASAS DE MORTALIDAD.

	ecijanos	foráneos
1838	20,3	10,0
1848	29,2	10,1
1858	22,5	12,6
1868	13,6	10,8
1878	21,5	14,4
1888	17,7	11,9
1898	21,3	4,7
1908	17,3	13,8
1918	25,9	17,8
1928	17,0	3,5
medias	20,6	11,0

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
1348, 1350, 1352-53, 1355, 1358, 1360-65
y 1367.

8.6.2. CAUSAS DE MUERTE EN EL HOSPITAL.

Los registros diagnósticos del hospital de S. Sebastián, ya clasificados anteriormente para mostrar la fisonomía de la enfermedad en su configuración hospitalaria, informan, además, sobre el carácter de la muerte sobrevenida en ese tipo de establecimientos. Es precisamente esa noticia, referida a los mismos registros (el diagnóstico no varía cuando se produce el óbito) y para idénticos tramos cronológicos, la que presenta la tabla 95. De su análisis destacamos los siguientes resultados:

1º. A diferencia de la distribución de frecuencias de los diferentes grupos de enfermedades, que, como se recordará, mostraba un desmedido protagonismo de dos tipos de afecciones (las enfermedades infecciosas y venéreas suponían casi el 50 % del total), la estructura de la mortalidad hospitalaria presenta un mayor equilibrio entre sus diferentes componentes.

2º/. En modo alguno hay coincidencia entre las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia y las causas de muerte más frecuentes. Por ejemplo, las señaladas anteriormente, infecciosas y venéreas, sólo ocupan el tercer y décimo puesto en esta última ordenación, representando conjuntamente poco más de diecisiete puntos porcentuales. Los trastornos circulatorios y las enfermedades digestivas y respiratorias presentan las mayores tasas de mortalidad específica.

3º/. En términos absolutos no hay graves diferencias en la exposición de los pacientes a una muerte diferente en razón de la variable sexo. Así, existe casi una absoluta coincidencia en la ordenación de los seis primeros grupos diagnósticos para ambos sexos, que concentran porcentajes superiores al 80 % en ambos casos. No obstante, las mujeres mueren en mayor proporción por trastornos circulatorios, estados inespecíficos (otras afecciones médicas), trastornos nerviosos y mentales, enfermedades venéreas y tumores y cáncer (en este último caso debido a la incidencia de cánceres de útero y de mama). La

TABLA 95

CLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE MUERTE. RANGO DE FRECUENCIAS
HOSPITAL DE S. SEBASTIAN 1837-1889*

	Hombres	Mujeres	Total

1/ enfermedades respiratorias			
nº de defunciones	390	196	586
% del total de muertes	14,32	7,20	21,51
% del parcial (sexo)	22,47	19,84	40,19
tasa de mrt específica			
2/ enfermedades digestivas			
nº de defunciones	318	184	502
% del total de muertes	11,67	6,75	18,43
% del parcial (sexo)	18,32	18,62	46,78
tasa de mrt específica			
3/ enfermedades infecciosas			
nº de defunciones	301	131	432
% del total de muertes	11,05	4,81	15,86
% del parcial (sexo)	17,34	13,26	9,51
tasa de mrt específica			
4/ trastornos circulatorios			
nº de defunciones	197	123	320
% del total de muertes	7,23	4,52	11,75
% del parcial (sexo)	11,35	12,45	61,78
tasa de mrt específica			
5/ otras afecciones médicas			
nº de defunciones	103	89	192
% del total de muertes	3,78	3,27	7,05
% del parcial (sexo)	5,93	9,01	21,43
tasa de mrt específica			
6/ trastornos nerviosos y mentales			
nº de defunciones	93	88	181
% del total de muertes	3,41	3,23	6,64
% del parcial (sexo)	5,36	8,91	35,08
tasa de mrt específica			
7/ infecciones quirúrgicas			
nº de defunciones	75	31	106
% del total de muertes	2,75	1,14	3,89
% del parcial (sexo)	4,32	3,14	13,07
tasa de mrt específica			
8/ afecciones traumáticas			
nº de defunciones	83	23	106
% del total de muertes	3,05	0,84	3,89
% del parcial (sexo)	4,78	2,33	6,35
tasa de mrt específica			

TABLA 95 (cont.)

	Hombres	Mujeres	Total
9/ tumores y cáncer			
nº de defunciones	32	32	64
% del total de muertes	1,17	1,17	2,35
% del parcial (sexo)	1,84	3,24	20,45
tasa de mrt específica			
10/ enfermedades venéreas			
nº de defunciones	33	20	53
% del total de muertes	1,21	0,73	1,95
% del parcial (sexo)	1,90	2,02	1,86
tasa de mrt específica			
11/ enfermedades de la piel			
nº de defunciones	25	8	33
% del total de muertes	0,92	0,29	1,21
% del parcial (sexo)	1,44	0,81	8,64
tasa de mrt específica			
12/ trastornos musculoesqueléticos			
nº de defunciones	18	6	24
% del total de muertes	0,66	0,22	0,88
% del parcial (sexo)	1,04	0,61	4,37
tasa de mrt específica			
13/ problemas renales y urinarios			
nº de defunciones	23	1	24
% del total de muertes	0,77	0,04	0,81
% del parcial (sexo)	1,21	0,10	21,78
tasa de mrt específica			
14/ afecciones ginecológicas			
nº de defunciones		23	23
% del total de muertes		0,84	0,84
% del parcial (sexo)		2,33	30,67
tasa de mrt específica			
15/ otras afecciones quirúrgicas			
nº de defunciones	8	3	11
% del total de muertes	0,29	0,11	0,40
% del parcial (sexo)	0,46	0,30	18,97
tasa de mrt específica			
16/ problemas oculares			
nº de defunciones	1	1	2
% del total de muertes	0,04	0,04	0,07
% del parcial (sexo)	0,06	0,10	0,76
tasa de mrt específica			

TABLA 95 (cont.)

	Hombres	Mujeres	Total
enfermedades sin diagnóstico			
nº de defunciones	36	29	65
% del total de muertes	1,32	1,06	2,39
% del parcial (sexo)	2,07	2,94	
 totales			
nº de defunciones	1.736	988	2.724
% del total de muertes	63,73	36,27	100

* faltan años 1873-1880.

Fuente: AME, Libros registro de ingresos... libs. 1348-1356
y 1359-1361.

situación inversa acontece en el resto de grupos diagnósticos, siendo especialmente relevante para las enfermedades infecciosas y para las afecciones traumáticas.

La tabla 96 presenta la ordenación de frecuencias y la diversa incidencia proporcional intersexual de las once causas más comunes de muerte en el hospital de S. Sebastián. En líneas generales quedan certificadas las anteriores explicaciones, pero, además, en cuanto a la diferente proporcionalidad en razón de género, se subrayan algunas particularidades. Proporcionalmente mueren más mujeres que hombres de *diarrea y enterocolitis, tisis, hidropesía, vejez y perlesía*. En este último caso, incluso mueren más mujeres que hombres en términos absolutos. Como se ve los mayores porcentajes de muertes de mujeres por desórdenes circulatorios, estados inespecíficos, y trastornos nerviosos hallan en los resultados de estos tres últimos estados su explicación. Para el resto de afecciones registradas la participación masculina es superior.

Por lo demás, los mínimos valores de las tasas de mortalidad específica de *fiebres y calenturas y males venéreos*, corroboran las anteriores apreciaciones sobre los grupos diagnósticos que los integran. Contrariamente, los padecimientos respiratorios y circulatorios especialmente graves como *tisis y tuberculosis, hidropesía y gangrena* registran altos índices de mortalidad. Pedro Carasa ha interpretado los resultados similares de los hospitales de la beneficencia madrileña en 1855 y los muy diferentes de los hospitales militares en las mismas fechas como indicativos de una menor competencia técnica de los centros benéficos⁴³². En nuestro caso, el contraste de estos balances en los dos tramos cronológicos de que venimos hablando permite añadir otra consideración (tabla 97). Aunque en números absolutos no hay grandes cambios, los fallecidos por afecciones respiratorias, digestivas, infecciosas y circulatorias

⁴³² CARASA SOTO, P. (1985), p. 187. No obstante, tales resultados podrían derivarse de la propia tipología de los usuarios de los establecimientos benéficos.

TABLA 96

RANGO DE FRECUENCIAS DE LAS CAUSAS DE MUERTE MAS COMUNES
HOSPITAL DE S. SEBASTIAN 1837-89*

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total
1/ diarrea y enterocolitis			
Nº de defunciones	222	136	358
% del total de muertes	8,15	4,99	13,14
% del parcial (sexo)	12,79	13,77	
tasa de mrt específica			58,98
2/ tisis y tuberculosis			
Nº de defunciones	175	116	291
% del total de muertes	6,42	4,26	10,68
% del parcial (sexo)	10,08	11,74	
tasa de mrt específica			71,67
3/ calenturas y fiebre			
Nº de defunciones	165	80	245
% del total de muertes	6,06	2,94	8,99
% del parcial (sexo)	9,50	8,10	
tasa de mrt específica			7,18
4/ hidropesía			
Nº de defunciones	122	82	204
% del total de muertes	4,48	3,01	7,49
% del parcial (sexo)	7,03	8,30	
tasa de mrt específica			62,39
5/ fiebres tíficas			
Nº de defunciones	110	43	153
% del total de muertes	4,04	1,58	5,62
% del parcial (sexo)	6,34	4,35	
tasa de mrt específica			49,84
6/ vejez			
Nº de defunciones	74	69	143
% del total de muertes	2,72	2,53	5,25
% del parcial (sexo)	4,26	6,98	
tasa de mrt específica			51,07
7/ asma			
Nº de defunciones	81	28	109
% del total de muertes	2,97	1,03	4,00
% del parcial (sexo)	4,67	2,83	
tasa de mrt específica			40,07
8/ perlesia			
Nº de defunciones	31	58	89
% del total de muertes	1,14	2,13	3,27
% del parcial (sexo)	1,79	5,87	
tasa de mrt específica			56,33

TABLA 96 (cont.)

	Hombres	Mujeres	Total
9/ pulmonía			
Nº de defunciones	57	25	82
% del total de muertes	2,09	0,92	3,01
% del parcial (sexo)	3,28	2,53	
tasa de mrt específica			27,15
10/ gangrena			
Nº de defunciones	37	17	54
% del total de muertes	1,36	0,62	1,98
% del parcial (sexo)	2,13	1,72	
tasa de mrt específica			70,13
11/ venéreo y sífilis			
Nº de defunciones	33	18	51
% del total de muertes	1,21	0,66	1,87
% del parcial (sexo)	1,90	1,82	
tasa de mrt específica			1,81
otras			
Nº de defunciones	629	316	945
% del total de muertes	23,09	11,60	34,69
totales			
Nº de defunciones	1736	988	2724
% del total de muertes	63,73	36,27	100

 Fuente: AME, Libros registro de ingresos..., libs. 1349-1356
 y 1359-1361.
 * faltan años 1873-1880.

TABLA 97

EVOLUCION DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL HOSPITAL DE
S. SEBASTIAN. 1837-1889.

	1837-72	1881-89
1/ enfermedades respiratorias		
% del total de muertes	22,20	19,35
tasa de mrt específica	41,48	36,10
2/ enfermedades digestivas		
% del total de muertes	,08	22,73
tasa de mrt específica	44,92	51,93
3/ enfermedades infecciosas		
% del total de muertes	16,17	14,90
tasa de mrt específica	9,22	10,66
4/ trastornos circulatorios		
% del total de muertes	11,44	12,75
tasa de mrt específica	60,00	67,48
5/ otras afecciones médicas		
% del total de muertes	8,35	2,92
tasa de mrt específica	22,58	14,62
6/ trastornos nerviosos y mentales		
% del total de muertes	7,34	4,30
tasa de mrt específica	34,62	36,36
7/ infecciones quirúrgicas		
% del total de muertes	4,54	1,84
tasa de mrt específica	14,62	7,14
8/ afecciones traumáticas		
% del total de muertes	2,90	7,07
tasa de mrt específica	6,55	6,12
9/ tumores y cáncer		
% del total de muertes	2,32	2,46
tasa de mrt específica	20,69	19,75
10/ enfermedades venéreas		
% del total de muertes	2,41	0,46
tasa de mrt específica	2,09	0,67
11/ enfermedades de la piel		
% del total de muertes	1,25	1,08
tasa de mrt específica	8,52	9,09
12/ trastornos musculoesqueléticos		
% del total de muertes	0,48	2,15
tasa de mrt específica	6,80	3,48

TABLA 97 (cont.)

	1837-72	1881-89
13/ problemas renales y urinarios		
% del total de muertes	0,87	0,92
tasa de mrt específica	21,18	37,50
14/ afecciones ginecológicas		
% del total de muertes	0,63	1,54
tasa de mrt específica	30,23	31,25
15/ otras afecciones quirúrgicas		
% del total de muertes	0,24	0,92
tasa de mrt específica	15,15	24,00
16/ problemas oculares		
% del total de muertes	0,10	0,00
tasa de mrt específica	1,02	0,00
17/ enfermedades no diagnosticadas		
% del total de muertes	1,69	4,61
TOTAL DE MUERTES	2072	651

 Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-1356
 y 1359-1361

constituyen el grupo predominante, en términos de mortalidad específica sí se aprecia una notable diferencia. Nos referimos a aquellos padecimientos para los que los recursos de la cirugía constituyen la obligada indicación terapéutica: tanto las infecciones catalogadas como quirúrgicas como el gran grupo de accidentados y contusionados presentan índices mejorados en la segunda etapa. El balance de este último grupo entre 1881 y 1889 (el descenso de la tasa de mortalidad) es significativo ya que la proporción de muertes por esa causa sobre los óbitos totales triplica la del período anterior. Es posible que los recursos antisépticos hubieran cobrado carta de naturaleza en esos años.

Presentamos a continuación la totalidad de los diagnósticos de muerte agrupados bajo sus respectivos epígrafes y ordenados según el valor de sus respectivas frecuencias:

1/ enfermedades respiratorias

	nº de casos	
	hombres	mujeres
tisis	151	99
asma	81	28
pulmonía	57	25
afección en el pecho	37	9
tuberculosis	24	17
vómica	8	5
catarro	4	5
afección pulmonar	4	-
úlceras pulmonar	3	-
bronquitis	7	3
afección de pleura	2	4
laringitis	4	-
hemoptisis	2	-
dolor de costado	2	-
afección en la garganta	2	-
tos	1	1
hipo	1	-

2/ enfermedades digestivas

	nº de casos	
	hombres	mujeres
diarrea	167	95
cólera	23	6
colitis	55	41

disenteria	21	18
dolor en el estómago	7	1
ictericia	6	1
gastritis	4	3
hepatitis	9	4
enteritis y gastroenteritis	11	3
afección en el vientre	2	2
cólico	2	1
afección en el peritoneo	1	1
tabes mesentérica	1	1
peritonitis	1	1
lesión en el estómago	1	-
irritación gástrica	1	-
absceso en el estómago	1	-
cirrosis	1	-
nausea	-	1
pujos	-	1
estrangulación intestinal	-	1
úlceras intestinal	-	1
solitaria	-	1
absceso en el hígado	-	1
miserere	1	-
inflamación abdominal	1	-
catarro intestinal	1	-
dispepsia	1	-

3/ enfermedades infecciosas

	nº de casos	
	hombres	mujeres
fiebres y calenturas	165	80
fiebres tíficas	110	43
calenturas intermitentes	17	5
viruela	8	2
parótidas	1	1

4/ desórdenes circulatorios

	nº de casos	
	hombres	mujeres
hidropesia	122	82
hipertrofia en el corazón	15	9
congestión cerebral	14	7
aneurisma	5	3
anasarca	4	2
congestión pulmonar	4	2
hidropericarditis/pericarditis	3	4
hinchado/edema/ascitis	12	6
congestión	3	3
esplenitis	5	-
insuficiencia valvular	3	1
endocarditis	2	-
afección en el corazón	1	-

lesión en el corazón	1	-
timpanitis	1	-
síncope	1	-
hemorroides	-	1
estrechez auricular ventricular	-	1
elefantiasis	-	1
estrechez oblicua ventricular	1	-
dilatación ventricular	-	1

5/ otras afecciones médicas

	nº de casos	
	hombres	mujeres
vejez	74	69
dolores	9	6
debilidad	4	3
baldado	4	1
hipertofia	2	1
clorosis	-	3
endeblez	3	-
inflamación	-	2
lactancia	1	1
falta de viabilidad	1	1
anemia general	-	1
hemorragia	1	-
inflamación interna	1	-
mano mala	-	1
aire	1	-
septicemia	1	-
diabetes	1	-

6/ trastornos nerviosos y mentales

	nº de casos	
	hombres	mujeres
perlesia	31	58
parálisis	17	15
apoplejía/hemiplejía	14	5
demente	11	4
convulsiones	4	1
epilepsia	4	1
reblandecimiento cerebral	4	1
dolor nervioso	2	1
paraplejía	1	1
marasmo	1	-
neuralgia	1	-
ataque cerebral	1	-
San Vito	-	1
afección nerviosa	1	-
encefalitis	1	-

7/ infecciones quirúrgicas

nº de casos

	hombres	mujeres
gangrena	37	17
úlceras	18	9
absceso	2	2
favo	5	-
apostema	2	1
inflamación en las piernas	1	-
inflamación en la boca	-	1
fístula	3	-
divieso	2	-
llagas	1	1
otitis	1	-
flemón difuso	1	-
pústula maligna	1	-
golondrino	1	-

8/ afecciones traumáticas

	nº de casos	
	hombres	mujeres
herido	39	2
contusiones	17	14
quemadura	7	5
fractura	6	2
herida de bala	9	-
ahogado	2	-
hidrofobia	1	-
mordido de perro rabioso	2	-

9/ tumores y cáncer

	nº de casos	
	hombres	mujeres
cáncer	9	9
cancro	6	4
úlceras cancerosas	7	3
cáncer de útero	-	9
escrófulas	4	3
úlceras cancerosas	2	-
cáncer en el estómago	2	-
úlceras cancerosas uterinas	-	1
pólipo	1	-
escirro en el píloro	-	1
tumor fibroso	-	1
lobanillo en la rodilla	1	-
tumor en la espalda	-	1

10/ enfermedades venéreas

	nº de casos	
	hombres	mujeres

venereo	30	17
flujo blanco	-	2
sífilis	3	1

11/ enfermedades de la piel

	nº de casos	
	hombres	mujeres
carbunco	11	-
erisipela	7	3
escorbuto	3	2
herpes	2	2
San Lázaro	1	1
erupción cutánea	1	-

12/ problemas urinarios y renales

	nº de casos	
	hombres	mujeres
incontinencia de orina	7	-
retención/detención de orina	5	-
nefritis albuminosa	3	-
mal de orina	2	-
disuria	2	-
cistitis	1	1
iscuria	1	-
albuminuria	1	-
catarro en la vejiga	1	-

13/ trastornos musculoesqueléticos

	nº de casos	
	hombres	mujeres
reúma	10	3
tétano	4	1
raquitismo	2	1
dolores en los pies	1	-
espina ventosa	-	1
caries en el fémur	1	-

14/ afecciones ginecológicas

	nº de casos
Úlcer. a uterina	6
flujo de sangre/flujo	5
metrorragia	3
sobre parto	3
metritis	2
fiebre puerperal	1
mal parto	1
llagas rectovaginales	1
suspensión del menstruo	1

15/ otras afecciones quirúrgicas

	nº de casos	
	hombres	mujeres
hernia	6	3
hidrocele con miserere	1	-
amputación e infección purulenta	1	-

16/ problemas oculares

	nº de casos	
	hombres	mujeres
oftalmia crónica	-	1
ojos malos	1	-

8.7. LA ESTACIONALIDAD DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.

Como indicador socio-sanitario, la estacionalidad revela el grado de servidumbre o de independencia del hospital respecto de factores exógenos a su propia justificación sanitaria. En este sentido, tanto el año agrícola como otros factores ligados a las particulares condiciones ambientales y geográficas de la localidad podrán incidir en la determinación de los diversos componentes de la asistencia hospitalaria. Desde estas coordenadas, pretendemos sopesar el grado de conjunción del hospital de S. Sebastián con la comunidad en que desarrolla su acción.

Los testimonios de la época son concluyentes sobre la incidencia del año climático y agrícola en la conformación de la demanda asistencial. Así, por ejemplo, la Junta Municipal de Beneficencia afirmaba en sesión de 27 de noviembre de 1846 la necesidad de proceder a empadronar a la clase jornalera en razón de

"que experimentándose en esta ciudad en los más de los años en la estación de invierno la escasez de trabajo que por razón de los temporales experimenta la clase menesterosa, viéndose [esta] precisada a mendigar una subsistencia (...)"⁴³³.

⁴³³ AME, Actas de la Junta Municipal de Beneficencia, leg. 652.

La misma agencia informaba en sesión de 6 de enero de 1868 sobre

"el estado afligido en que se encuentra la clase menesterosa en su mayoría a tocar los rigores de la miseria efecto de la carestía de los artículos de primera necesidad y de la paralización de los trabajos; que las estancias en el hospital habían aumentado considerablemente (...)"⁴³⁴

Todavía en 1891, se destinaron 15.500 pesetas para el capítulo de Auxilios benéficos en épocas de carestía del presupuesto adicional de beneficencia del año económico de 1891-92,

"para formalizar los socorros facilitados en la pasada calamidad a las clases trabajadoras por efecto de la paralización de las tareas agrícolas con motivo de las lluvias"⁴³⁵.

Como contrapunto, la incidencia de enfermedades estacionales y su influjo en la conformación de la cobertura asistencial es otro hecho contrastado. Sobre ellas (concretamente sobre la amenaza de cólera) se afirmaba desde el Ayuntamiento ecijano, en 1865, que a su

"curación y socorro de los pobres invadidos no puede atenderse por diferentes causas con la Hospitalidad general establecida y sí por medio de la domiciliaria (...)"⁴³⁶.

También sacando a colación la existencia de los ciclos estacionales en la exposición a distintas enfermedades, *El Periódico de Ecija* denunciaba, en 1880, la falta de infraestructura higiénico-sanitaria de la ciudad y auguraba que

434 *Ibid.*

435 AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3124.

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

"(...) llegará el verano, y con él una epidemia de viruelas u otra cualquiera enfermedad como la que sufrimos todos los años (...)"⁴³⁷.

Un escrito de la Junta Municipal de Beneficencia, fechado en 1850, ofrece en toda su dimensión el calado del hecho estacional. La solicitud de autorización a la municipalidad para la formalización de un presupuesto adicional del hospital se argumentaba del siguiente modo:

"(...) en la actualidad [marzo] existen en el mismo más de 50 [estancias], que en lo que va de año no ha disminuido un día de este número, y finalmente que en adelante ha de exceder del mismo, atendiendo no sólo a la estación próxima en que por lo regular hay más enfermedades, sino también a que esta ha de ser más numerosa en razón a 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 que hoy existen y se presentan"⁴³⁸.

La presentación y discusión de este tipo de fenómenos ocupan los siguientes párrafos de nuestra exposición.

El análisis de las series temporales hospitalarias (de ingresos, de estancias, de altas y de muertes; subseries de ingresos de hombres, de mujeres, de casados, de solteros, de viudos, de vecinos y de transeúntes y de muertes de hombres y de mujeres) se ha realizado siguiendo la metodología Box-Jenkins⁴³⁹. Antes, como es preceptivo, se describieron las series temporales⁴⁴⁰ y se realizaron tests de hipótesis en cada

⁴³⁷ QUERER es poder (1880) *El Periódico de Ecija*, 2 (nº 28).

⁴³⁸ AME, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 703.

⁴³⁹ En el análisis se usó el programa 2T del paquete BMDP. Una introducción a los fundamentos de la metodología empleada se encuentra en CHATFIELD, C. (1984), pp. 1-92.

⁴⁴⁰ El análisis descriptivo consiste en la representación gráfica de los registros y en el cálculo de algunas medidas básicas, tales como la media y la varianza. Tal análisis ofrece un primer indicio sobre los efectos estacionales y la tendencia en la serie temporal.

caso con la intención de descartar la aleatoriedad en el despliegue de los datos. Para las otras dos series disponibles, de registros diagnósticos de los ingresados y de los fallecidos, sólo se ha realizado un análisis descriptivo.

La aplicación de la metodología Box-Jenkins exige como condición previa la cualidad de estacionariedad de la serie a analizar. El estudio sólo es aplicable a series temporales estacionarias, esto es, a aquellas que no presentan cambios sistemáticos en la media (series sin tendencia) y en la varianza y en las que se han suprimido en gran parte las variaciones periódicas estrictas. Se trata de eliminar la tendencia -cambio a largo plazo en la media- para analizar las fluctuaciones locales. Asimismo, esta metodología aplica una función estadística básica, la de autocorrelación. Esta función presenta la correlación existente entre pares de observaciones separados por diversos intervalos de tiempo (un valor de la serie y su siguiente, y dos más allá, y tres más allá, etc.). La representación gráfica de los coeficientes de correlación calculados en función de los trechos o intervalos que separan los pares de observaciones es el correlograma. Finalmente, el elemento clave de la metodología, el que fija el carácter estacional de la serie analizada (aquella que presenta un componente periódico que se repite cada cierto número de observaciones, usualmente cada doce meses), consiste en el uso del proceso algebraico ARIMA (*autoregressive integrated moving average process*), que ajusta los datos de la serie a un número mínimo de parámetros estimados necesarios en el modelo aplicado. Diseñado a partir de estos elementos, el método Box-Jenkins consta de tres estadios diferenciados: el análisis del autocorrelograma de la serie y la identificación del modelo algebraico que se ha de ajustar; el ajuste del modelo y la estimación de los parámetros elegidos en el estadio anterior y, finalmente, el diagnóstico de la precisión del ajuste del modelo seleccionado.

8.7.1. ESTACIONALIDAD DE LOS INGRESOS.

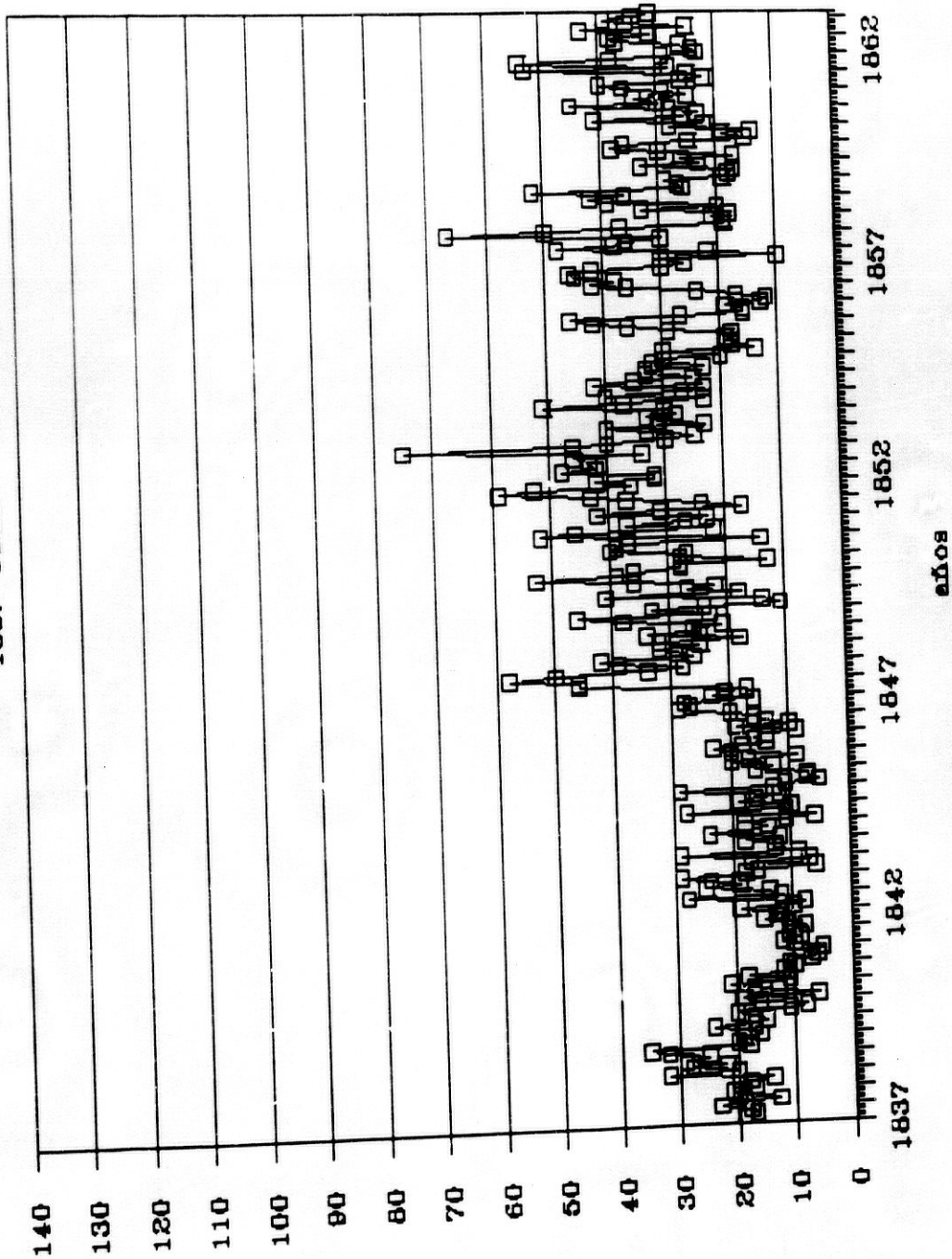
Los gráficos 12, 13, 14 y 15 presentan la evolución intermensual de los ingresos hospitalarios. Manifiestan la tendencia de sus trazados la creciente variabilidad en la media y en la varianza, las cuales vienen a confirmar la no estacionariedad de la serie. El registro de los ingresos de todo el periodo como ocurridos en un solo año y la distribución de los parciales porcentuales mensuales resaltan estos cambios. La tabla 98 y el gráfico 16, que presentan los porcentajes de desviación de esos mismos valores respecto de la media mensual del periodo, muestran asimismo indicios de la existencia de un ciclo estacional para la admisión hospitalaria. La representación gráfica ofrece un trazado de perfiles nítidos y regulares: a modo de vértice en el centro geométrico, el valor correspondiente al mes de junio corta en un plano perpendicular el eje horizontal de la media aritmética, dividiendo el trazado gráfico en dos secciones con trayectorias opuestas a uno y otro lado de eje y plano. Se vislumbran pues dos partes diferenciadas, una para cada una de las dos mitades del año, que ponen de manifiesto la desigual acogida de enfermos en el establecimiento a lo largo de ese mismo año. Los meses que están en la media o claramente por encima son julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre. La cota máxima está en estos dos últimos meses.

Una vez descrita la serie, los resultados del test de hipótesis ensayado mostraron que las fluctuaciones de la serie no eran aleatorias: $t_{exp.}=41,37$; $P<0,0001$. Por otra parte, el examen de los correlogramas normal y parcial (se suprimen los efectos de los valores situados entre los pares de observaciones que se correlacionan a diferentes intervalos) de la serie (gráficos 17 y 18) confirmó la necesidad de proceder a su diferenciación: los coeficientes caen lentamente hasta cero y se detecta un componente estacional patente. Realizada esta, los correlogramas de la serie, ya estacionaria, mostraron la evidencia de la componente estacional (orden 12), la más clara, y la de otras, de órdenes 1,2,3,4 y 6. Ajustado el modelo con las componentes señaladas se obtuvieron los coeficientes que se

GRAFICO 12

SERIE MENSUAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS

1837-1862



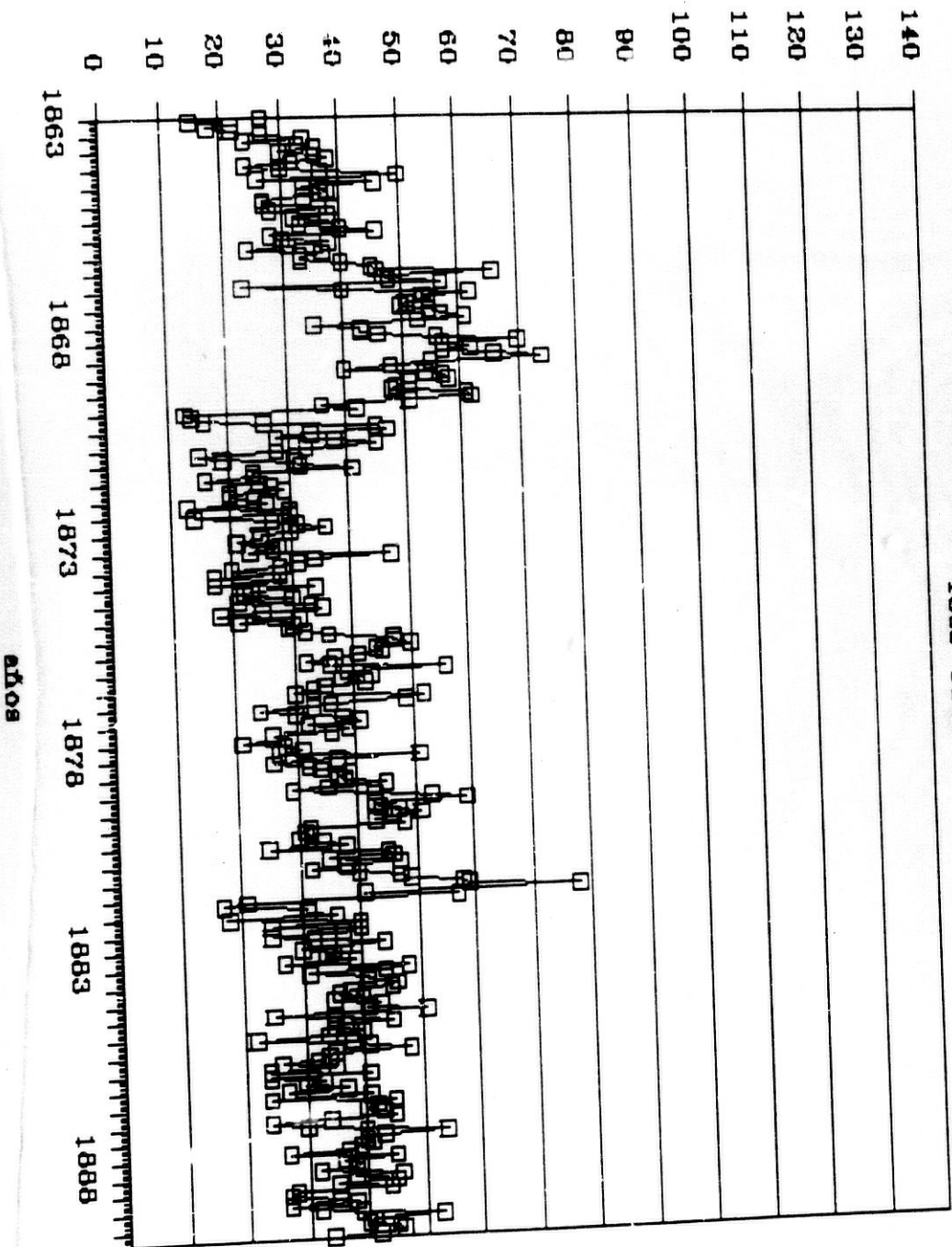
valores absolutos

□ INGRESOS

FUENTE: véase Tabla A.1

valores absolutos

GRAFICO 13
SERIE MENSUAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS
1863-1889



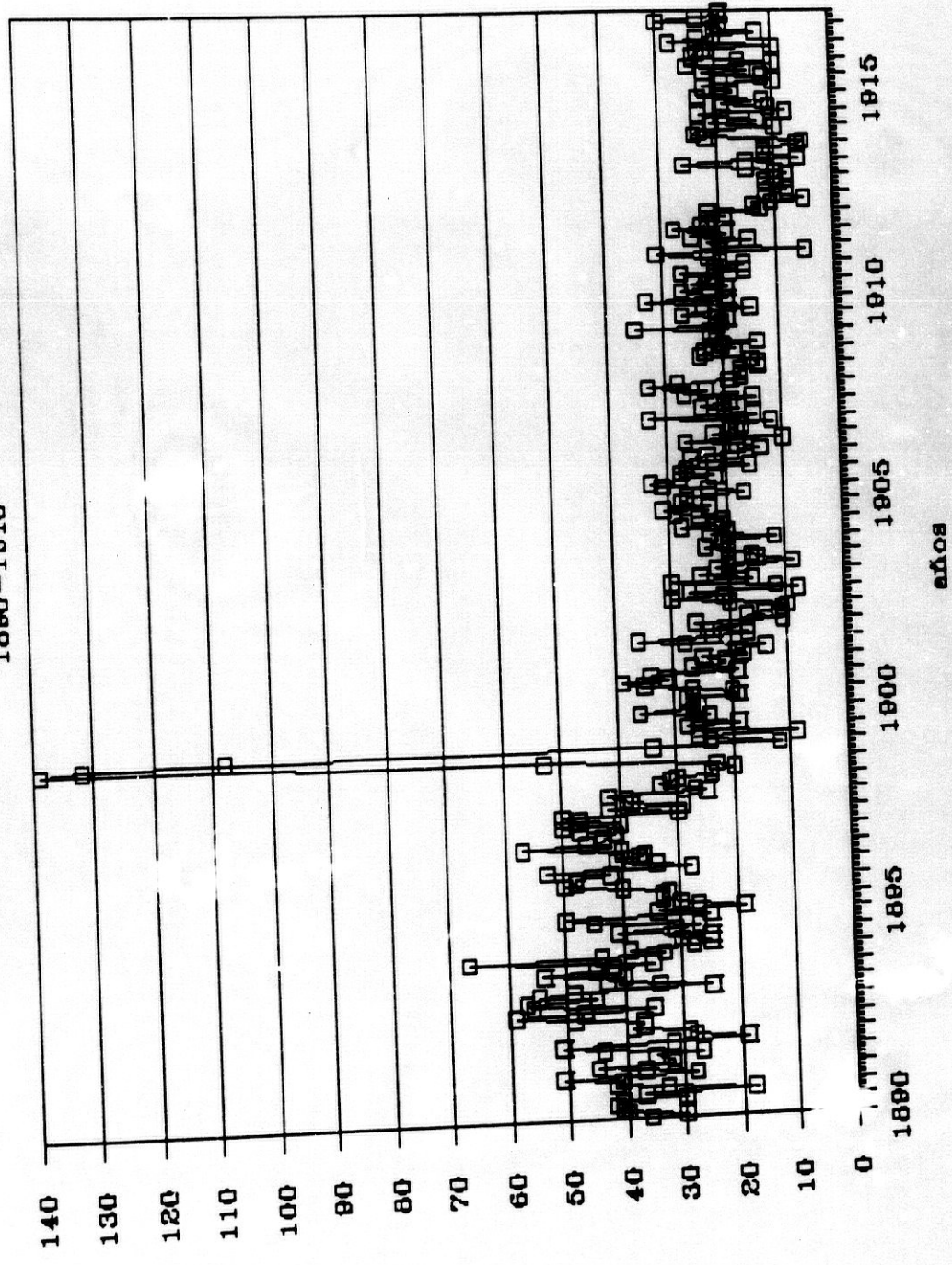
□ INGRESOS

FUENTE: véase Tabla A.1

GRAFICO 14

SERIE MENSUAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS

1890-1916



valores absolutos

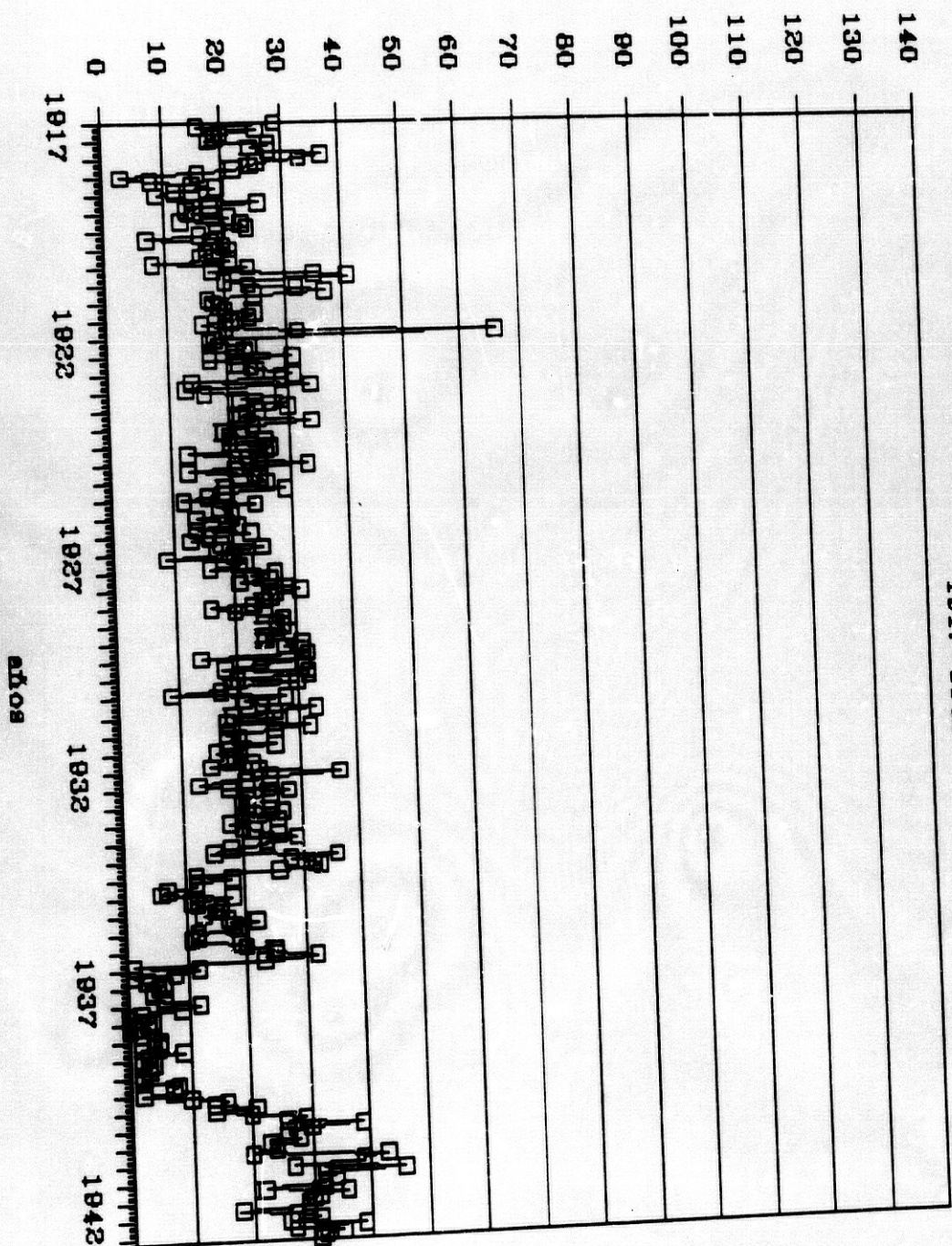
FUENTE: véase Tabla A.1

valores absolutos

SERIE MENSUAL DE INGRESOS HOSPITALARIOS

GRAFICO 15

1917-1942



□ INGRESOS

FUENTE: véase Tabla A.1

TABLA 98

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS
HOSPITALARIOS. 1837-1941. DESVIACIONES
PORCENTUALES RESPECTO A LA MEDIA Y DISTRIBUCION
DE FRECUENCIAS MENSUALES.

	‡	‡
enero	-1,31	8,22
febrero	-17,28	6,89
marzo	-13,19	7,23
abril	-5,95	7,84
mayo	-4,28	7,98
junio	1,25	8,44
julio	5,62	8,80
agosto	2,62	8,55
septiembre	-0,38	8,30
octubre	20,65	10,05
noviembre	12,90	9,41
diciembre	-0,66	8,28
ingresos tot.		34.797

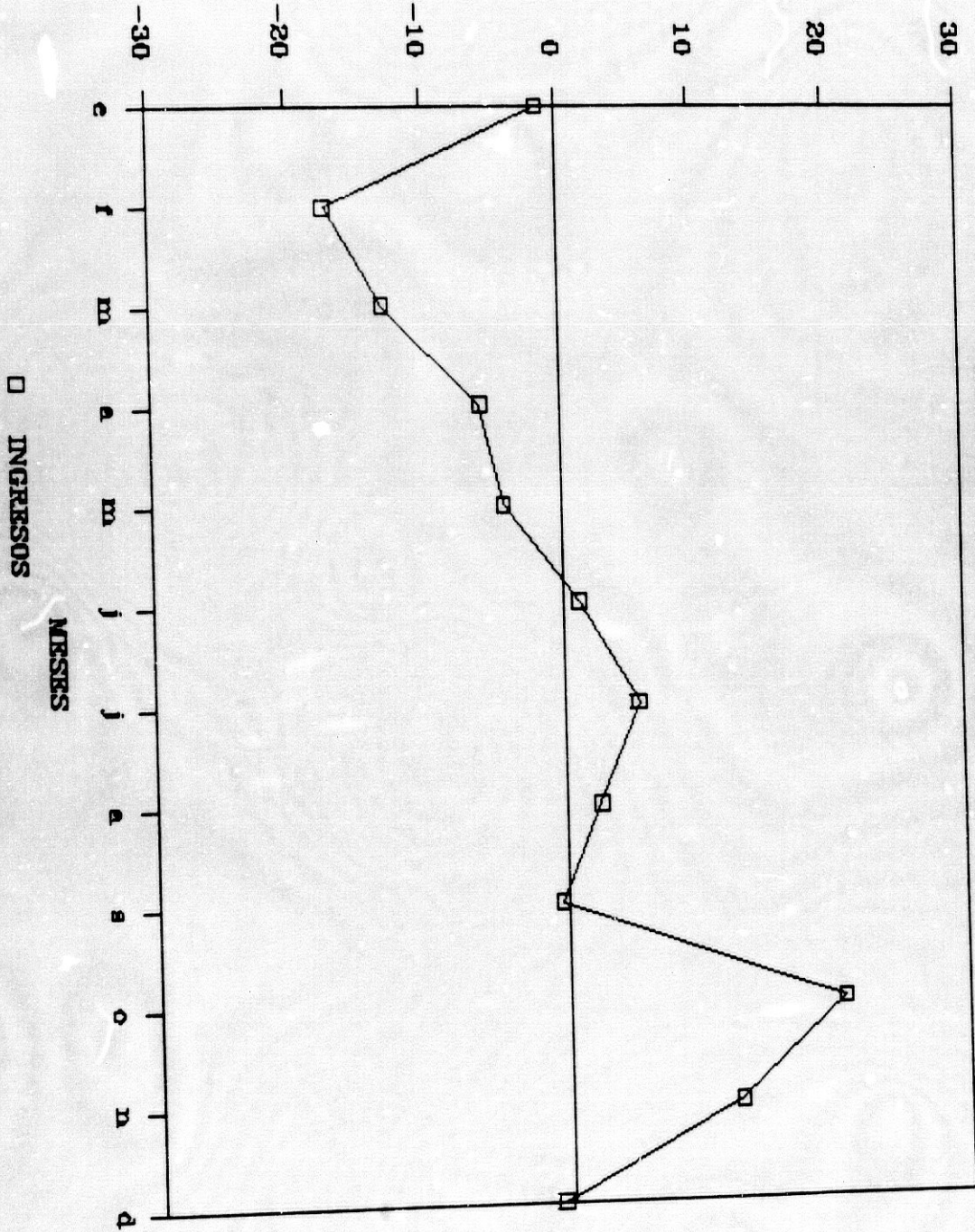
Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
1348-1369.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LOS INGRESOS

GRAFICO 16

HOSPITAL DE S. SEBASTIAN 1937-1941



□ INGRESOS

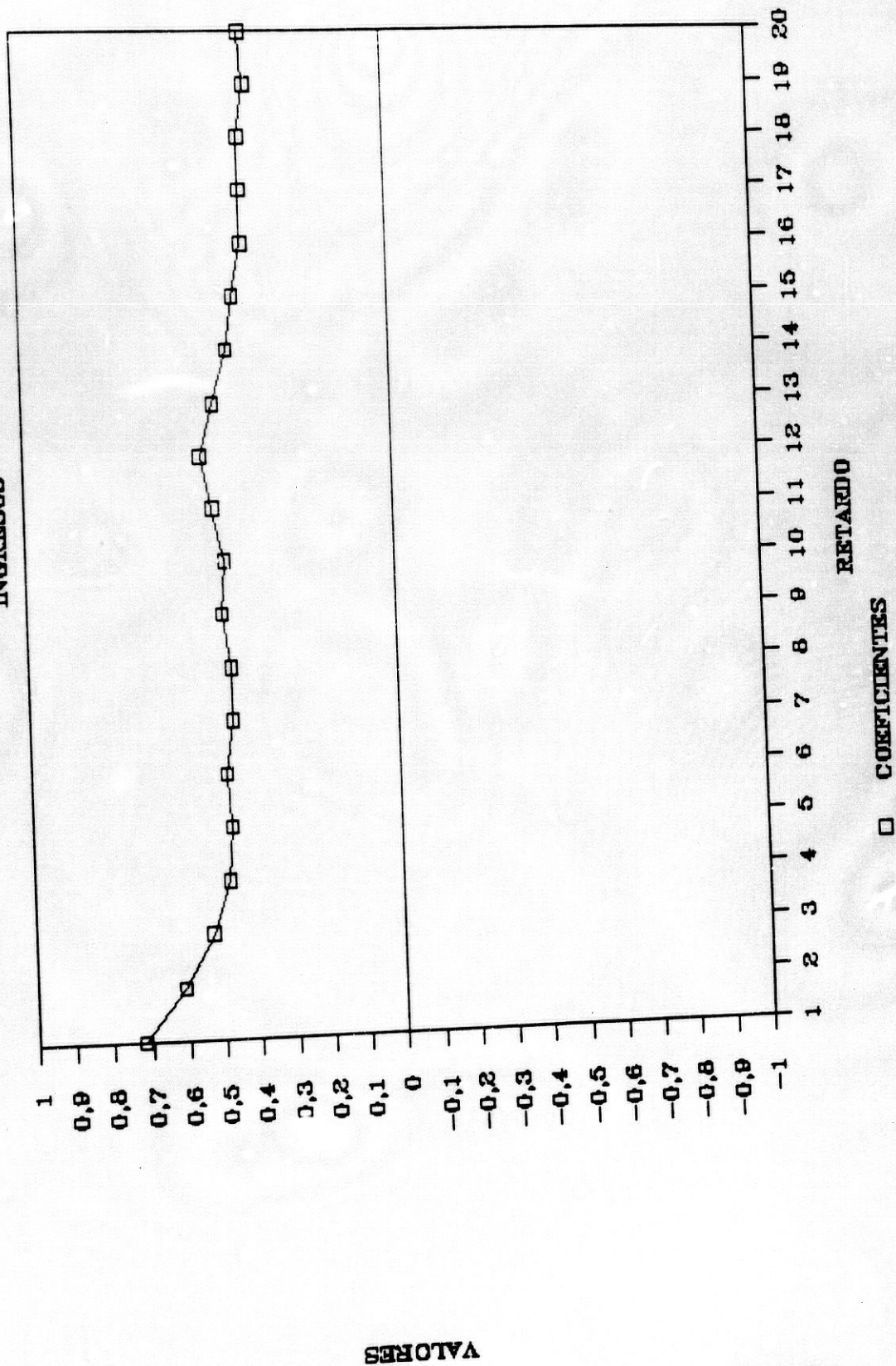
MESSES

FUENTE: véase Tabla 98

GRAFICO 17

AUTOCORRELOGRAMA DE LA SERIE ORIGINAL

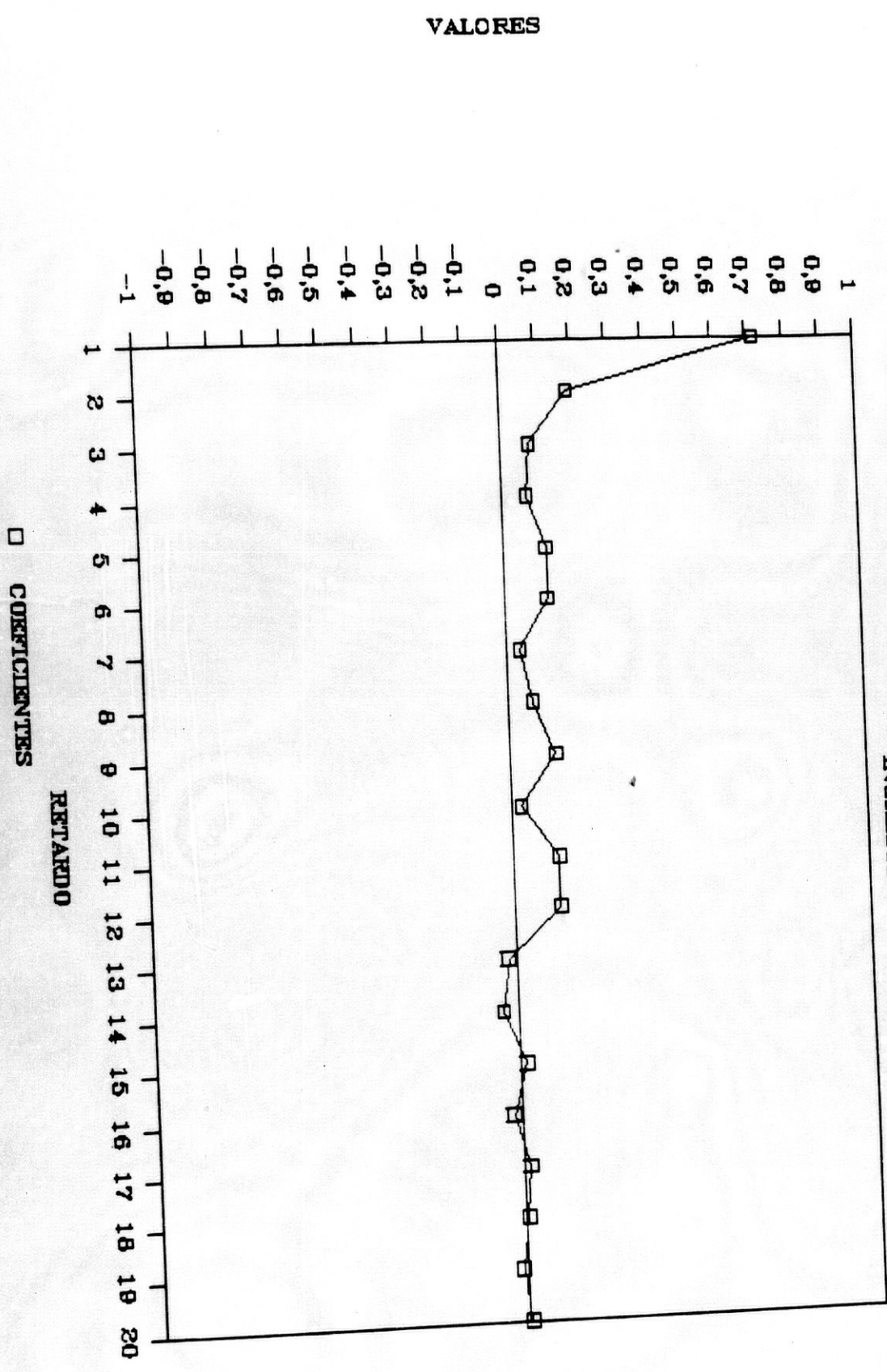
INGRESOS



RETARDO

□ COEFICIENTES

GRAFICO 18
AUTOCORRELOGRAMA PARCIAL SERIE ORIGINAL
 INGRESOS



presentan en la tabla 99. El modelo propuesto superó finalmente la fase de diagnóstico de la metodología.

De la lectura de la tabla podemos extraer las siguientes conclusiones e hipótesis explicativas: 1ª. La componente de orden 12, forzada por los picos de ingresos de los meses estivales y, sobre todo por los de octubre y noviembre, es la componente fundamental de la serie. 2ª. Las componentes de orden 3, 4 y 6, que son divisores de 12, podrían ser el efecto de la fuerte variación estacional, sobre todo la de orden 6; las de orden 3 y 4 podrían ser debidas a que la distancia entre los dos picos relativos de la serie es precisamente de orden 3 y 4. 3ª. Las componentes de orden 1 y 2 podrían obedecer a la existencia de una falla en la estacionariedad; diferenciada nuevamente la serie se descartaron tales componentes. De todo ello podemos concluir que los componentes más claros de la serie son los de orden 12, 3, 4 y 6.

En explicación de estos resultados podemos sacar a colación la distribución de las frecuencias porcentuales mensuales de los 34.797 ingresos registrados entre marzo de 1837 y diciembre de 1941 (tabla 98). Desde el mes de febrero, cuando los ingresos son menos frecuentes -tan sólo un 6,89 % del total anual- la afluencia de enfermos al hospital aumenta progresivamente, mes a mes, hasta producirse un primer máximo relativo en julio -en este mes ingresan un 8,8 % del total-; tras un ligero descenso en agosto y septiembre, el nivel de ocupación asistencial alcanza su cota máxima en octubre, donde se concentra el 10,05 % del total de internamientos, para a partir de ese momento bajar irreversiblemente hasta los valores mínimos de febrero. El orden de prelación de los internamientos hospitalarios es pues otoño, verano, primavera e invierno⁴⁴¹.

441 A este efecto, 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.

TABLA 99

COEFICIENTES Y TESTS (BOX-JENKINS). INGRESOS (1837-1941)

ORDEN	ESTIMADOR	ERROR ESTANDAR	T _{exp.}	P<0,001
1	-0,3907	0,0290	13,47	
2	-0,2618	0,0312	8,39	
3	-0,1443	0,0315	4,59	
4	-0,1289	0,0301	4,28	
6	-0,1488	0,0298	4,99	
12	0,8499	0,0146	58,26	

La especial incidencia de los ingresos hospitalarios en otoño y verano, cuando las motivaciones económicas repercuten de manera menor en el fenómeno asistencial⁴⁴², debe achacarse fundamentalmente al influjo de factores climático-sanitarios. Por contra, en invierno y primavera, 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 considerablemente.

Aunque con las debidas precauciones, en razón del carácter parcial de estos primeros resultados, desde esta perspectiva, el tipo de asistencia dispensada en el hospital de S. Sebastián se nos revela con un marcado componente sanitario. Esta interpretación del fenómeno estacional requerirá, obligatoriamente, mayores precisiones al hilo de la presentación de posteriores averiguaciones.

El análisis diacrónico del ciclo estacional de los internamientos aporta nuevos datos. Con esa finalidad se ha dividido el total de cien años que comprende el periodo extendido entre 1837 y 1936, en cuatro subperíodos de veinticinco años cada uno. La tabla 100 y el gráfico 19 presentan los resultados más relevantes de esta nueva aproximación.

Salvo para la última de las subdivisiones, que refiere a los 6.120 ingresos registrados entre 1912 y 1936, no se producen modificaciones sustanciales al ciclo ya definido para la totalidad del periodo. Antes de presentar esta mutación de la tendencia descrita más arriba, destacaremos brevemente las principales particularidades de los otros ciclos. Del primero de ellos, que da cuenta de los 7.608 pacientes internados entre 1837 y 1861, la superior amplitud del rango de los valores, 12,72 % del total para octubre y 6,06 % para marzo, es el hecho más sobresaliente. Se aprecia, además, un mayor protagonismo del mes

⁴⁴² CARASA SOTO (1985), p. 168.

TABLA 100

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS.
 FRECUENCIAS PORCENTUALES MENSUALES.

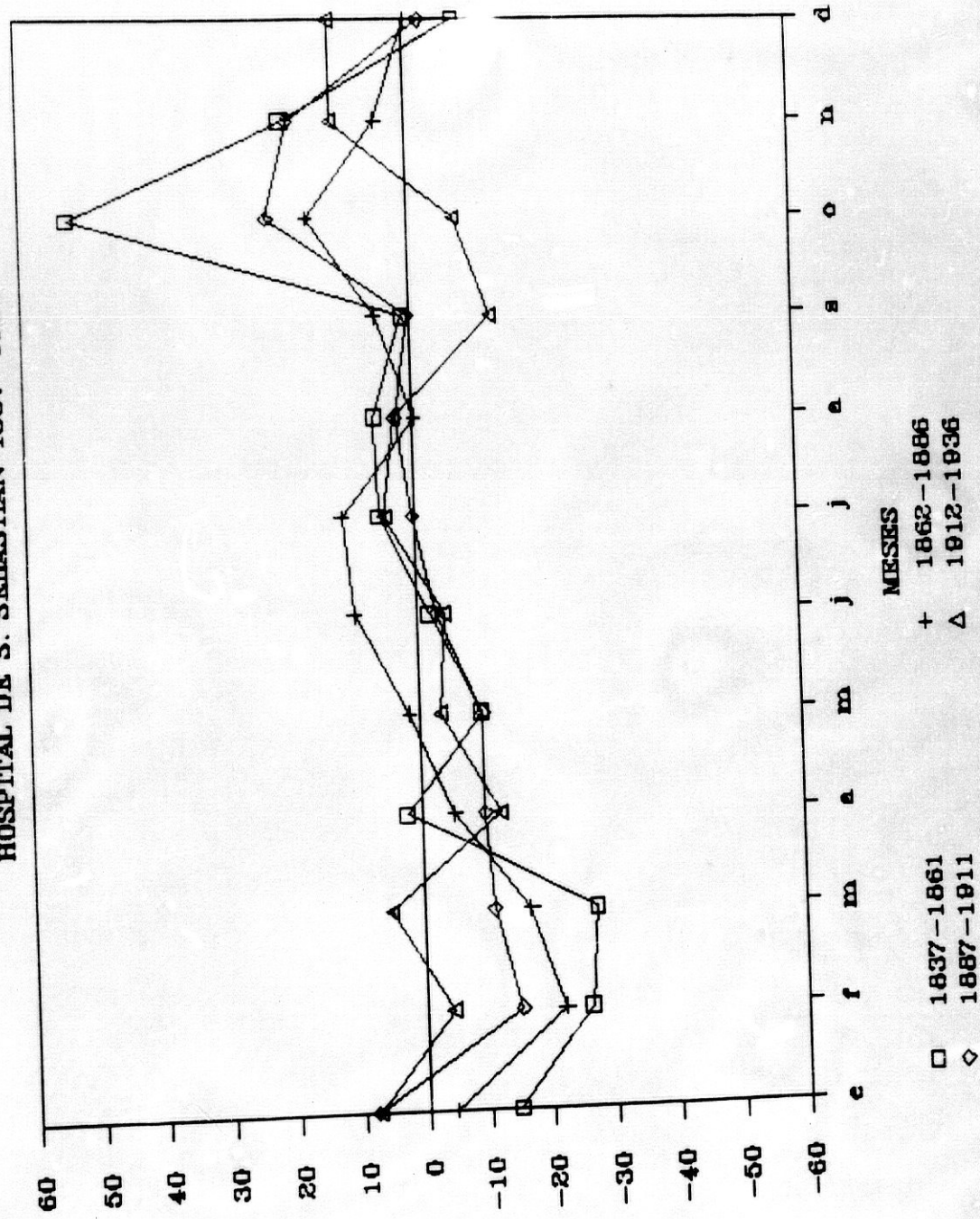
	1837-61	1862-86	1887-11	1912-36
enero	7,12	7,97	9,00	8,99
febrero	6,15	6,50	7,07	7,99
marzo	6,06	6,94	7,42	8,76
abril	8,53	7,91	7,51	7,30
mayo	7,53	8,47	7,51	8,06
junio	8,18	9,15	8,09	7,99
julio	8,79	9,29	8,36	8,73
agosto	8,83	8,30	8,55	8,58
septiembre	8,44	8,79	8,36	7,27
octubre	12,72	9,65	10,16	7,73
noviembre	9,96	8,72	9,86	9,30
diciembre	7,68	8,31	8,12	9,31
ingresos tot.	7.608	10.973	9.165	6.120

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-1369.

GRAFICO 19

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS

HOSPITAL DE S. SEBASTIAN 1837-1936



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

FUENTE: véase Tabla 100

de abril en la distribución porcentual de las frecuencias. Sobre la segunda etapa, la de mayor actividad en el establecimiento, que corresponde a los 10.973 ingresos habidos entre 1862 y 1886, se observan unas menores oscilaciones extremas, así como el ascenso de los máximos veraniegos, que casi se equiparan a los otoñales. Del tercer subperíodo (9.165 entradas entre 1887 y 1911) es destacable, en cambio, el incipiente protagonismo que pasa a desempeñar el mes de enero en la preferencia de las entradas al hospital (con un valor del 9 % del total se configura como el tercer mes, tras octubre y noviembre, en ese orden de prelación). De hecho, se alarga el máximo otoño-invernal, que aparece destacado en solitario, quedando el resto del año como un paulatino ascenso desde el mínimo de febrero al verano, en que se registran ingresos compatibles con la media del periodo.

El ciclo estacional del último subperíodo muestra, como ya se ha anunciado, características muy diferentes, acentuando el cambio de tendencia que parecía indicar el tercero. Con un trazado en zig-zag, marca los máximos valores porcentuales en diciembre, noviembre y enero, por este orden, y los mínimos en septiembre, abril y octubre. Aunque se presenta un mayor equilibrio entre los valores de las frecuencias porcentuales de cada mes y las oscilaciones intermensuales, al alza o a la baja, son comunes, el orden de prelación estacional de otoño e invierno, como las dos estaciones de preferencia, queda claramente establecido. El aumento proporcional de los ingresos producidos en los meses fríos, que como tendencia ya se había manifestado en el subperíodo anterior, delata un importante cambio en el tipo de prestación asistencial ofrecido. La entrada de enfermos en estos meses, más dependientes de las derivaciones económicas del ciclo agrícola, implicaría una mayor incidencia de los factores económicos y, por consiguiente, de la demanda a ellos debida en la conformación de la oferta asistencial del hospital.

Por otra parte, en apoyo de esta hipótesis explicativa, se ofrece una circunstancia añadida: este cambio en el orden preferencial de acceso al establecimiento coincide con el periodo

de menor actividad del hospital, lo que podría también indicar un deterioro de la calidad de la propia oferta asistencial generada en esa fechas.

En resumen, la evolución de los ciclos estacionales queda marcada por la pérdida progresiva de protagonismo de la estación otoñal (en la que el mes de octubre era el máximo exponente) y su sustitución por el invierno en su conjunto (aunque sobre todo por el mes de enero). La estación estival se mantiene como segunda opción de preferencia para el internamiento hospitalario durante los primeros 75 años, pasando a la tercera posición en el presente siglo.

El ciclo estacional de la exposición a la enfermedad en el marco extrahospitalario es radicalmente distinto al que da lugar al ingreso en el establecimiento. La tabla 101 y el gráfico 20 presentan los resultados de esa exposición estacional según se desprende de los estados elaborados por la Junta de Sanidad ecijana durante los seis años indicados. El protagonismo de la estación invernal para el caso de los enfermos adultos queda fuera de toda duda. Casi un treinta por ciento 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. Para 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. En el marco hospitalario, en cambio, el invierno ocupa la última posición en el orden de prelación de los ingresos.

Del contraste entre los ciclos presentados extraemos una conclusión, el distinto carácter de las afecciones morbosas dentro y fuera del establecimiento, pues no a otra causa obedecen los distintos ciclos estacionales de unas y otras.

TABLA 101

CICLOS ESTACIONALES DE LA MORBILIDAD COMUN
Y HOSPITALARIA. DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS
1869-1879*.

	común		hospital
	adultos %	niños %	%
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

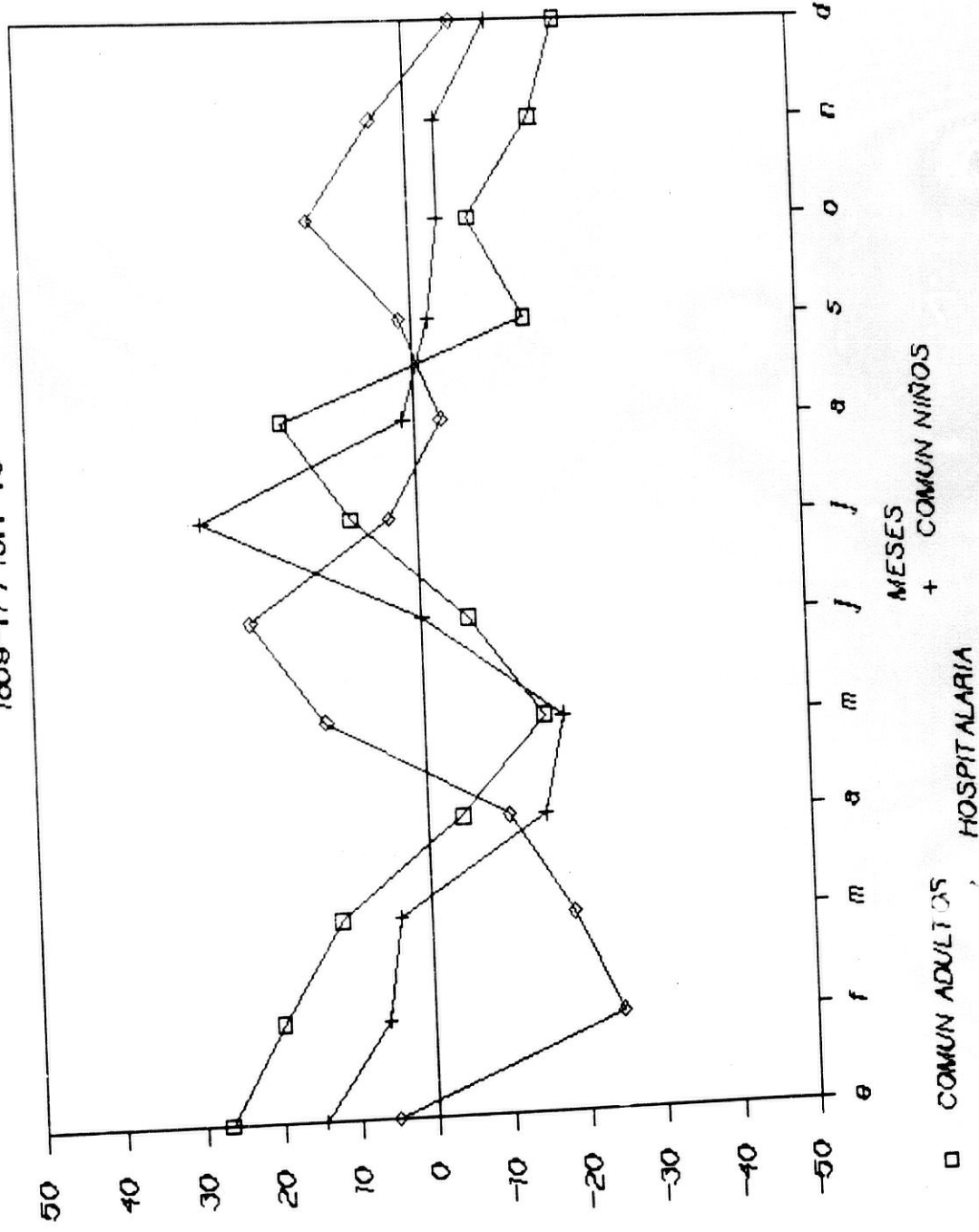
* años 1869-71 y 1877-79.

Fuente: AME, Estados sanitarios mensuales y
semestrales, leg. 702; libros registro
de ingresos... 1355-56 y 1357-58.

GRAFICO 20

CICLO ESTACIONAL DE LA MORBILIDAD

1869-71 Y 1877-79



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

FUENTE: véase Puebla 101

8.7.1.1. LA DETERMINACION SEXUAL DEL CICLO ESTACIONAL DE LOS INGRESOS.

Del examen de las subseries de ingresos de hombres y mujeres se extraen como hechos fundamentales la variabilidad de la media y de la varianza, que anuncia el carácter no estacionario de las mismas, y la presencia de indicios de estacionalidad en ambas. Agrupados en ambos casos los ingresos del periodo por meses de una anualidad y calculadas las desviaciones porcentuales respecto de la media (tabla 102; gráfico 21), se obtiene que los meses que se sitúan por encima de ella son para los hombres prácticamente los mismos que en el caso de los ingresos totales, los de la segunda mitad del año. Para las mujeres aparecen, sin embargo, algunas diferencias: enero y abril se sitúan por encima de la media, septiembre por debajo y agosto presenta un pico relativo.

La aplicación del análisis Box-Jenkins a la subserie de hombres aportó resultados muy similares a los obtenidos para la serie de ingresos totales, algo que no ha de extrañar dada la superior aportación masculina a esa serie. La tabla 103 presenta los coeficientes y los test de los componentes estimados. La componente de orden 12 es la más patente, siendo también significativas las de orden 3, 4 y 6. Las explicaciones son las mismas que las que se adujeron para el caso de los ingresos totales.

El análisis de la subserie de mujeres ofrece resultados ligeramente distintos. Los coeficientes estimados y los test de los componentes ajustados se muestran en la tabla 104. Junto a la componentes de orden 12, estacional, que es la más fuerte, y de orden 6 aparece otra de orden 2. Si la interpretación resulta fácil para las dos primeras (la de orden 12 viene impuesta por el protagonismo de los meses de octubre y noviembre y, en menor medida, por los estivales; la de orden 6 es reflejo de la anterior), no lo es para la última: su presencia estaría en relación con los dos picos relativos, de agosto y de octubre, que son los que tirarían del resto.

TABLA 102

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS.
1837-1941. DESVIACIONES PORCENTUALES RESPECTO A LA
MEDIA Y DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS MENSUALES.

	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %
enero	-4,57	6,98	7,95	8,92
febrero	-20,03	-10,22	6,66	7,48
marzo	-16,42	-4,85	6,96	7,93
abril	-8,98	1,86	7,59	8,49
mayo	-5,76	-0,46	7,85	8,30
junio	4,06	-5,95	8,67	7,84
julio	6,52	3,32	8,88	8,61
agosto	1,26	6,13	8,44	8,84
septiembre	3,39	-10,09	8,62	7,49
octubre	24,11	11,74	10,34	9,31
noviembre	16,10	4,67	9,67	8,72
diciembre	0,31	-3,14	8,36	8,07
ingresos tot.			25.313	9.837

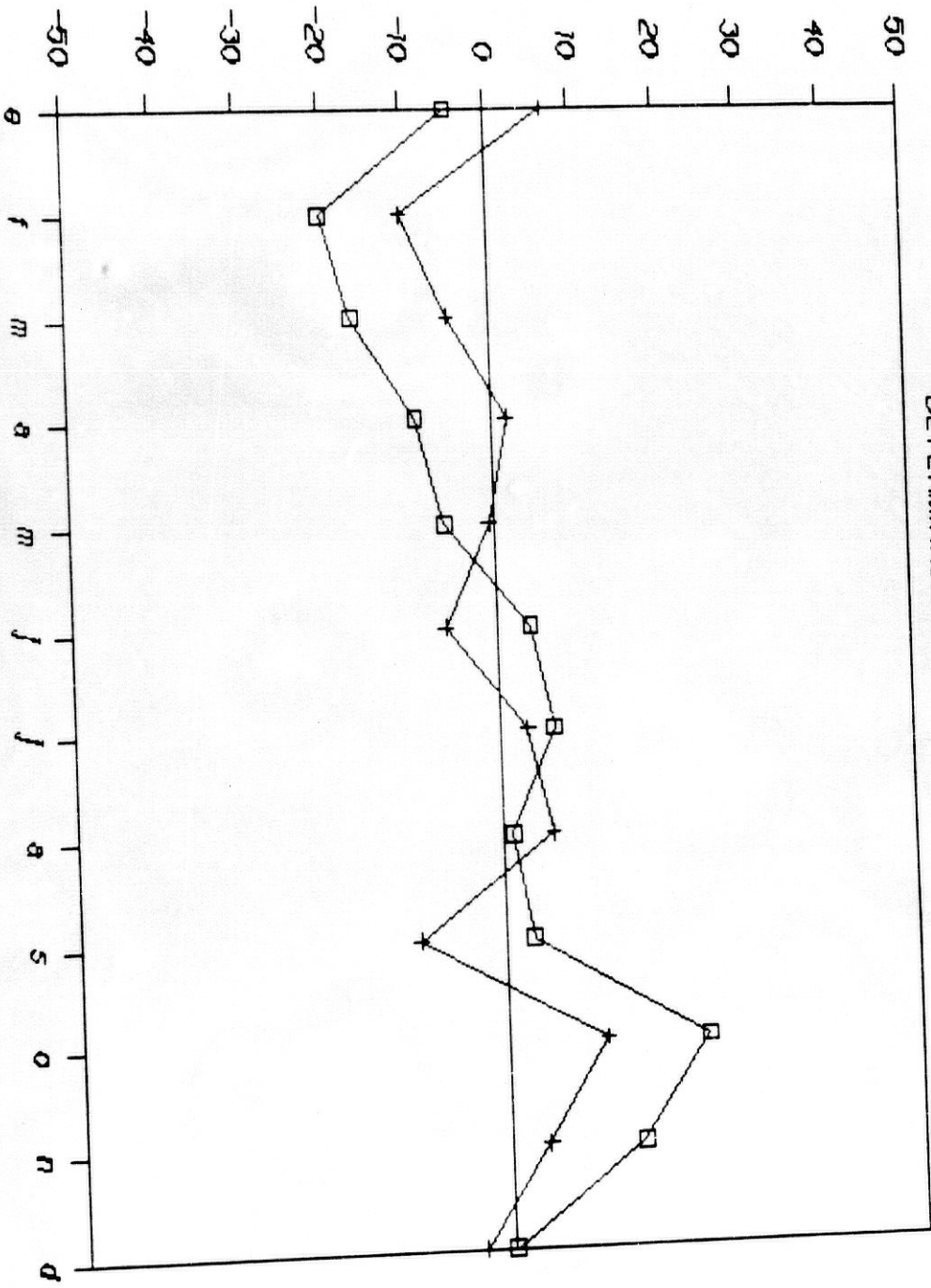
AME, Libros regi. de ingresos ... 1348-69.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

GRAFICO 21

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LOS INGRESOS

DETERMINACION POR SEXO 1837-1941



□ INGRESOS HOMBRES

MESES
+ INGRESOS MUJERES

FUENTE: véase Tabla 102

TABLA 103

COEFICIENTES Y TESTS (BOX-JENKINS). INGRESOS HOMBRES
(1837-1941)

ORDEN	ESTIMADOR	ERROR ESTANDAR	T _{exp.}	P<0,001
1	-0,1836	0,0215	8,54	
2	-0,1421	0,0186	7,64	
3	-0,1420	0,0241	5,89	
4	-0,1636	0,0721	2,27	
6	-0,0817	0,0607	1,35	
12	0,8147	0,0636	12,81	

TABLA 104

COEFICIENTES Y TESTS (BOX-JENKINS). INGRESOS MUJERES
(1837-1941)

ORDEN	ESTIMADOR	ERROR ESTANDAR	T _{exp.}	P<0,001
1	-0,1021	0,0216	4,73	
2	-0,0918	0,0183	5,02	
6	-0,1326	0,0271	4,89	
12	0,7846	0,0732	10,72	

A la luz de la variable sexual, el análisis de los determinantes estacionales en la admisión de pacientes en el hospital ofrece, como se ve, nuevos datos que matizan las anteriores explicaciones. La tabla 105 presenta, diacrónicamente, las distribuciones porcentuales de frecuencias. Si bien respecto de la acogida de los hombres hay plena coincidencia con lo expuesto más arriba en relación a los ingresos totales⁴⁴³, la cuestión es diferente en el caso de los ingresos de las mujeres. En su conformación estacional destacan algunos hechos de importancia. Concretamente, que la estación invernal se aposenta como de mayor trasiego de enfermas desde 1887, mientras que en los periodos anteriores fue la de actividad menor. En el periodo 1837-61 el otoño acogió más enfermas proporcionalmente y entre 1862 y 1886 resulta el verano la estación más concurrida. No obstante, los rangos van disminuyendo, acercándose los porcentajes de ingresos de unos meses a otros, de modo que tiende a sosegar la diferencia estacional.

La existencia de dos ciclos seculares, uno para el XIX y otro para el XX, apenas entrevista en la conformación estacional de la presencia masculina en el hospital, que es proporcionalmente mayoritaria en el invierno desde 1912, adquiere rasgos definidos para el caso de las mujeres, que desde 1887 acuden con mayor frecuencia al centro durante esa misma estación.

Otras noticias, complementarias, se desprenden del contraste entre los ciclos estacionales de la morbilidad masculina y femenina en los marcos general y hospitalario de la localidad. Presentamos los resultados obtenidos para los seis años comprendidos entre 1869-1871 y 1877-1879, los únicos para los que hemos dispuesto de "estados sanitarios" de la población, en la

⁴⁴³ El otoño es la estación de mayores ingresos durante toda la serie, seguido por el verano, salvo en el último subperiodo, en que le sigue el invierno, estación que, sin embargo, es la de menor movimiento natural durante los primeros 75 años. El acortamiento de los rangos conforme avanzamos en el tiempo es otro hecho destacable en la evolución de la estacionalidad de los ingresos masculinos en el hospital.

TABLA 105

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS
HOSPITALARIOS. DETERMINACION SEXUAL. 1837-1936.

	1837-1861		1862-1886	
	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %
enero	7,07	7,28	7,56	9,02
febrero	5,72	7,50	6,59	6,26
marzo	5,80	6,85	6,71	7,58
abril	8,22	9,49	8,02	7,61
mayo	7,30	8,25	8,39	8,69
junio	8,67	6,63	9,14	9,19
julio	9,19	7,55	9,10	9,80
agosto	8,72	9,17	8,19	8,62
septiembre	8,57	8,04	9,11	7,95
octubre	12,55	13,27	10,00	8,72
noviembre	10,25	9,06	8,92	8,18
diciembre	7,92	6,90	8,29	8,38
totales	5.754	1.854	8.002	2.970

	1887-1911		1912-1936	
	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %
enero	8,62	10,07	8,76	9,48
febrero	6,59	8,41	7,91	8,17
marzo	7,06	8,41	8,69	8,90
abril	7,02	8,87	6,79	8,43
mayo	7,18	8,41	8,36	7,38
junio	8,37	7,29	8,31	7,28
julio	8,62	7,63	8,53	9,16
agosto	8,53	8,62	8,48	8,80
septiembre	8,74	7,29	7,70	6,34
octubre	10,59	8,95	7,81	7,54
noviembre	10,46	8,21	9,22	9,48
diciembre	8,22	7,83	9,43	9,06
totales	6.752	2.413	4.210	1.910

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
libros 1348-1369.

tabla 106 y en los gráficos 22, 23 y 24. La absoluta discordancia entre los ciclos de los padecimientos masculinos y femeninos hospitalarios con sus homólogos de extramuros aparece con toda claridad. Inversamente, hay una gran similitud entre los ciclos de hombres y de mujeres en cada uno de los espacios contemplados: invierno y verano son las estaciones en que enferman mayoritariamente los hombres y las mujeres y en las que, paradójicamente, se ocasionan menores ingresos hospitalarios; por contra, en primavera y en otoño, cuando la morbilidad es menor, se producen los mayores índices de ocupación hospitalaria. Se confirma, pues, la diferente conformación de los ciclos estacionales de ingresos hospitalarios y de exposición general a la enfermedad en la localidad.

A falta de una explicación global de la escasa sintonía entre la máxima morbilidad -invernal- y los máximos ingresos hospitalarios, es posible adelantar otra hipótesis: el cambio de tendencia secular en la acogida de enfermos hacia un mayor protagonismo del invierno parece adecuar la oferta asistencial a los meses en que es mayor la prevalencia de las enfermedades en la población.

8.7.1.2. NATURALEZA GEOGRAFICA DE LOS ASISTIDOS Y CICLOS ESTACIONALES.

Como ha sido la regla hasta ahora, el examen de las subseries de ingresos de vecinos y de transeúntes que abarcan el período comprendido entre enero de 1842 y junio de 1873, proporciona indicios sobre la estacionalidad y sobre el carácter no estacionario de las mismas (cambios progresivos en la media y en la varianza). El gráfico 25, que registra las desviaciones porcentuales mensuales respecto de la media de tales ingresos, delata que para el caso de los vecinos de la localidad, los meses de abril, agosto, octubre y noviembre son los que presentan valores positivos. Para los transeúntes, en cambio, tales valores corresponden a los meses de junio, julio, octubre, noviembre y diciembre, con el pico máximo en noviembre.

TABLA 106

CICLOS ESTACIONALES DE LA MORBILIDAD COMUN
Y HOSPITALARIA. VARIACIONES SEXUALES.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS. 1869-1879*.

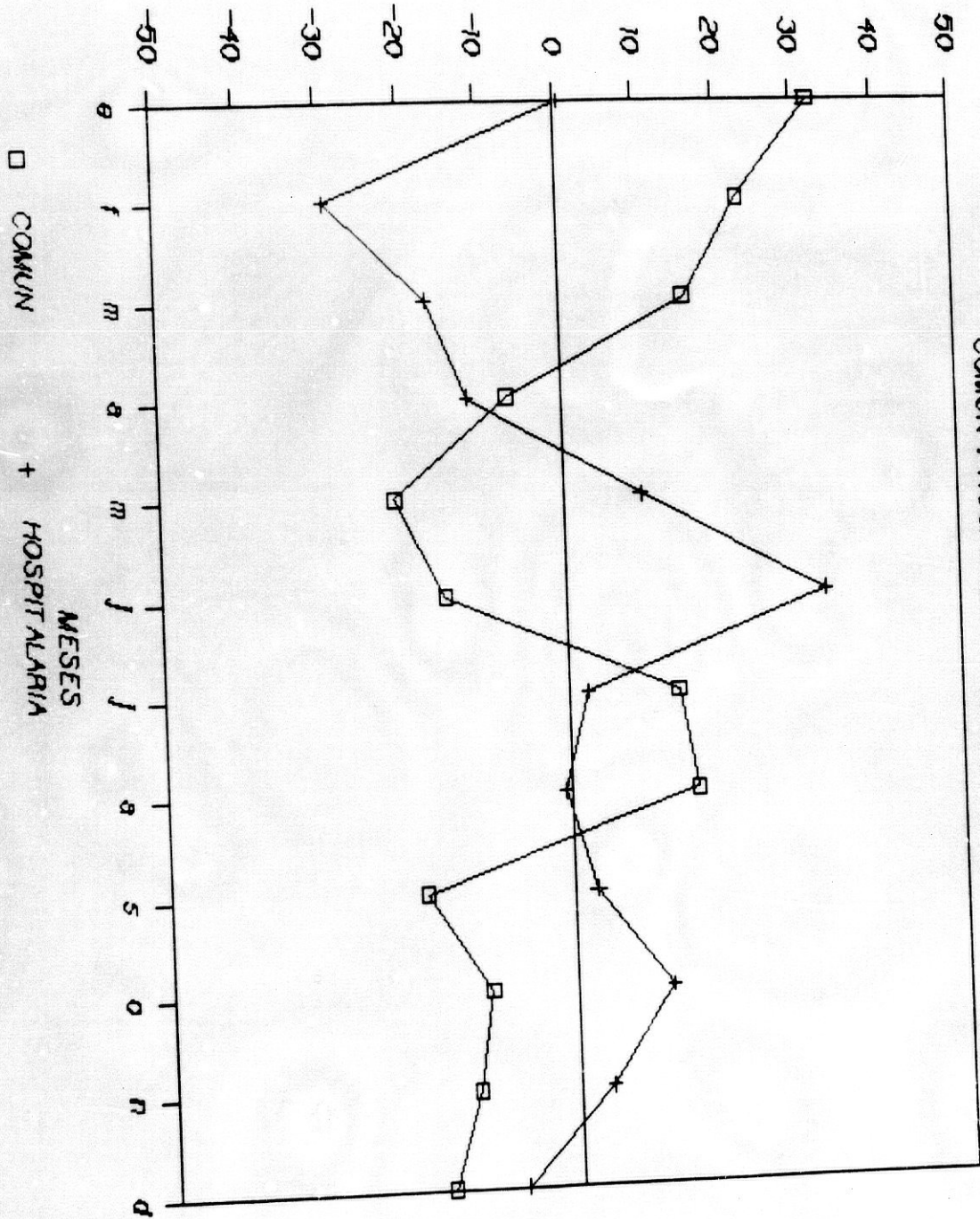
	común		hospitalaria	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres
enero	11,02	9,98	8,38	9,78
febrero	10,25	9,62	5,90	7,30
marzo	9,66	8,84	6,93	6,34
abril	7,77	8,22	7,35	7,71
mayo	6,55	7,66	9,16	10,06
junio	7,06	8,82	11,07	7,85
julio	9,50	8,48	8,54	8,95
agosto	9,69	9,93	8,28	7,44
septiembr	6,79	7,54	8,59	8,13
octubre	7,44	8,02	9,26	9,64
noviembre	7,28	6,61	8,69	8,82
diciembre	6,98	6,29	7,76	7,99
totales	7.660	5.851	1.933	726

* años 1869-71 y 1877-79.

Fuente: AME, Estados sanitarios mensuales y
semestrales, leg. 1702; Libros registro de
ingresos ... 1355-1356 y 1357-1358.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

GRAFICO 22
CICLO ESTAC. DE LA MORBIL. EN HOMBRES
 COMUN Y HOSPITALARIA, 1869-77 Y 1877-79

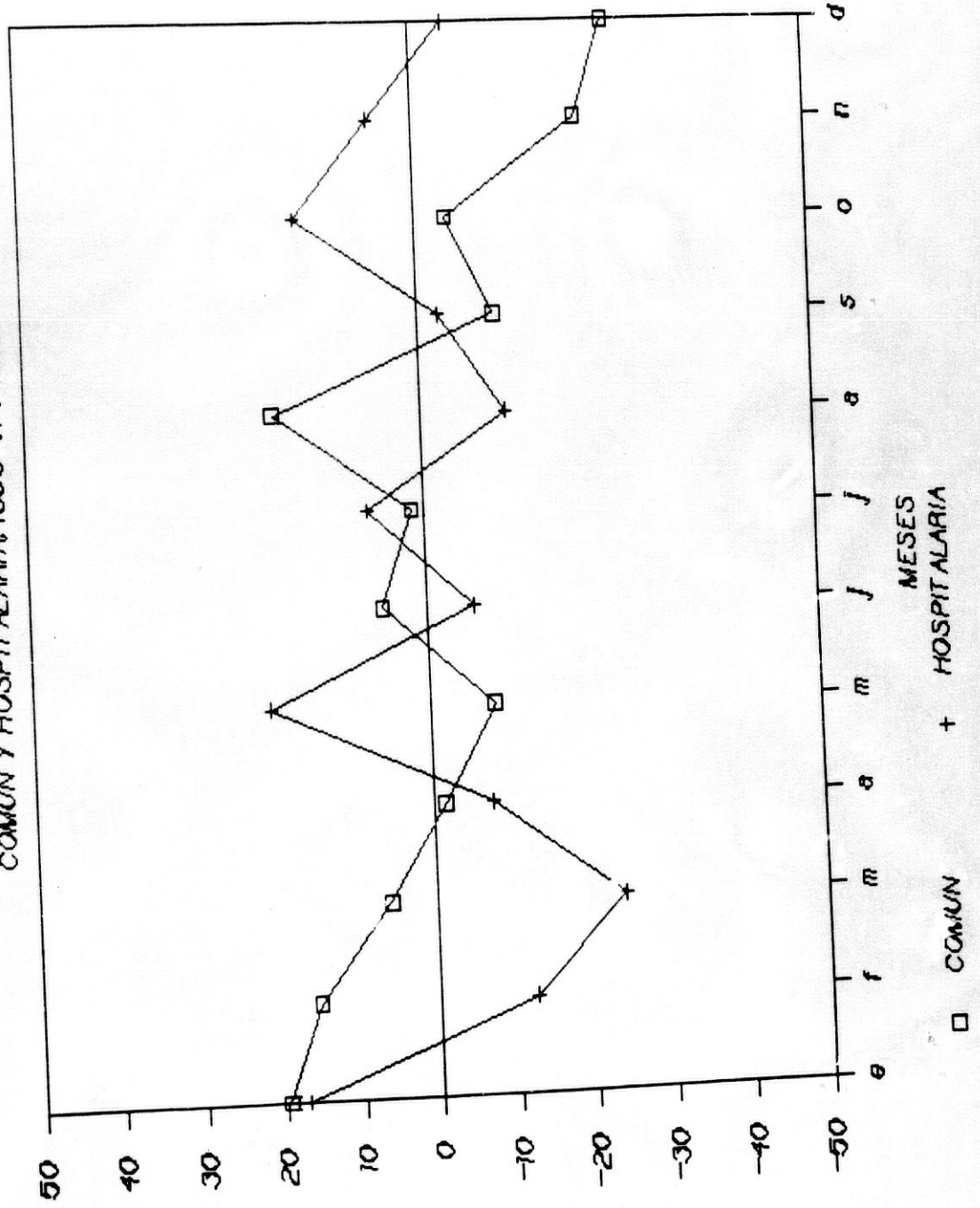


FUENTE: véase Tabla 106

GRAFICO 23

CICLO ESTAC. DE LA MORBIL. EN MUJERES

COMUN Y HOSPITALARIA, 1869-71 Y 1877-79



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

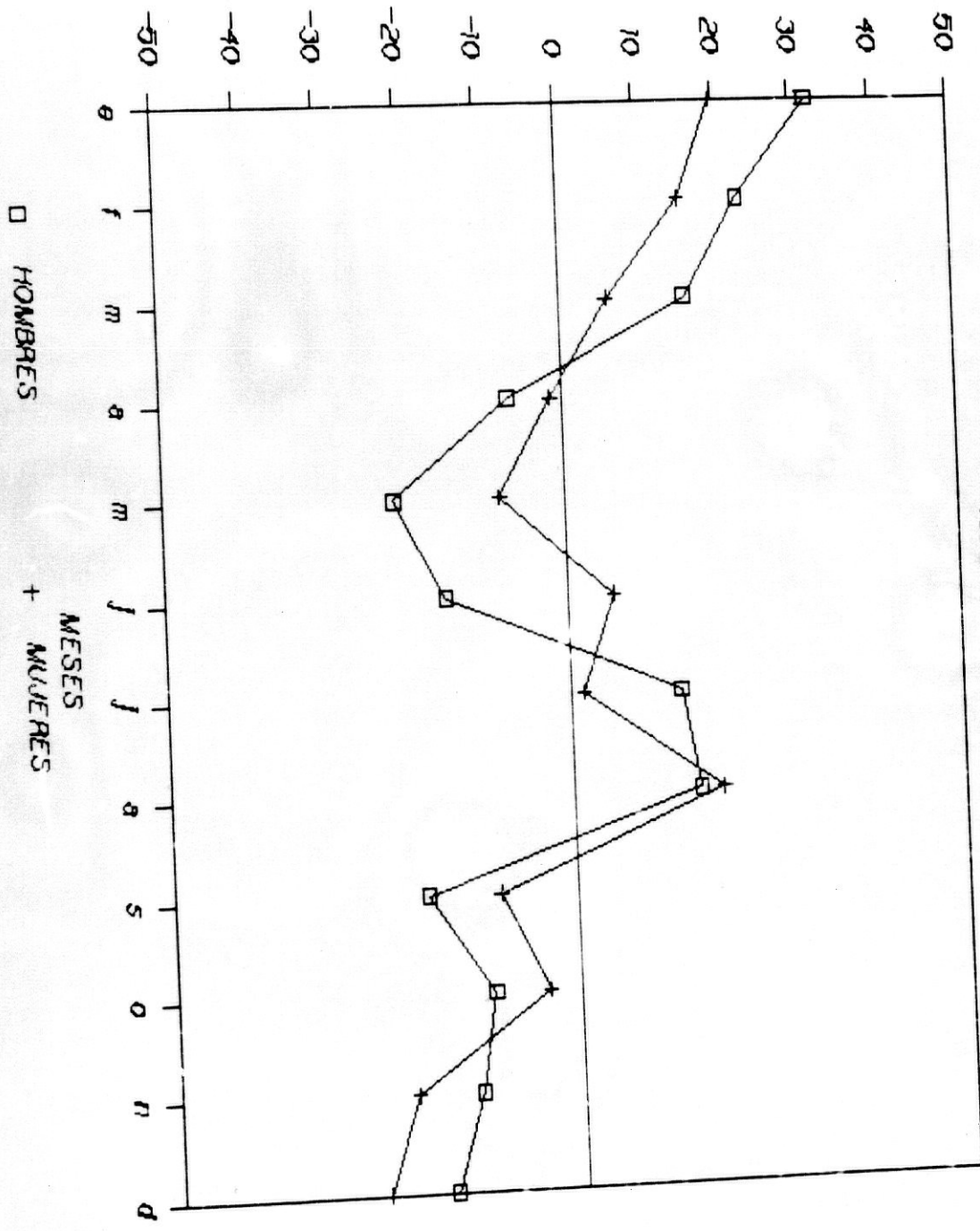
FUENTE: véase Tabla 106

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

ESTACIONAL. DE LA MORBILIDAD EXTRAHOSP.

GRAFICO 24

1869-71 · 1877-79

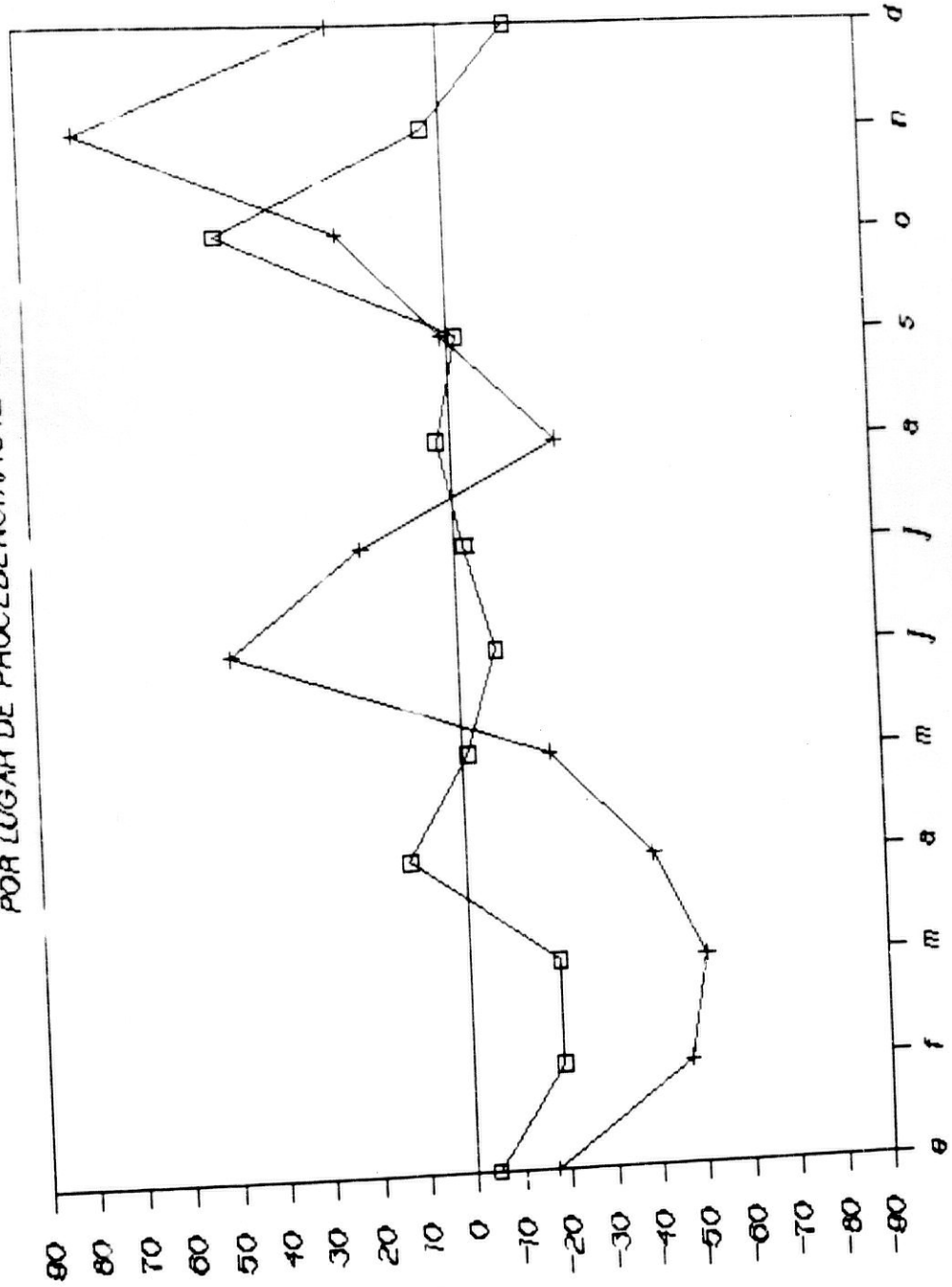


FUENTE: véase Tabla 106

GRAFICO 25

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS

POR LUGAR DE PROCEDENCIA 1842-1873



□ VECINOS + TRANSEUNTES

FUENTE: véase Tabla 107

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

El análisis Box-Jenkins confirma la estacionalidad de ambas subseries (la componente de orden 12 es la más importante) y ajusta otras componentes en los modelos seleccionados: de orden 2, 3 y 6 en los dos grupos y una más, de orden 4, sólo para el de transeúntes. La similitud del despliegue de las observaciones en la subserie de vecinos con el de la serie de ingresos totales nos permite eludir su interpretación. Para el caso de los transeúntes, el orden 4 corresponde a los picos de noviembre y julio y el de orden 2 a los de octubre y diciembre.

El ciclo estacional de los ingresos hospitalarios para transeúntes presenta, pues, marcadas diferencias con el de los vecinos de la localidad. La tabla 107 proporciona la distribución de frecuencias porcentuales en ambos casos. Si la entrada de los vecinos al hospital se ajusta a la general del periodo -otoño, verano, por este orden, y dos cotas máximas en octubre y abril, coincidentes con la afluencia masiva de enfermos de venéreo-, la de los transeúntes presenta rasgos propios. Las entradas en el hospital se concentran sobre todo en noviembre y en junio, meses que contabilizan el 27,13 % de tales ingresos. Además, adquiere un mayor protagonismo asistencial la estación estival.

En resumen, la particular conformación del ciclo refleja la composición de la población de la ciudad, que en invierno y primeros meses de primavera apenas alberga más que a sus vecinos, pero que en la segunda mitad del año -al calor de las faenas agrícolas- recibe una masa de población flotante. En este sentido, Juan María Garay⁴⁴⁴, en 1851, cuantificaba la población temporera en la época de la recolección de la aceituna en 2.982 individuos, procedentes sobre todo de la cercana provincia de Córdoba, y de Granada y Almería.

444 GARAY Y CONDE, J.M. (1851), pp. 457-8.

TABLA 107

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS
HOSPITALARIOS. DETERMINACION SEGUN EL LUGAR DE
PROCEDENCIA DE LOS ASISTIDOS. 1842-1873.

	vecinos	transeúntes
enero	7,96	6,89
febrero	6,74	4,42
marzo	6,75	4,12
abril	9,35	4,98
mayo	8,26	6,80
junio	7,70	12,39
julio	8,18	10,01
agosto	8,60	6,50
septiembre	8,19	8,45
octubre	12,43	10,27
noviembre	8,69	14,86
diciembre	7,14	10,31
totales	8.847	2.308

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
1348-1356.

8.7.1.3. CICLO ESTACIONAL DE LAS ENFERMEDADES.

El ciclo estacional de los ingresos hospitalarios a la luz de los asientos diagnósticos ofrece información complementaria al debate sobre el orden mensual en la preferencia de tales internamientos. La tabla 108 y los gráficos 26 a 31 presentan este hecho referido a algunos de los grupos de enfermedades anteriormente establecidos, en los dos tramos cronológicos en que se registraron los diagnósticos de manera continuada, entre 1837 y 1872 y entre 1881 y 1889. Los seis señalados (que son los que contienen casos en número suficiente para llevar a cabo este análisis) agrupan, respectivamente, al 75,72 y al 71,57 % de los totales registrados. De entre ellos, sólo dos, los que engloban las *enfermedades infecciosas* y las *afecciones traumáticas*, coinciden en sus ritmos estacionales en las dos etapas, lo cual evidencia un claro protagonismo de la época estival, seguida del otoño en el primer corte y de la primavera en el segundo. Las *enfermedades respiratorias*, aunque con una ordenación diferente en cada periodo, atraen pacientes al hospital de forma mayoritaria 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* muestran asimismo ordenaciones distintas en los dos periodos, y, como en el caso anterior, concentran igualmente sus casos en una época del año, aunque en esta ocasión es el verano la estación preferente en el ingreso, a la que sigue el otoño en la primera etapa y la primavera en la segunda. Rasgos propios ofrece el régimen estacional de las *enfermedades venéreas*, fiel reflejo de la intervención de factores exógenos a los propiamente sanitarios en el régimen de entradas al hospital: entre 1837 y 1872, el orden de prelación estacional se atiene escrupulosamente a las condiciones de admisión establecidas por el mandato fundacional del antiguo hospital de *unciones*: 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. En la segunda época, esta admisión reglada por fundación desaparece de la escena hospitalaria; se acortan los rangos y se difumina

TABLA 108

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS
 COMPUTADOS POR GRUPOS DIAGNOSTICOS. 1837-1889

	infecciosas		venéreas		respiratorias	
	1837-72 %	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
septiemb.	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

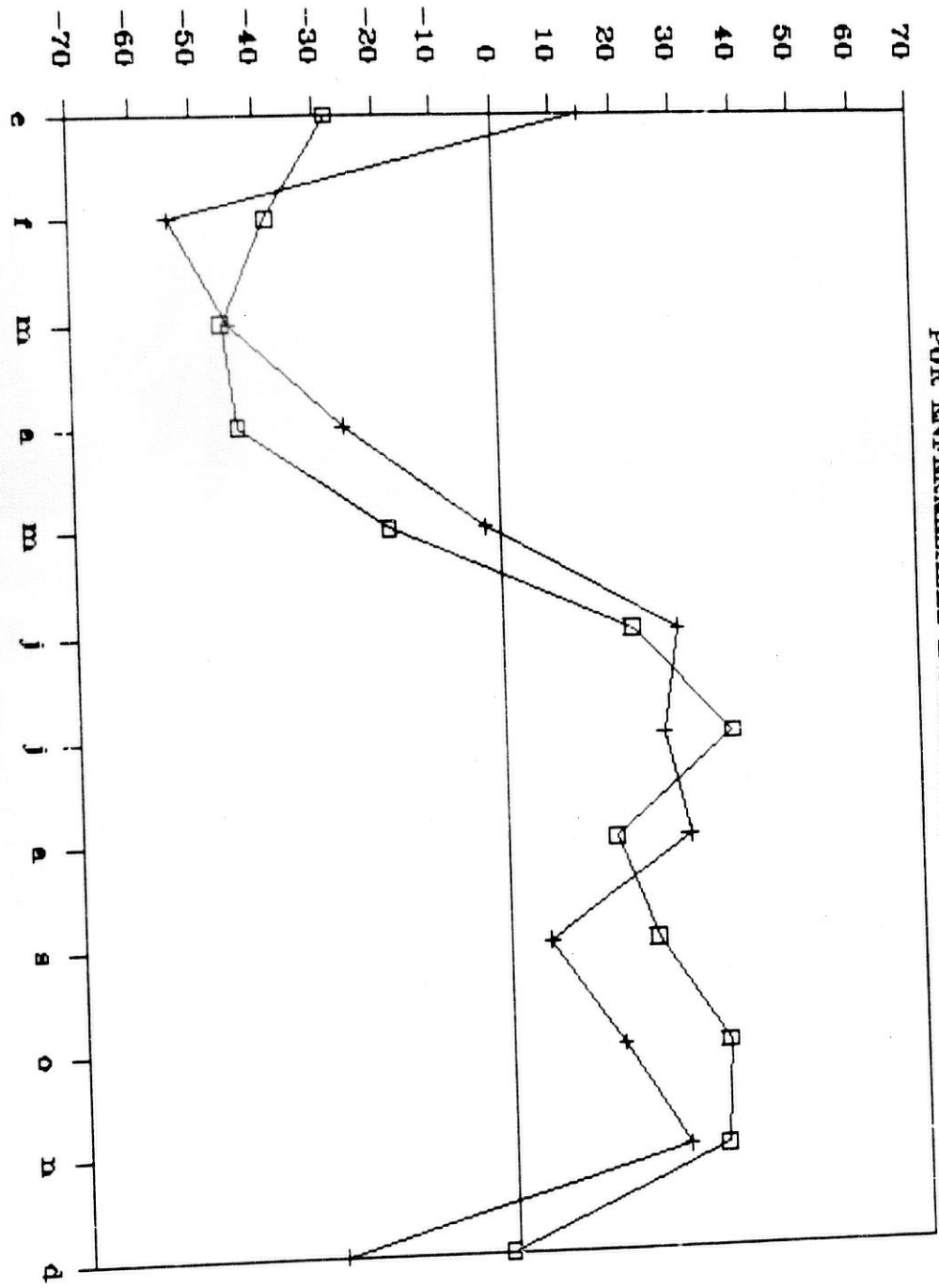
	traumatismos		digestivas		infec. quirúr.	
	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-39 %
enero	6,66	6,52	6,22	10,18	8,55	9,52
febrero	4,80	6,52	4,95	8,42	7,15	6,55
marzo	7,53	6,91	4,06	9,47	8,40	8,93
abril	7,97	9,04	5,46	6,32	5,91	10,71
mayo	9,28	8,64	6,98	9,82	7,93	8,93
junio	10,37	9,97	7,49	9,82	8,55	9,52
julio	11,46	11,70	9,26	10,88	7,62	9,93
agosto	8,30	9,04	9,52	6,67	10,58	7,74
septiemb.	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

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-56 y 1359-1361.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

GRAFICO 26

DISTRIBUCION INTRAMENSUAL DE LOS INGRESOS POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, 1837-1889



□ CASOS 1837-1872

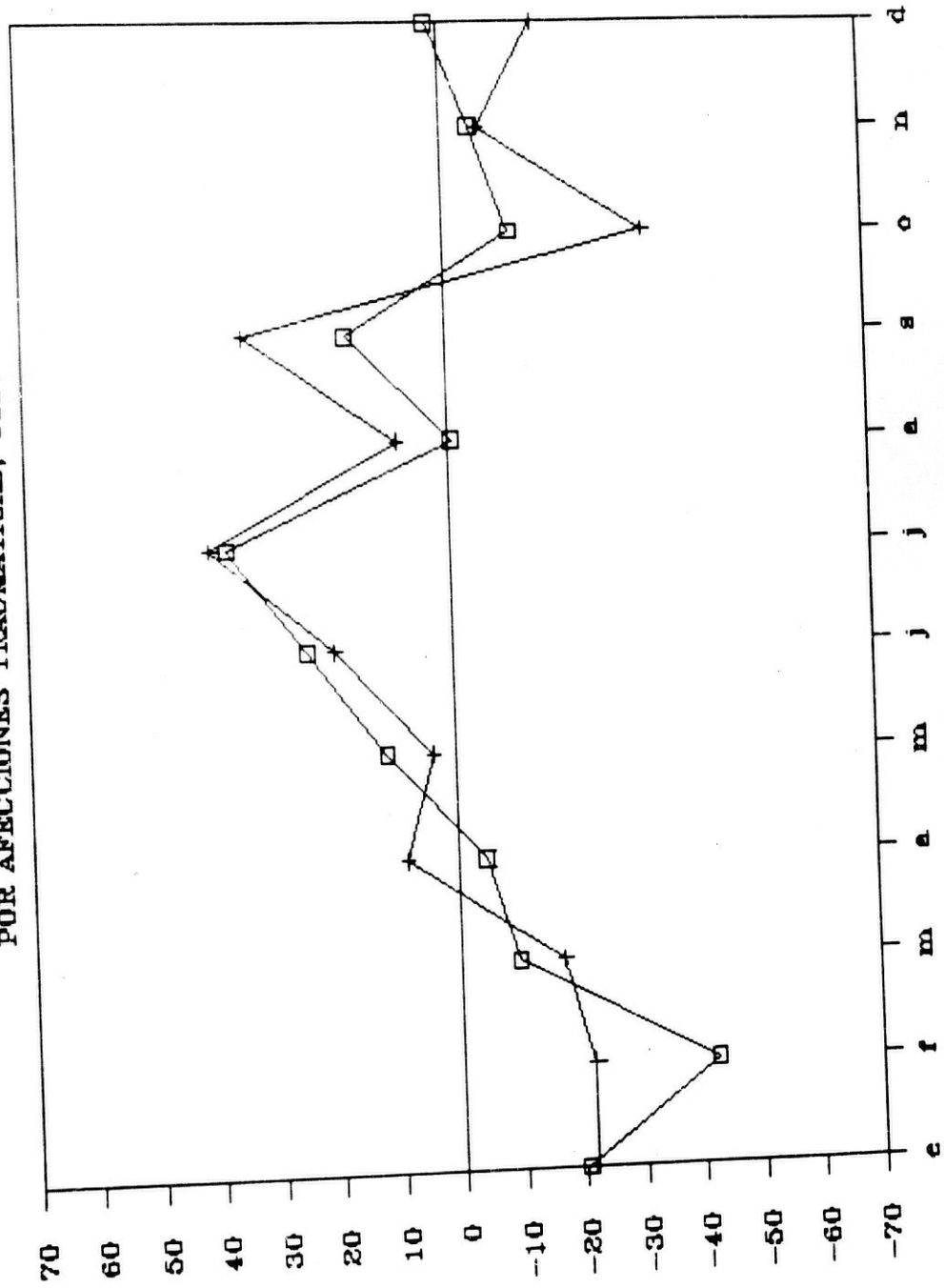
+ MESES CASOS 1881-1889

FUENTE: véase Tabla 109

GRAFICO 27

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS

POR AFECIONES TRAUMATICAS, 1837-1889



MESES
+ CASOS 1881-1889

□ CASOS 1837-1872

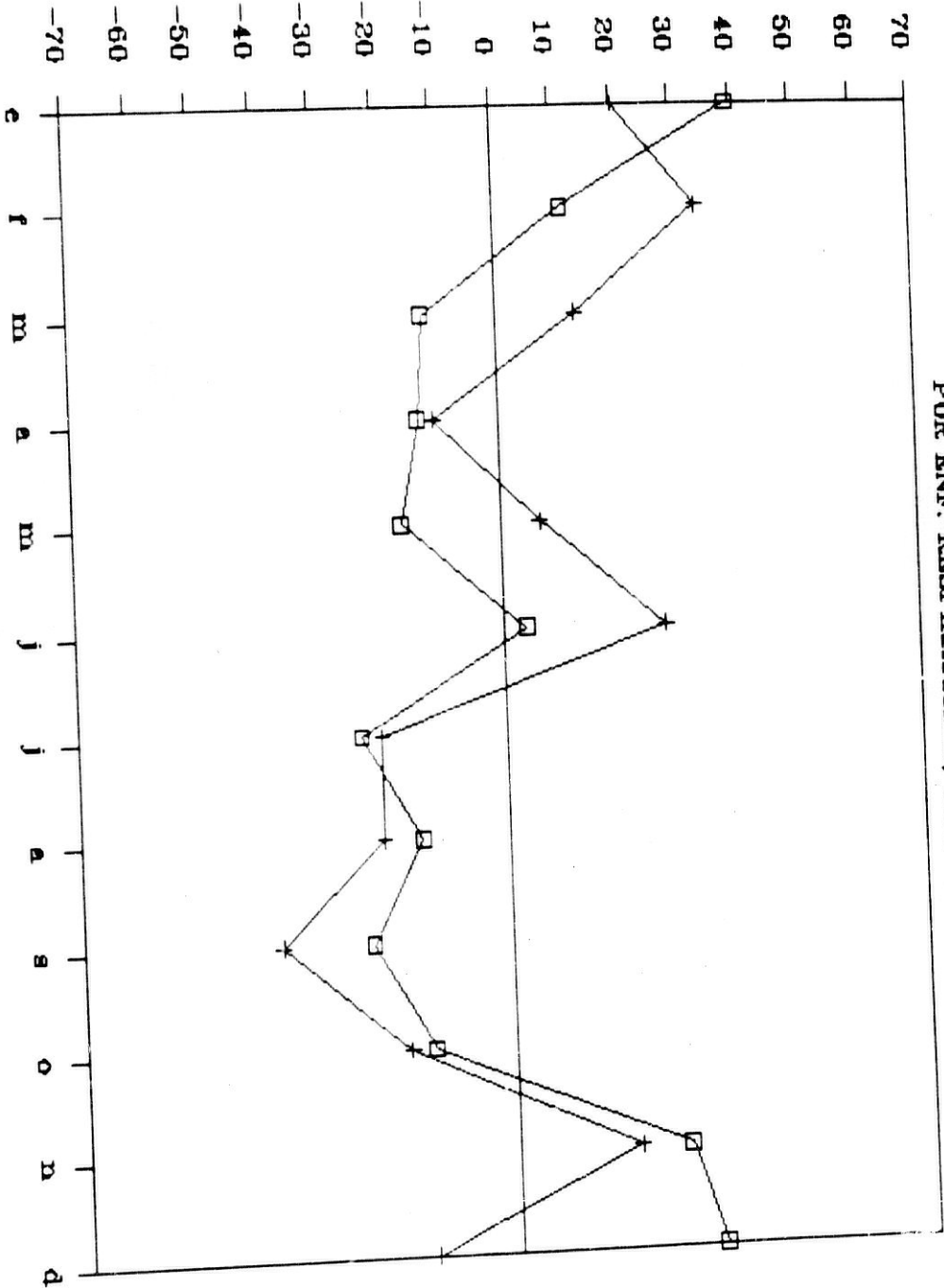
FUENTE: véase Tabla 109

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LOS INGRESOS POR ENF. RESPIRATORIAS, 1837-1889

GRAFICO 28



□ CASOS 1837-1872

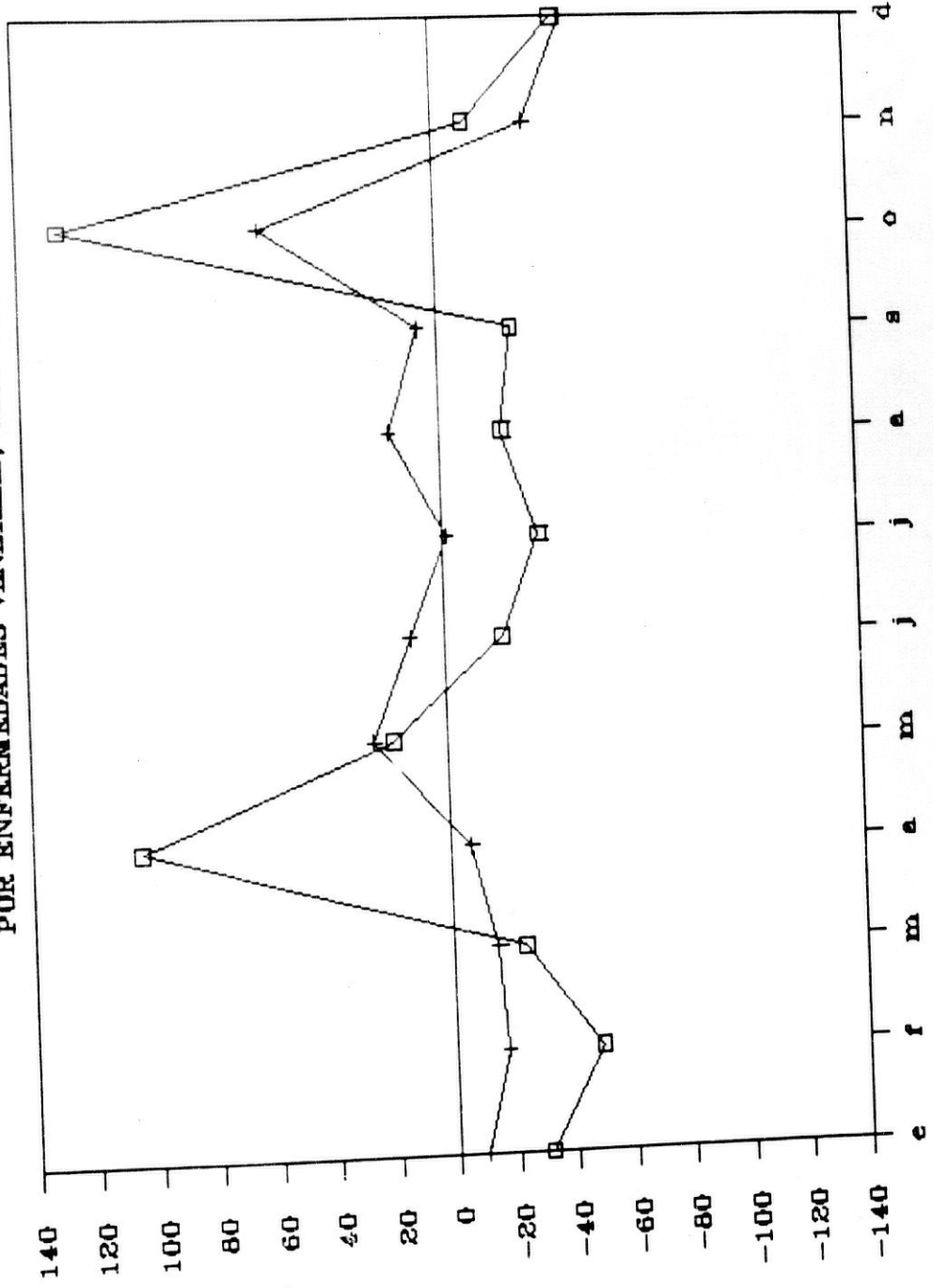
+ CASOS 1881-1889

FUENTE: véase Tabla 109

GRAFICO 29

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS

POR ENFERMEDADES VENEREAS, 1837-1889



□ CASOS 1837-1872
+ CASOS 1881-1889

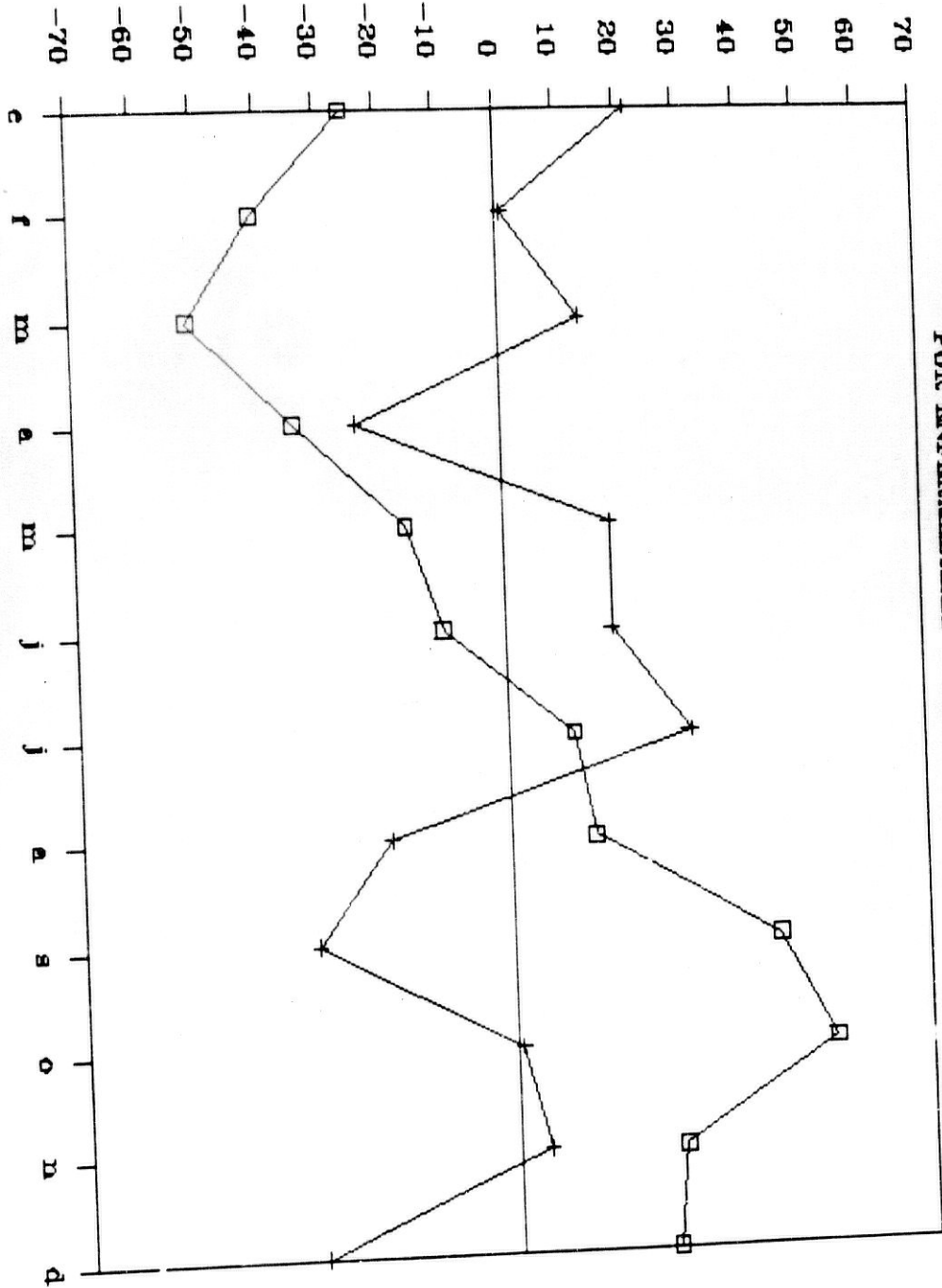
FUENTE: véase Tabla 109

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

GRAFICO 30

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LOS INGRESOS
POR ENFERMEDADES DIGESTIVAS, 1837-1889



□ CASOS 1837-1872

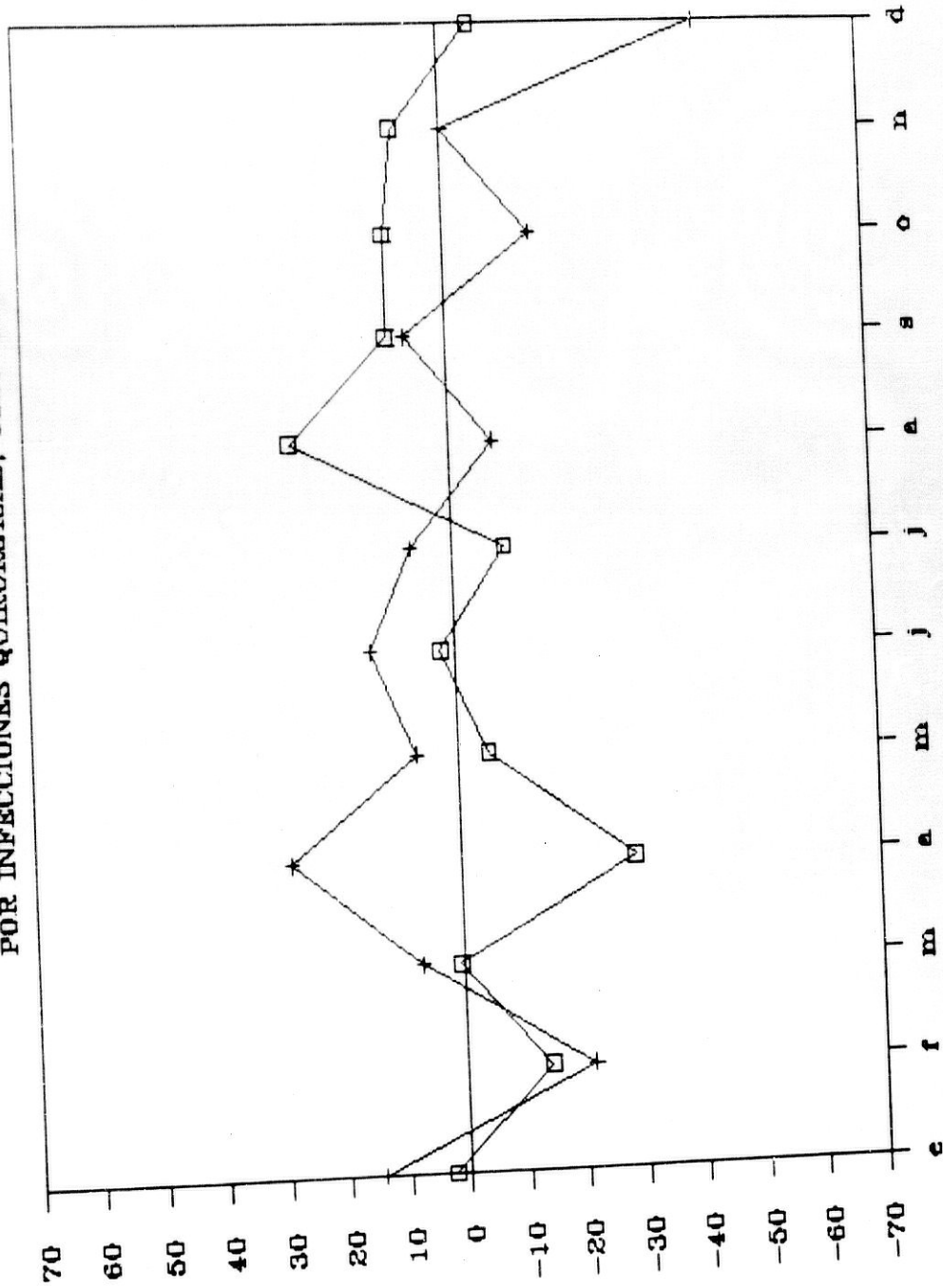
+ CASOS 1881-1889
MESES

FUENTE: véase Tabla 109

GRAFICO 31

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS

POR INFECCIONES QUIRURGICAS, 1837-1869



□ CASOS 1837-1872
+ CASOS 1881-1889

FUENTE: véase Tabla 109

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

consiguientemente la estacionalidad. De las enfermedades digestivas, el último de los agrupamientos diagnósticos, sólo cabe subrayar el total antagonismo de los dos ciclos estacionales presentados: si en la primera etapa son el otoño y el verano las estaciones de preferencia para el acceso al centro, en la segunda, tal privilegio corresponde al invierno y la primavera.

El ritmo estacional de la exposición hospitalaria a las afecciones más frecuentes, que conjuntamente constituyen el 54,62 y el 49,75 % de los totales respectivos de ingresos habidos entre 1831 y 1872 y entre 1881 y 1889, se muestra en la tabla 109. En líneas generales se confirma lo antedicho: *fiebres y calenturas, heridas y venéreo y sífilis* refieren en sus ciclos a las agrupaciones diagnósticas de las que se han desgajado. La *diarrea*, que incluye en la segunda etapa "colitis" y "enterocolitis", presenta sus cotas máximas en la estación estival, a la que sigue el otoño en la primera etapa y el invierno en la segunda. Las afecciones *tísicas y tuberculosas* muestran dos ciclos de gran disparidad: la estación calurosa y el otoño concentran el mayor número de enfermos entre 1831 y 1872, con un alza relativa en el mes de enero, y la primavera y el invierno lo hacen entre 1881 y 1889. Contrariamente, las afecciones *palúdicas* revelan un régimen estacional característico, marcado en ambos periodos 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 casi al 50 por ciento del total de los casos registrados.

Finalmente, para cuatro entidades diagnósticas sólo presentamos el régimen estacional en uno de los dos periodos de los que hemos venido hablando, dado el escaso número de casos recogidos en el otro. La primera de ellas, las *fiebres tíficas* concentran sus efectivos, entre 1837 y 1872, en primavera y en

TABLA 109

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS
COMPUTADOS POR DIAGNOSTICOS. 1837-1889

	fiebres		venéreo y sífilis		palúdicas	
	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %
enero	6,25	8,83	5,72	7,61	4,77	12,88
febrero	5,58	3,91	4,25	6,94	2,21	3,68
marzo	5,11	4,92	6,31	6,71	2,56	3,07
abril	5,18	6,22	17,21	7,83	2,21	6,75
mayo	7,20	8,68	9,93	10,51	3,07	6,75
junio	10,80	11,58	6,82	9,40	5,62	9,82
julio	11,90	11,00	5,43	8,28	8,69	9,20
agosto	9,74	11,14	6,65	9,84	12,10	9,70
septiemb.	9,59	9,12	6,35	8,95	13,80	7,36
octubre	9,88	9,26	18,89	13,42	20,10	12,27
noviembre	10,51	9,70	7,57	5,82	16,18	12,88
diciembre	8,27	5,64	4,88	4,70	8,69	6,13
totales	2.722	691	2.377	447	587	163

	heridas		diarrea ¹		tisis y tubercul.	
	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %	1837-72 %	1881-89 %
enero	6,70	6,36	5,77	10,29	8,70	9,09
febrero	4,24	5,92	4,62	6,62	7,97	0,85
marzo	8,04	7,02	3,93	9,56	6,16	,09
abril	6,70	5,92	5,31	3,68	6,16	9,85
mayo	7,37	7,89	6,47	10,29	6,52	,33
junio	10,49	11,18	8,08	8,09	10,14	11,36
julio	11,16	13,60	10,39	12,50	9,06	6,82
agosto	9,38	9,21	8,55	7,35	13,41	9,09
septiemb.	9,82	11,84	12,70	7,35	8,70	7,58
octubre	7,81	5,70	11,55	8,82	6,16	7,58
noviembre	7,81	7,46	11,78	10,29	9,78	8,33
diciembre	10,49	7,89	10,85	5,15	7,25	3,03
totales	448	456	433	136	276	132

¹ incluye enterocolitis

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-56 y 1359-1361.

TABLA 109 (cont.)

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS
 COMPUTADOS POR DIAGNOSTICOS. 1837-1889

	hidropesía 1837-72 %	vejez 1837-72 %	tíficas 1837-72 %	reuma 1881-89 %
enero	8,06	13,19	6,08	10,61
febrero	5,81	9,16	6,84	11,67
marzo	6,45	9,52	3,42	9,28
abril	6,13	6,96	6,08	7,69
mayo	10,00	6,23	8,75	8,22
junio	8,71	9,52	13,69	7,96
julio	10,65	5,49	12,93	8,22
agosto	8,71	6,23	7,22	5,57
septiembre	4,19	6,96	11,79	7,43
octubre	12,58	9,16	8,37	10,08
noviembre	9,68	8,42	8,75	5,31
diciembre	9,03	9,16	6,08	7,96
totales	310	273	263	377

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-56 y
 1359-1361.

verano⁴⁴⁵. El registro vez, durante esos mismos años, presenta un ciclo de exposición hospitalaria claramente invernal: el valor máximo corresponde al mes de enero, al que preceden máximos relativos otoñales. La hidropesía no presenta en ese mismo periodo un ciclo de perfiles regulares, pues manifiesta alzas en los meses centrales del año y, asimismo, en otoño. Para la segunda etapa, sólo hemos recuperado la estacionalidad de las afecciones reumáticas, que constituyen el 10 % del total de casos recogidos. El protagonismo invernal, que concentra casi las dos terceras partes de estos casos, es el hecho de mayor significación en el ciclo estacional.

De la coincidencia de los ciclos estacionales de la mayoría de los padecimientos con el que se ha propuesto para la totalidad del periodo habrán de extraerse las siguientes conclusiones: 1ª. Gran parte de los internamientos producidos en el hospital obedecen a factores climático-sanitarios; 2ª. A esa intervención habría que añadir otra de carácter cultural, como es la que da cuenta de los ingresos ocurridos en octubre y abril debido a afecciones "venéreas"; 3ª. Las altas proporciones que alcanzan entre 1837 y 1861 los ingresos de mujeres en el hospital en esos dos meses son debidas a la presencia de mujeres afectas de males venéreos; 4ª. Tal hecho apoya la hipótesis sobre la menor afluencia de mujeres al hospital por razones de carácter cultural o de mentalidad.

8.7.2. ESTACIONALIDAD DE LAS ESTANCIAS CAUSADAS.

El análisis de la serie estancias producidas en el hospital, cuyos límites cronológicos se han señalado más arriba, afianza nuestro conocimiento de los factores implicados en la

⁴⁴⁵ No siguen, pues, el ciclo estacional clásico. En un bando de la Alcaldía de Barcelona, fechado en 19 de septiembre de 1893, ASISTENCIA médico-gratuita y desinfección en caso de padecimientos infecciosos. (1893) *Gac. Méd. Cat.*, 16, p. 581, se afirmaba que "la estación del año en que mayor incremento alcanzan las enfermedades de naturaleza contagiosa, como la difteria, tuberculosis, viruela y singularmente el tífus" se hallaba próxima.

estacionalidad. El particular significado económico de esta variable asistencial ofrece un enfoque complementario a la discusión sobre la diversa incidencia de los factores económicos y climático-sanitarios en el ciclo estacional.

La serie se ha subdividido en tres secciones que abarcan los periodos comprendidos entre 1837 y 1861, 1862 y 1869 y 1919 y 1923. No obstante, la metodología Box-Jenkins sólo fue aplicada al primer tramo, en razón del escaso número de observaciones que comparativamente contenían los otros dos.

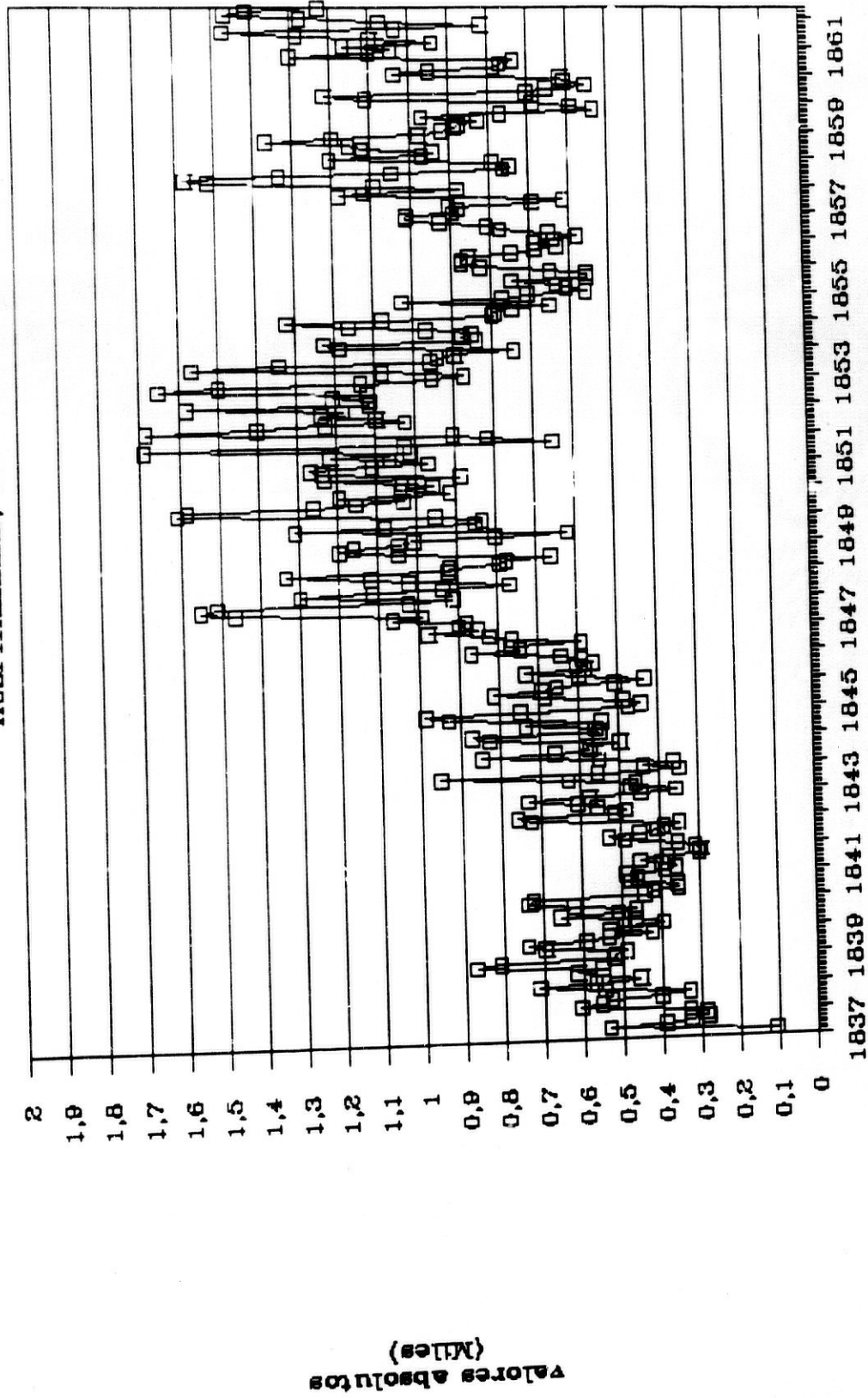
El examen del tramo de mayor amplitud (gráfico 32) hace patentes la falta de estacionariedad de los registros y los indicios de estacionalidad. Ello se vislumbra aun más en el gráfico 33, que presenta las desviaciones porcentuales respecto de la media. Esta se ve desbordada con claridad por los meses de octubre, noviembre y diciembre, y por un pico en mayo, al que antecede una pequeña elevación en abril. El modelo algebraico ajustado, siguiendo la metodología Box-Jenkins, con componentes de orden 1, 2, 2, 3, 4, 5 y 6, resultó significativo. De entre ellas, sólo exige una explicación la de orden 5, puesto que la presencia de las otras ha sido común en las anteriores series. Tal componente podría reflejar los altos valores correspondientes al mes de mayo.

Los ciclos de los dos primeros tramos (que comentamos al unísono), referidos respectivamente a 246.800 y a 167.925 estancias contabilizadas (tabla 110, gráfico 33), presentan una coincidencia casi absoluta en su ordenación estacional: otoño y primavera, por este orden, en las dos primeras posiciones, y verano e invierno, alternando el orden, en las dos últimas. No obstante, hay diferencias en las magnitudes de los valores porcentuales correspondientes a las diferentes estaciones. Así, el otoño, concentró casi el 30 % del total de estancias producidas en la primera etapa, mientras que sólo reunió el 26,42 % del total en la segunda. En el extremo opuesto, el invierno, la época de menor actividad asistencial en el primer periodo,

GRAFICO 32

SERIE MENSUAL DE ESTANCIAS

HOSPITALARIAS, 1837-1861

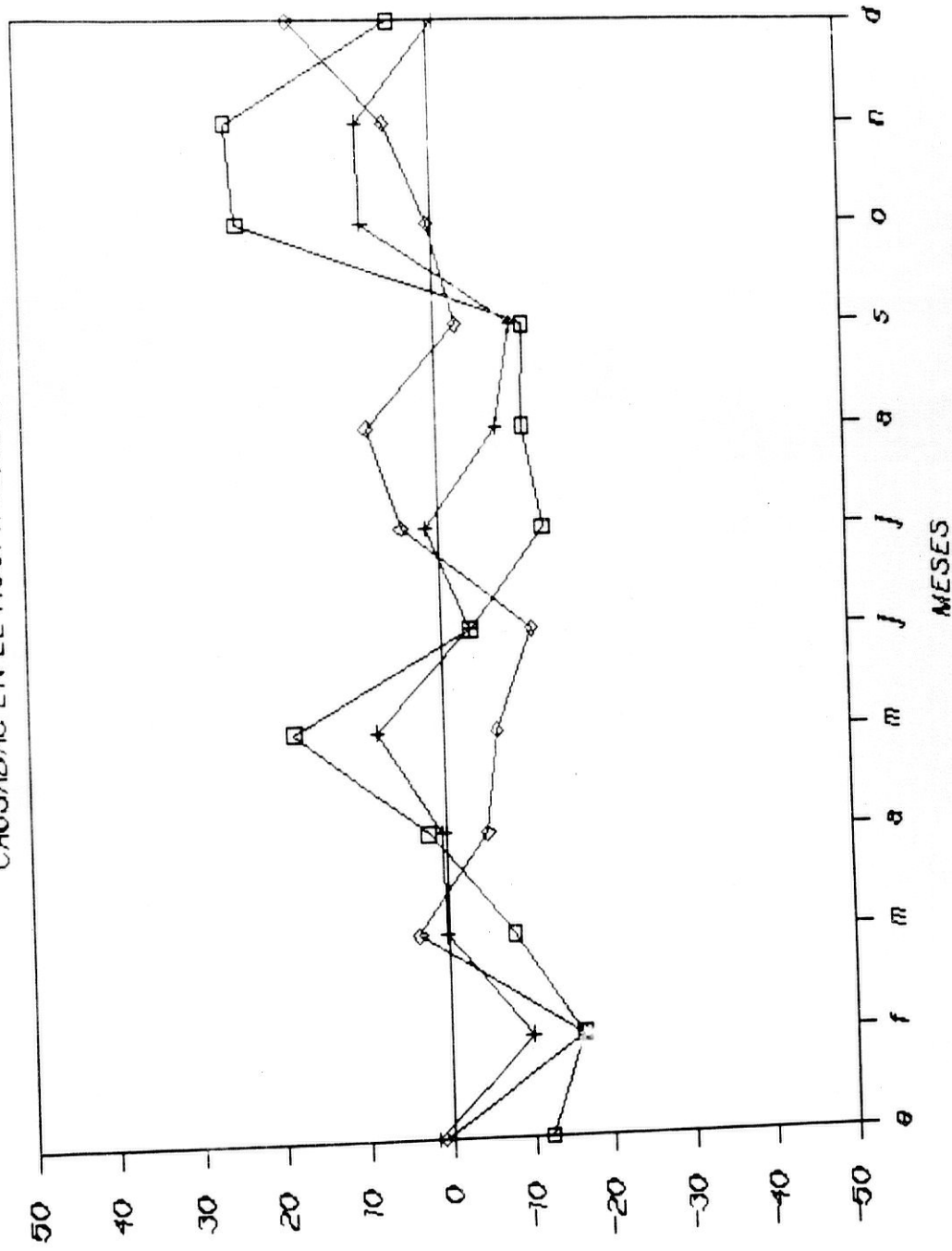


FUENTE: véase Tabla A.1

GRAFICO 33

DISTRIBUC. INTRAANUAL DE LAS ESTANCIAS

CAUSADAS EN EL HOSPITAL, 1837-1923



□ 1837-1861

+ 1862-1923

MESES

◇ 1819-1923

FUENTE: véase Tabla 110

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

TABLA 110

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE ESTANCIAS E INGRESOS
HOSPITALARIOS.

	1837-61		1862-69		1919-23	
	ingr.	estanc.	ingr.	estanc.	ingr.	estanc.
enero	7,12	7,33	7,46	8,48	6,40	8,43
febrero	6,15	6,98	5,98	7,51	7,21	6,98
marzo	6,06	7,67	6,93	8,36	7,06	8,64
abril	8,53	8,52	8,02	8,38	5,75	7,92
mayo	7,53	9,85	8,56	9,01	8,22	7,80
junio	8,18	8,05	8,89	8,06	8,73	7,42
julio	8,79	7,27	8,61	8,48	8,88	8,71
agosto	8,83	7,45	8,48	7,74	9,46	9,04
septiemb.	8,44	7,43	9,19	7,56	6,70	8,12
octubre	12,72	10,31	10,44	9,05	8,01	8,39
noviembre	9,96	10,40	9,22	9,08	9,97	8,80
diciembre	7,68	8,73	8,23	8,29	13,61	9,74
totales	7.608	246.800	3.927	167.925	1.374	47.988

* los recuentos refieren a años naturales.
Fuente: libros registro de ingresos... libs. 1348-1356 y
1365-1367; libros de entrada y salida de fondos de
beneficencia, libs. 1429-1439.

concentró el 21,98 %, mientras que la estación equivalente en este concepto en la segunda etapa, el verano, agrupó el 23,78 %, referidos, ambos, a los totales respectivos. El acortamiento de los rangos en la segunda serie resulta, pues, patente.

Para el tercer periodo, extendido entre 1919 y 1923, con 47.988 estancias contabilizadas, la estación otoñal, aun concentrando el mayor número de estancias hospitalarias, ha cedido parte del protagonismo asistencial al estío. Por contra, en primavera, la cantidad de estancias causadas ha disminuido sensiblemente en comparación con las producidas en etapas anteriores, constituyendo la estación menos favorecida en este concepto. El invierno ocupa, como en el periodo anterior, el tercer puesto en el orden de prelación estacional; de hecho, el mes de febrero, como en los subperiodos anteriores, presenta las frecuencias porcentuales mínimas del año.

La interpretación del fenómeno estacional en lo que a la presentación de ingresos y a la producción de estancias se refiere puede realizarse con relativa solvencia. La inmutabilidad del ciclo estacional de los ingresos (otoño, verano, primavera e invierno) en los tres periodos en que hemos dividido la muestra no tiene parangón en los ciclos respectivos de las estancias. En las dos series decimonónicas, la dependencia del volumen mensual de estancias del orden de prelación mensual de los ingresos resulta patente. Los picos de estancias de octubre-noviembre y de abril-mayo son reflejo de los de ingresos de abril y octubre. En el periodo de máxima actividad funcional del hospital, ambas variables tuvieron sus valores máximos en la estación otoñal. La invernal ha sido, por contra, la de menor actividad hospitalaria. En primavera se producían, proporcionalmente, más estancias que en verano y menos ingresos. Ello indica una especialización más asilar de la asistencia hospitalaria en la primera mitad del año: a una menor afluencia proporcional de ingresos corresponden tasas superiores de estancias.

Entre 1919 y 1923, se aprecia, sin embargo, un cambio importante en la conformación de la asistencia en el centro: el mayor protagonismo de la época estival en la producción de estancias coincide con un pico relativo en el internamiento de enfermos⁴⁴⁶.

Junto a los factores de tipo sanitario (las enfermedades estacionales y los efectos de la deficiente infraestructura higiénica, básicamente), con mayor incidencia en verano y otoño, y principales responsables de la presentación de los ingresos hospitalarios, otros factores de tipo económico, predominantes en invierno y primavera, propios de las coyunturas de crisis, ejercen una notable influencia en la generación de estancias. El protagonismo de la primavera en el orden estacional para los dos primeros periodos de nuestra serie de estancias avala esta interpretación. Por otro lado, las estancias causadas por los enfermos de males venéreos, que, como es sabido, ingresaban por imperativo fundacional en dos tandas anuales son asimismo responsables, en gran medida, de los altos valores registrados en otoño y en primavera. Sin embargo, en la tercera etapa el mayor acoplamiento estacional de ingresos y de estancias en la estación estival sugiere un influjo superior de factores propiamente sanitarios respecto de los de orden económico en la generación de estancias hospitalarias. Ello, precisamente, cuando el hospital se halla en franco declive (la beneficencia domiciliaria ha asumido en esas fechas el protagonismo de la asistencia médica en la ciudad) y cuando las crisis de subsistencias juegan un papel económico secundario en la conformación de la demanda hospitalaria.

8.7.3. ESTACIONALIDAD DEL ALTA HOSPITALARIA.

⁴⁴⁶ Los ingresos predominan a finales de otoño y principios de invierno pero alcanzan un segundo pico en verano; los porcentajes negativos se presentan a principios de primavera y de otoño y durante casi todo el invierno.

La observación de la serie de altas hospitalarias (gráfico 34), que contiene las 334 observaciones del periodo comprendido entre marzo de 1837 y diciembre de 1864, único tramo cronológico en que se ha recogido este dato, delata, como en el análisis de series anteriores) la falta de estacionariedad de la misma y la presencia de signos de estacionalidad. Las desviaciones porcentuales respecto de la media, que se presentan en el gráfico 35, clarifican estos hechos: hay dos picos fuertes positivos en junio y noviembre y, además, presentan valores por encima de la media julio, septiembre, octubre y diciembre.

De otro lado, el análisis Box-Jenkins ajustó un modelo con componentes significativos de orden 12, 1 y 3. Tales componentes reflejan con solvencia la dinámica de las altas hospitalarias: estancias cortas estacionales que originan altas de periodicidad anual (orden 12) y otras estancias más largas que dan pie a la conformación de altas regladas trimestralmente (orden 3).

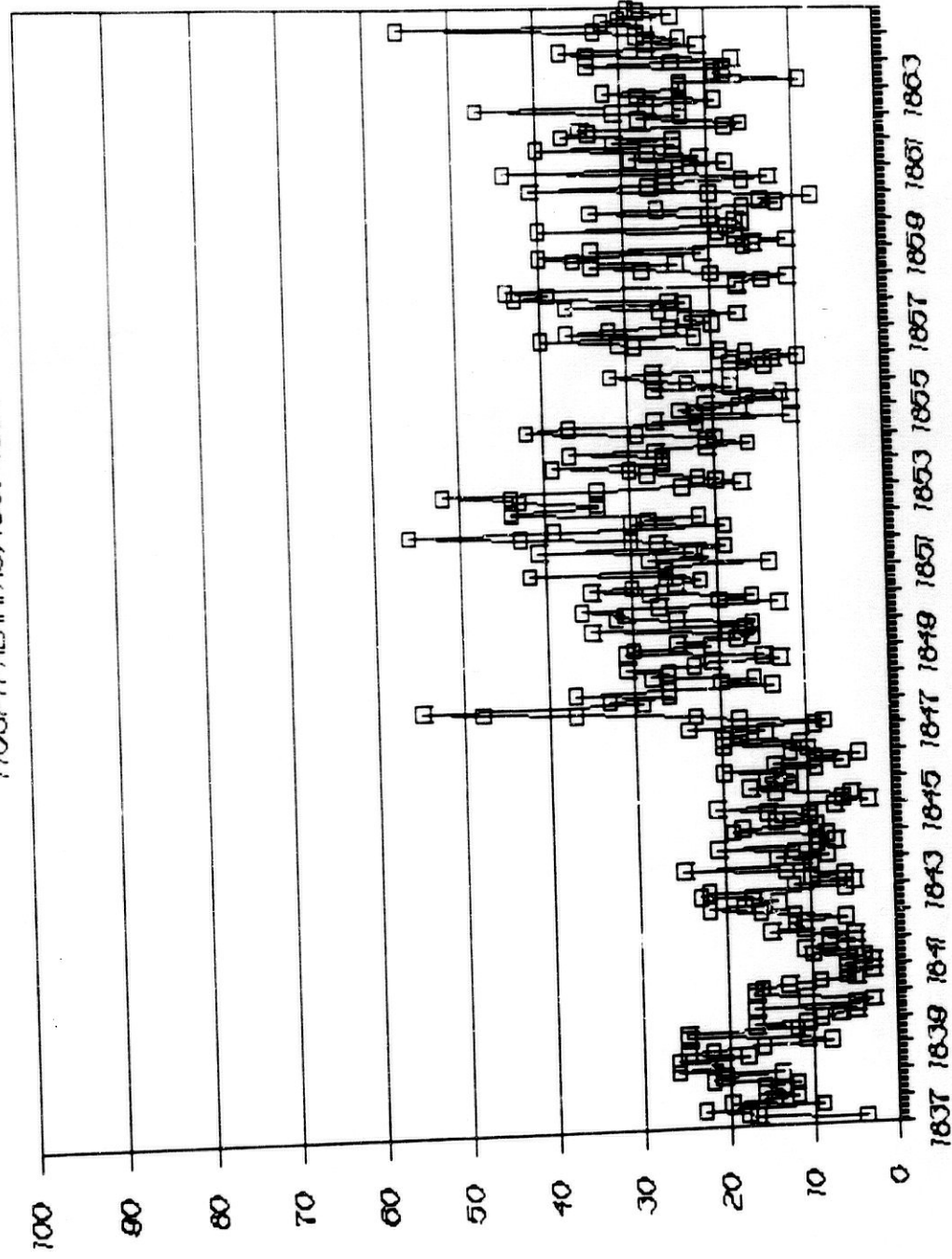
La distribución de frecuencias porcentuales mensuales (tabla 111) sustenta esta interpretación. El mayor número de salidas del hospital se produce en otoño y lo contrario sucede en la estación que le sigue, en el invierno; primavera y verano ocupan, con idénticos valores proporcionales, la posición intermedia. Como es notorio, los esquemas estacionales de altas, ingresos y estancias guardan entre sí un innegable paralelismo. Ello resulta manifiesto en los dos cotas máximas de altas del periodo. El pico de noviembre sigue, cronológicamente, los altos valores proporcionales de ingresos ocurridos en octubre; la mayor proporción de altas causadas en el mes de junio no responde, sin embargo, a valores proporcionales de ingresos de esa magnitud en esa fecha o en los meses anteriores, sino que refleja las altas cotas proporcionales que ostentan las estancias en la época primaveral.

El mes de junio supone, pues, la culminación del ciclo asilar de la primera mitad del año con la salida masiva de

GRAFICO 34

SERIE MENSUAL DE ALTAS

HOSPITALARIAS, 1837-1864



años

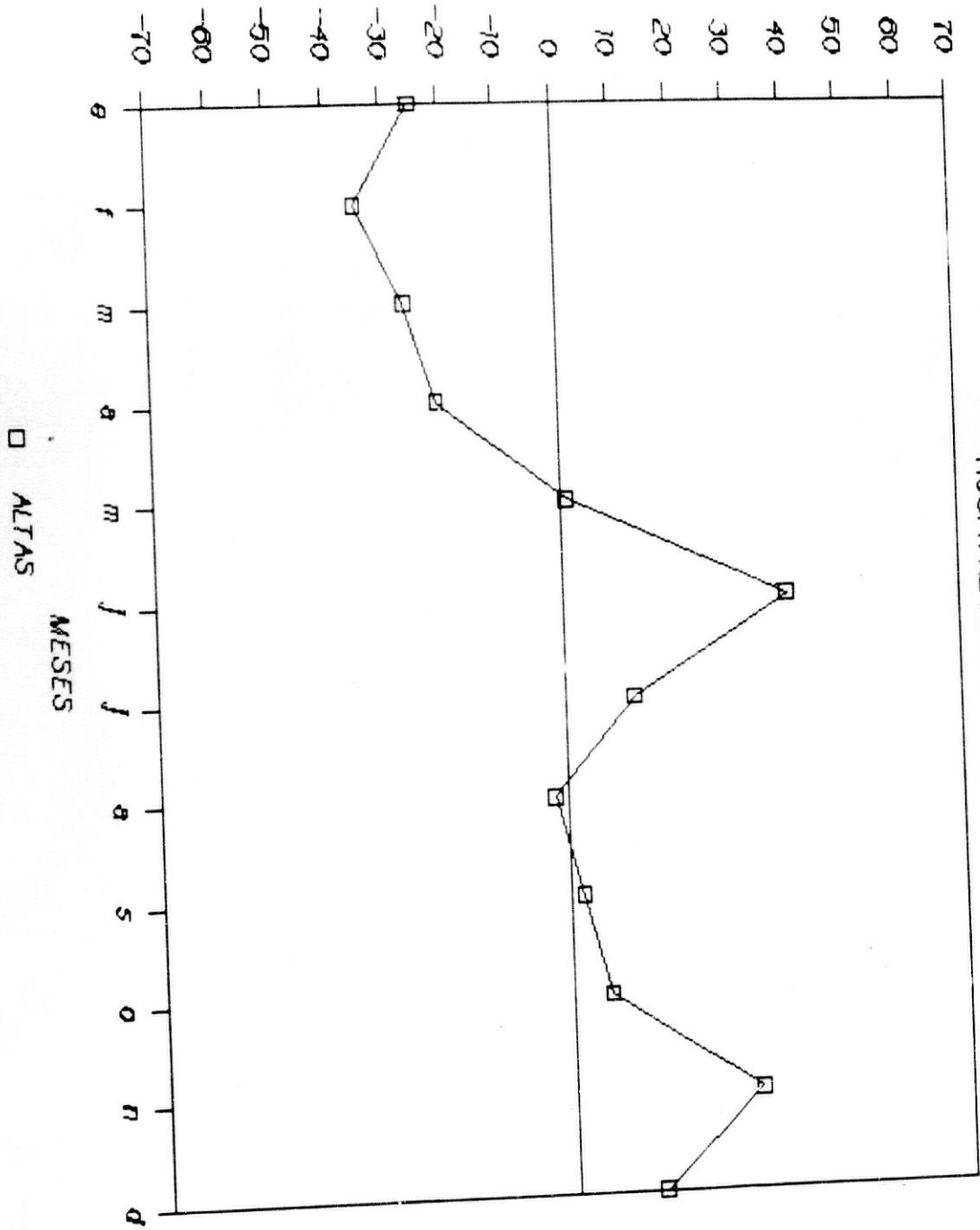
FUENTE: véase Tabla A.1

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LAS ALTAS

GRAFICO 35

HOSPITAL ALARIAS 1837-1884



□ ALTAS

MESES

FUENTE: véase Tabla 111

TABLA 111

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE
LAS ALTAS HOSPITALARIAS
1837-1864.

	%

enero	6,26
febrero	5,44
marzo	6,11
abril	6,56
mayo	8,42
junio	11,60
julio	9,33
agosto	8,16
septiembre	8,54
octubre	8,90
noviembre	11,06
diciembre	9,61
total	7.135

Fuente: AME, libros registro
de ingresos ... 1348-54.

enfermos crónicos y de necesitados. En el origen de tal situación habrán de encontrarse motivaciones de índole económica relacionadas sin duda con la coincidencia temporal del inicio de las tareas agrícolas (la siega del trigo) y la finalización del ciclo estacional de la carestía de los alimentos (los meses de soldadura, en invierno y primavera).

8.7.4. CICLOS ESTACIONALES DE LA MORTALIDAD.

El ciclo estacional de la mortalidad ordinaria en su configuración de antiguo régimen ha sido descrito por Vicente Pérez Moreda en los siguientes términos: predominio estivo-otoñal; un pequeño máximo secundario invernal, limitado para el siglo XIX al mes de enero; y una sobremortalidad muy acusada en el mes de agosto, pero sólo en la centuria decimonónica⁴⁴⁷. Tal reparto de la mortalidad se ha identificado con la superior incidencia de las enfermedades del aparato digestivo, consideradas, por ello, causas tradicionales de defunción. Este esquema estacional, con vigencia hasta al menos la primera mitad de la centuria pasada, sólo cambia de manera significativa a partir de 1900. En este siglo la tradicional cota máxima de mortalidad se ha trasladado hacia un máximo invernal. La explicación de Pérez Moreda incide en un posible "indicio de reducción de las enfermedades infecciosas transmitidas por el agua (...) y de un agravamiento en contrapartida de las enfermedades infecciosas transmitidas por el aire (...), cuya extensión puede atribuirse al aumento de densidades y en concreto al grado creciente de urbanización"⁴⁴⁸.

Carasa ha extendido este reparto estacional de las defunciones, establecido, como se ha señalado, para la mortalidad ordinaria, al ámbito hospitalario, a partir de datos

⁴⁴⁷ Tal estructura se ha conformado a partir del análisis estacional de las defunciones de adultos y párvulos en seis localidades rurales de la España interior durante el siglo XVIII y la primera mitad del XIX, PEREZ MOREDA, V. (1980), pp. 203-212.

⁴⁴⁸ *Ibid.*, p. 456.

correspondientes a la década central de la pasada centuria⁴⁴⁹: máximo estivo-otoñal (de agosto a octubre), seguido de una alza primaveral de abril y de mínimos en verano. Sobre la misma ha depositado, además, idénticas explicaciones causales: de la persistencia de estos ritmos estacionales en la mortalidad hospitalaria se deduciría "su estructura atrasada y ligada aún a las viejas condiciones climático-agrícolas del Antiguo Régimen"⁴⁵⁰. Este autor ha dado un paso más con la intención de determinar el peso que los factores socio-económicos tienen en el reparto estacional de la mortalidad, factores que no quedan reflejados en el ciclo anual clásico (porcentaje de fallecimientos de cada mes con respecto a todas las defunciones del año). Para ello ha calculado lo que ha denominado "mortalidad específica mensual", que no es sino la relación proporcional entre la distribución de frecuencias mensuales de defunciones y la de ingresos hospitalarios, es decir, con una designación más precisa, el índice de letalidad. De este modo ha caracterizado los meses de enero y mayo como aquellos en que se producen mayores proporciones de muertes, seguidos de diciembre y abril. La caracterización de estas fechas como los meses "mayores" del ciclo agrícola o "meses de soldadura" (los del alza de precios y de la escasez de trabajo), le ha permitido establecer un segundo esquema estacional, en el que la mayor incidencia proporcional de defunciones en invierno y primavera sería achacable a los desequilibrios del "ciclo económico anual propio de la economía de antiguo régimen"⁴⁵¹.

La serie de muertes del hospital de San Sebastián, que ocupa la totalidad del periodo estudiado se presenta en los gráficos 36 a 39; su distribución en polígono de frecuencias se muestra en el gráfico 40. Todos los trazados reflejan fluctuaciones no

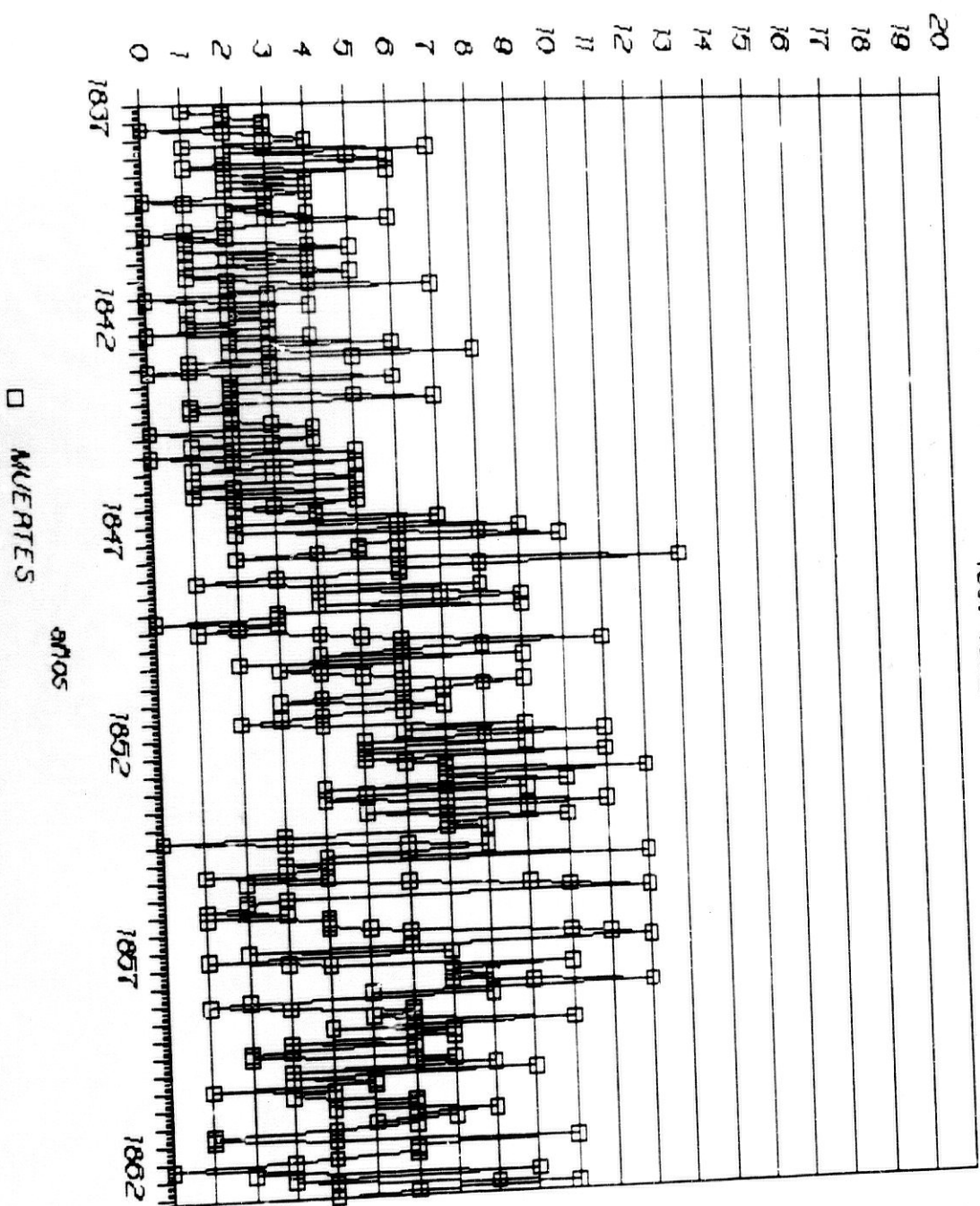
449 CARASA SOTO, P. (1985), pp. 206-209. Los datos se han extraído de *La Crónica de los Hospitales de Madrid* (1854 y 1855), otros del diccionario de Madoz para Málaga y otros de una Topografía médica sobre Valladolid.

450 *Ibid.*, p. 206.

451 *Ibid.*

valores absolutos

GRAFICO 36
SERIE MENSUAL DE MUERTES HOSPITALARIAS
1837-1862

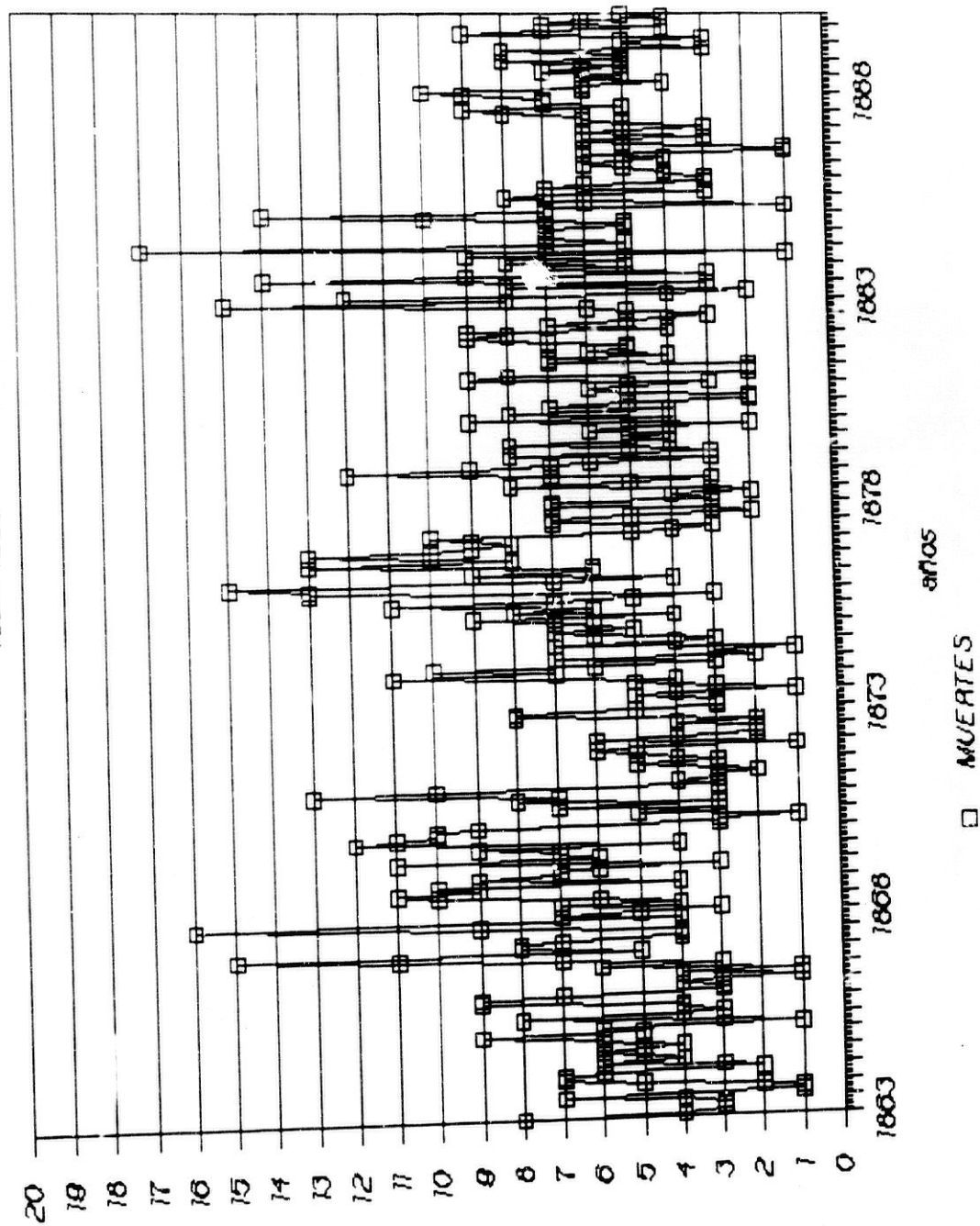


FUENTE: véase Tabla A.1

GRAFICO 37

SERIE MENSUAL DE MUERTES HOSPITALARIAS

1863-1889



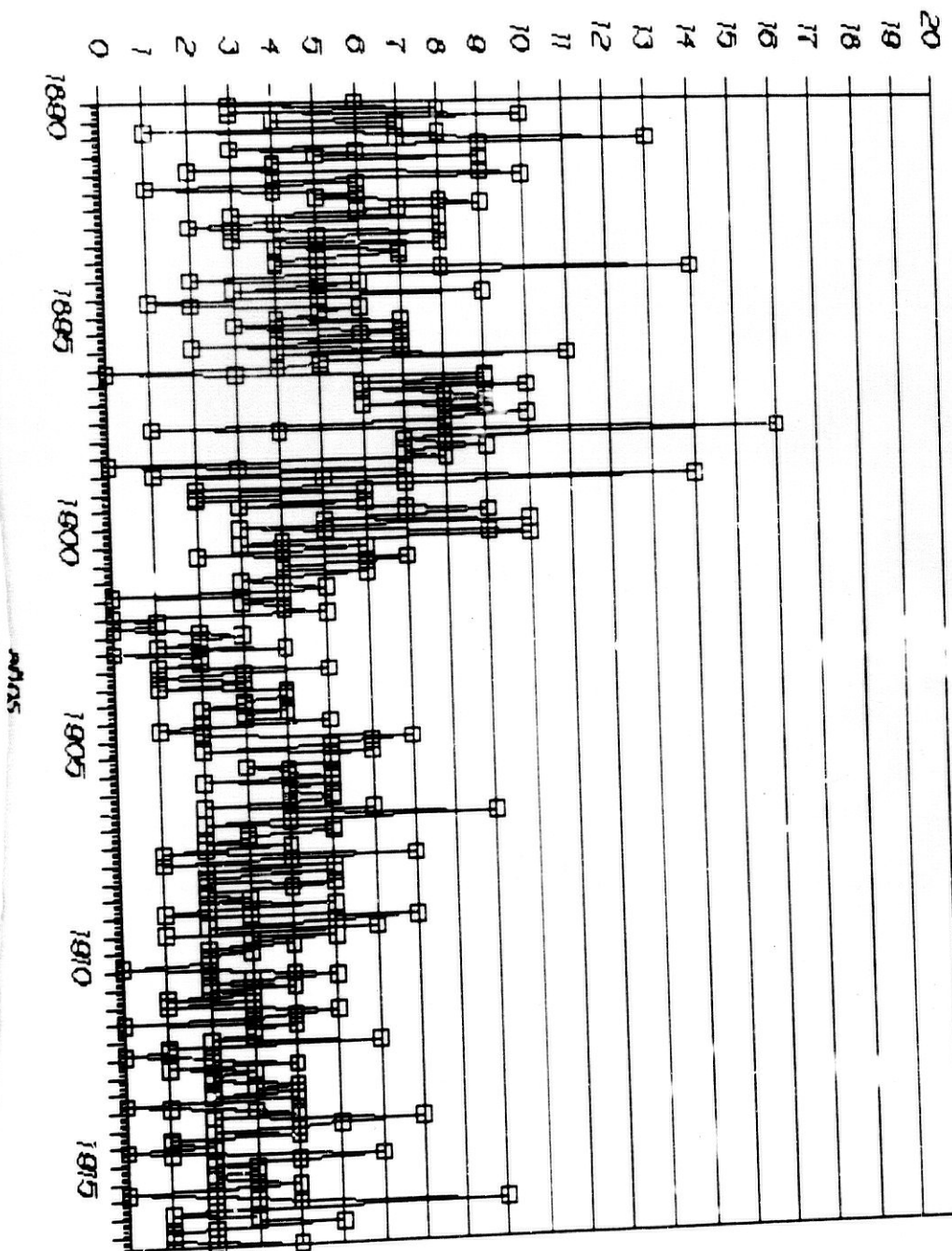
FUENTE: véase Tabla A.1

valores absolutos

SERIE MENSUAL DE MUERTES HOSPITALARIAS

GRAFICO 38

1890-1916

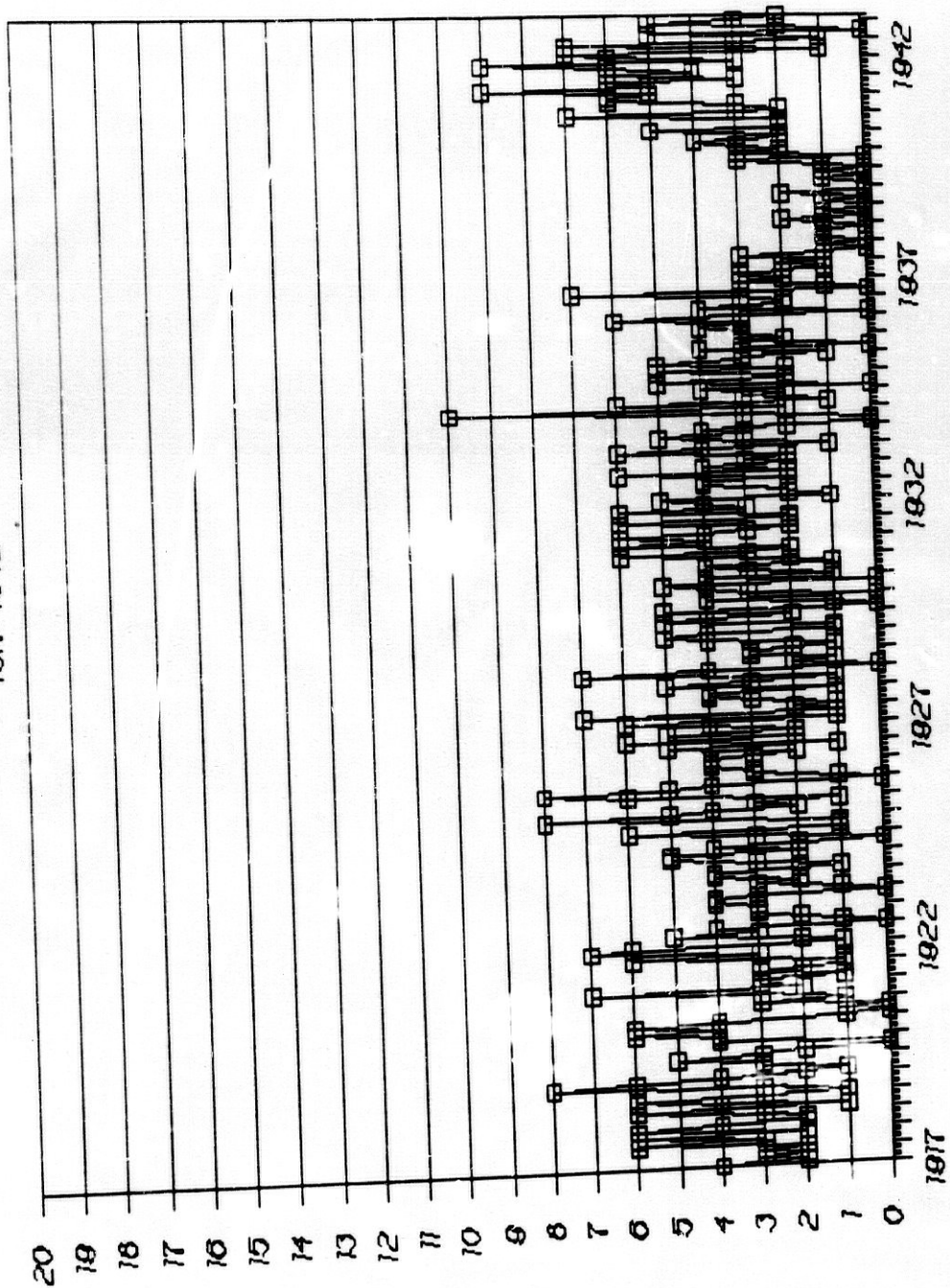


□ MUERTES

FUENTE: véase Tabla A.1

GRAFICO 39

SERIE MENSUAL DE MUERTES HOSPITALARIAS 1917-1942



valores absolutos

años

□ MUERTES

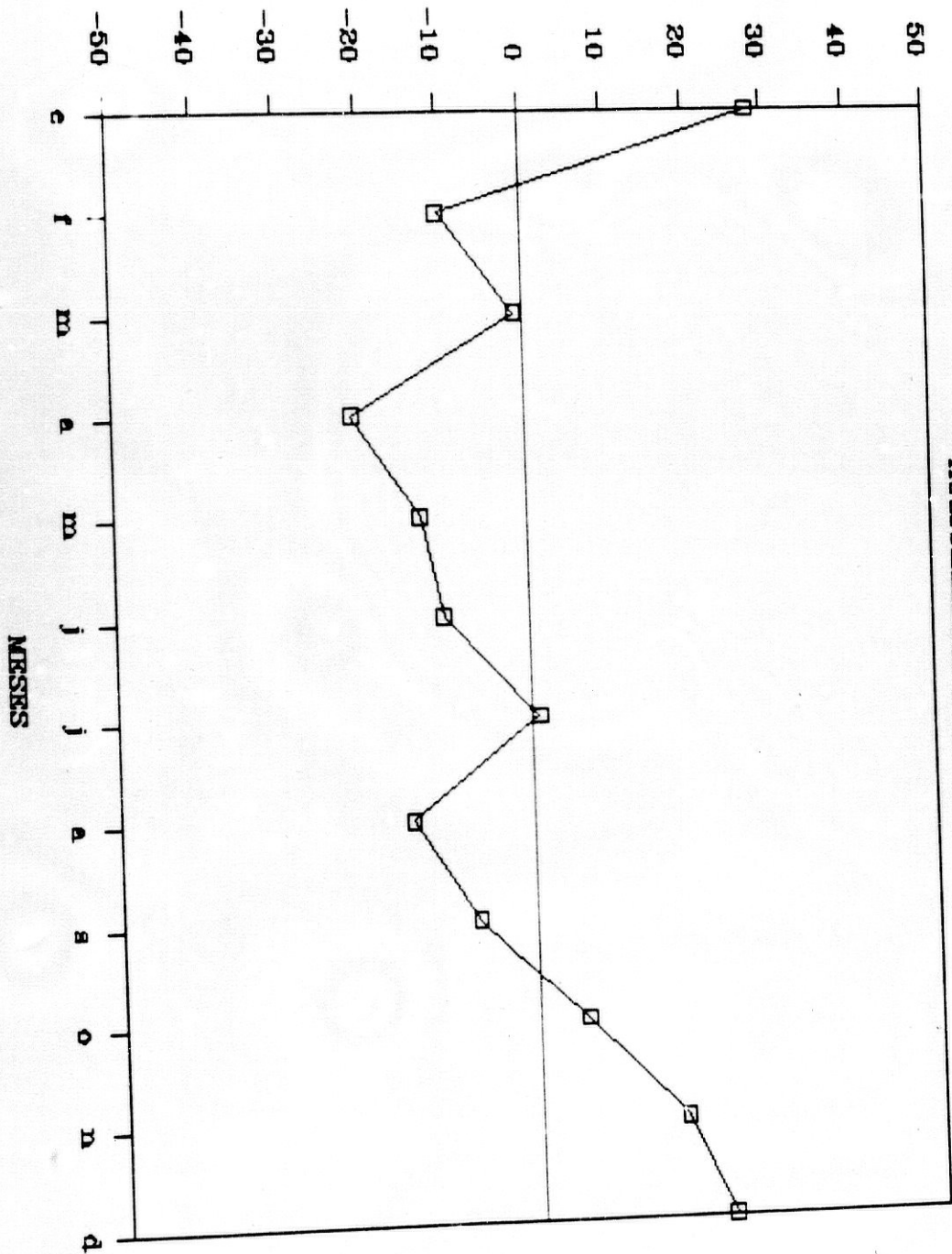
FUENTE: véase Tabla A.1

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LAS MUERTES

GRAFICO 40

HOSPITALARIAS 1837-1841



□ MUERTES

MESSES

FUENTE: véase Tabla 113

centradas en la media y signos de estacionalidad: los valores de enero, diciembre, noviembre y octubre se sitúan claramente por encima de la media y, muy ligeramente, lo hacen también los de marzo y julio. El análisis Box-Jenkins proporcionó coeficientes de correlación significativos para las componentes de orden 12, 1, 6 y 3. La tabla 112 contiene esos valores. Del modelo ajustado se extraen las siguientes consecuencias: 1ª. La componente anual, que es la más importante, se debe al protagonismo de los meses de enero, diciembre y noviembre. 2ª. La componente de orden 6 refleja el empuje de la anterior. 3ª. El orden 3 obedece a las altas cotas de fallecimientos de los tres meses anteriormente citados.

La distribución de frecuencias porcentuales mensuales y los índices de letalidad de los registros del hospital de S. Sebastián se exponen en la tabla 113. Según el primero de tales cálculos (en términos absolutos de simple distribución de frecuencias), el protagonismo del otoño y del invierno resulta plenamente confirmado: ambas estaciones suman casi el cuarenta por ciento de los óbitos.

Los índices de letalidad mensual ofrecen nuevos detalles en cuanto al protagonismo insano de las diferentes épocas del año (mayor propensión para ingresar y morir en el hospital). Sin cuestionar el esquema estacional arriba propuesto, cabe precisar una mayor definición de la estación invernal en su conjunto como la época en que proporcionalmente aumenta el número de defunciones hospitalarias. A ella le sigue el otoño y en el extremo opuesto, primavera y verano se revelan como las estaciones en que la probabilidad de morir en el hospital aparece más lejana.

Por otro lado, se advierte la existencia de una clara dependencia y continuidad cronológicas entre los ciclos estacionales de muertes e ingresos: el periodo estivo-otoñal, el de mayor afluencia de enfermos, se prolonga con el otoño-

TABLA 112

COEFICIENTES Y TESTS (BOX-JENKINS). MUERTES (1837-1941)

ORDEN	ESTIMADOR	ERROR ESTANDAR	T _{exp.}	P<0,001
1	-0,1831	0,0282	6,49	
3	-0,1155	0,0286	4,04	
6	-0,1192	0,0285	4,18	
12	0,9050	0,0113	80,08	

TABLA 113

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LAS MUERTES
 PRODUCIDAS EN EL HOSPITAL. 1837-1941.

	letalidad %	mrt absoluta %
enero	20,65	10,70
febrero	17,25	7,49
marzo	18,13	8,26
abril	13,32	6,57
mayo	14,44	7,26
junio	14,06	7,47
julio	15,19	8,42
agosto	13,21	7,11
septiembre	14,84	7,76
octubre	15,95	8,83
noviembre	16,60	9,84
diciembre	19,76	10,30
tot. muertes		5.540
tot. ingr.	34.797	

Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
 libros 1348-69.

invernal, época en que se produce, como se ha dicho, la máxima concentración de defunciones.

El ciclo estacional de la mortalidad en su configuración diacrónica se expone en la tabla 114 y en el gráfico 41. En líneas generales, los ritmos anteriormente establecidos rigen los balances vitales del hospital durante la práctica totalidad del periodo. En términos absolutos, el pico veraniego, secundario en todos los casos, alcanza mayor importancia en los dos últimos periodos, aunque más entre 1887-1911 que después. Esta particularidad tiene su confirmación en términos de letalidad mensual: los valores de enero y febrero son superados por los de mayo y julio, aunque diciembre continúa marcando los valores máximos. Tal protagonismo no halla reciprocidad alguna en un aumento significativo de internamientos en esos mismos meses o en los anteriores. Para el último periodo se ha producido como hecho más significativo un desplazamiento hacia los meses fríos en la mayor incidencia de óbitos hospitalarios: entre noviembre y marzo se producen más de la mitad del total de muertes del año, con las máximas cotas en enero y diciembre.

Otro rasgo de la evolución de los ciclos estacionales consiste en la progresiva pérdida de magnitud de las tasas de letalidad mensual, a la que se añade una mayor estabilización y equilibrio entre sus valores. En el primer periodo, el rango está definido por los 26,2 y los 12,3 puntos porcentuales, correspondientes, respectivamente, a diciembre y abril (en cuatro meses se dan valores superiores a los veinte puntos y en tres no llegan a los quince); en el segundo, porcentajes de 23,3 y 11,8 unidades para enero y mayo limitan esta medida; entre 1887 y 1911, no se superan en ningún mes los veinte puntos porcentuales y el rango se acorta, quedando establecido por las 17,9 unidades de diciembre y las 12,6 de octubre; finalmente, índices de 18,5 puntos para enero y de 11,2 para agosto establecen el rango de la serie en el último periodo.

TABLA 114

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LAS MUERTES PRODUCIDAS EN EL HOSPITAL. EVOLUCION. 1837-1941.

	1837-1861		1862-1886	
	letalidad %	mrt abso- luta %	letalidad %	mrt abso- luta %
enero	24,9	10,0	23,3	11,8
febrero	20,7	7,2	16,7	6,9
marzo	22,8	7,8	18,4	8,1
abril	12,3	5,9	12,6	6,3
mayo	16,4	7,0	11,8	6,3
junio	12,7	5,9	13,8	8,0
julio	15,2	7,6	14,2	8,4
agosto	15,2	7,6	12,6	6,6
septiembre	19,9	9,5	13,6	7,6
octubre	14,4	10,3	15,7	9,6
noviembre	17,9	10,1	18,6	10,3
diciembre	26,2	11,3	19,4	10,2
tot. muertes		1.350		1.733
tot. ingr.	7.608		10.973	
	1887-1911		1912-1936	
	letalidad %	mrt abso- luta %	letalidad %	mrt abso- luta %
enero	16,7	9,7	18,5	11,4
febrero	15,9	7,3	16,0	8,7
marzo	17,6	8,5	16,0	9,6
abril	14,4	7,0	13,0	6,5
mayo	17,0	8,3	13,6	7,5
junio	16,2	8,5	13,9	7,6
julio	17,0	9,2	14,8	8,8
agosto	14,2	7,8	11,2	6,6
septiembre	12,9	7,0	13,3	6,6
octubre	12,6	8,3	11,6	6,1
noviembre	14,4	9,2	15,5	9,8
diciembre	17,9	9,4	17,4	11,0
tot. muertes		1.417		898
tot. ingr.	9.165		6.120	

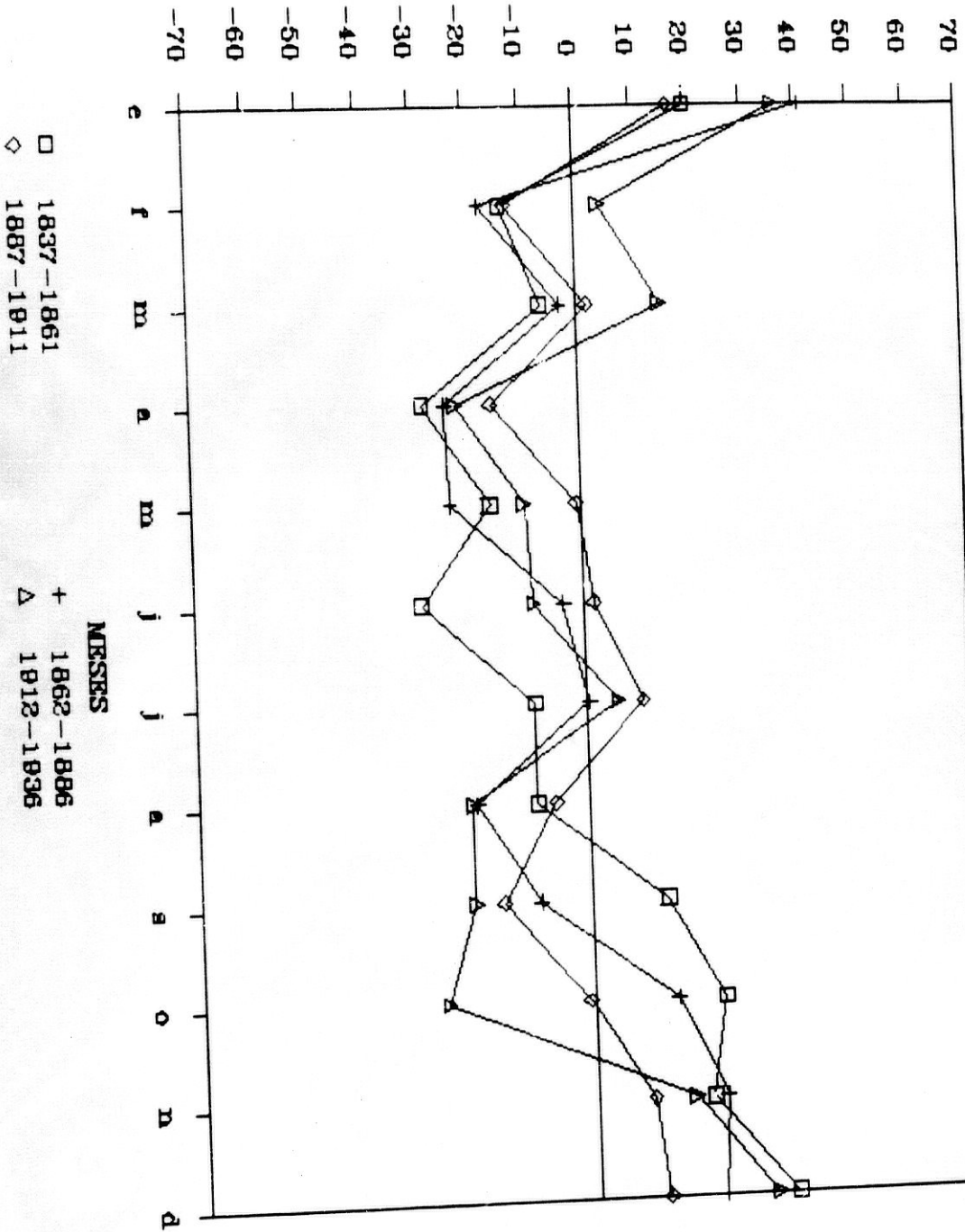
Fuente: AME, libros registro de ingresos ...
libros 1348-1369.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANANUAL DE LAS MUERTES

HOSPITALARIAS. EVOLUCION, 1837-1836

GRAFICO 41



FUENTE: véase Tabla 114

Contrariamente, los porcentajes mensuales de muertes sobre el total de defunciones anuales no presentan esa tendencia: las fluctuaciones entre los rangos para los cuatro periodos, ordenados cronológicamente, son, respectivamente, de 5,4, 5,5, 2,7 y 5,3 puntos porcentuales.

En resumen, de estos resultados para el hospital de S. Sebastián se extraen las siguientes conclusiones: 1ª. No se confirma el ciclo estivo-otoñal "tradicional" propuesto por Pérez Moreda para la mortalidad ordinaria y por Pedro Carasa para la hospitalaria (no hay sobremortalidad acusada en el mes de agosto; enero presenta los mayores porcentajes de muertes sobre el total anual en tres de las cuatro etapas y en la consideración general para todo el período). 2ª. Tampoco se confirma el ciclo de Carasa en lo que respecta a una mayor relevancia de los meses primaverales en cuanto a los índices de letalidad se refiere.

El examen de la conformación estacional de la mortalidad extrahospitalaria, en su contraste con la de intramuros, arroja una mayor definición de las particularidades de esta. Aunque para una muestra de escasa magnitud cronológica (seis años entre 1869 y 1879, para los que hemos recuperado estados sanitarios de la población) la tabla 115 presenta esos resultados. En lo que a la población adulta concierne hay plena coincidencia entre ambos ciclos. El predominio de otoño e invierno es manifiesto como lo es el protagonismo especial del mes de enero. Muy diferente es en cambio la exposición estacional a la muerte para el caso de los niños, en la que la primacía del verano no admite discusiones. Es precisamente la mortalidad infantil, que incide necesariamente en las caracterizaciones estacionales realizadas para el estudio de la ordinaria, pero que apenas tiene representación en la hospitalaria para el caso ecijano, la causante de los diferentes ciclos estacionales de la exposición a la muerte dentro y fuera del hospital.

TABLA 115

CICLOS ESTACIONALES DE LA MORTALIDAD COMUN
Y HOSPITALARIA. DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIAS
1869-1879*.

	común		hospital
	adultos %	niños %	%
enero	10,23	6,67	11,57
febrero	9,45	5,72	7,95
marzo	7,64	5,65	7,71
abril	6,78	4,81	6,51
mayo	6,30	5,23	5,30
junio	7,51	10,57	7,95
julio	8,11	14,81	6,99
agosto	8,63	11,93	8,67
septiembre	6,60	9,06	6,27
octubre	9,50	9,69	10,60
noviembre	9,54	8,74	9,64
diciembre	9,71	7,13	10,84
tot. muertes	2.317	2.849	415

* años 1869-71 y 1877-79.

Fuente: AME, Estados sanitarios mensuales y
semestrales, leg. 702; libros registro
de ingresos ... 1355-56 y 1357-58.

De ambos hechos debe extraerse una hipótesis alternativa a la que proponen dos autores anteriormente citados. La mayor exposición a la muerte de los pacientes ingresados en el hospital en otoño e invierno sugeriría una estructura de la mortalidad hospitalaria de caracteres diferentes a los de la ordinaria, precisamente por la ausencia del componente de óbitos infantiles en el establecimiento. Aquella no resultaría tan atenta a las coyunturas críticas del año agrícola, ni tan dependiente de las enfermedades de transmisión hídrica, de mayor incidencia estival. Tales hechos indicarían, por otro lado, una mayor especialización sanitaria del establecimiento. El análisis estacional con la consideración de los registros diagnósticos ofrecerá nuevas luces a este problema.

8.7.4.1. LA DETERMINACION SEXUAL DEL CICLO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD.

Antes de ofrecer esas noticias investigaremos la existencia de diferencias por razón de sexo en la exposición estacional a la muerte. Las subseries de óbitos hospitalarios de hombres y de mujeres, que abarcan la totalidad del periodo, presentan trazados no estacionarios con signos evidentes de estacionalidad. En el primer caso, los valores de noviembre, diciembre, enero y, en menor medida, los de octubre superan claramente la media. Para la subserie de las mujeres, junto a un menor protagonismo de octubre, la presencia de un segundo pico de mortalidad en el mes de julio es la única novedad reseñable.

Los modelos ajustados, siguiendo las pautas del análisis Box-Jenkins, proporcionaron componentes de orden 1, 3 y 12 y de orden 1, 3, 6 y 12, respectivamente, para las subseries de hombres y de mujeres. En este último caso, las correlaciones fueron, sin embargo, de menor entidad, dado el inferior número de fallecimientos registrados. Podemos concluir, en consecuencia, que es la subserie de hombres la que aporta las componentes trimestrales y anuales a la serie global. Por otro lado, la

componente de orden 6 de la subserie de óbitos de mujeres podría reflejar el mencionado pico relativo del mes de julio.

Las distribuciones de frecuencias porcentuales y los índices de letalidad mensuales (tabla 116, gráfico 42) confirman la coincidencia general en el orden de prelación estacional de los ciclos vitales de hombres y mujeres. El máximo secundario de mortalidad del mes de julio para el caso de las mujeres queda igualmente reflejado por la tasa de letalidad mensual correspondiente, el 24,7 %, el cuarto mes en orden de importancia tras diciembre, enero y noviembre. En todo caso, los valores máximos de ambos sexos se concentran en otoño e invierno, con un mayor desplazamiento hacia esta última estación por parte de los hombres en cuanto a tasas de letalidad mensual se refiere.

Respecto a este último índice, tanto los valores como las fluctuaciones intermensuales son de mayor magnitud para el caso femenino que para el masculino. Para las mujeres, nueve meses sobrepasan los veinte puntos porcentuales y de entre ellos, dos se sitúan por encima de los veinte y cinco; los valores máximos y mínimos se separan por 11,2 puntos porcentuales. Para el caso masculino, ningún mes alcanza los veinte puntos y la máxima fluctuación es de 7,4 puntos⁴⁵². Estos mayores desequilibrios intermensuales son correlativos a las mayores tasas de mortalidad femeninas y junto a la ya referida menor afluencia de mujeres al hospital incide en la caracterización clínica de los casos femeninos como de mayor gravedad.

El análisis diacrónico, realizado a partir de las dos etapas de cincuenta años en que se ha dividido el periodo y cuyos resultados se exponen en la tabla 117 y en los gráficos 43 y 44, confirma lo dicho, a la vez que muestra matices diferenciadores para uno y otro sexo. En conjunto para los hombres, sólo hay que

⁴⁵² Si las referencias se toman de las proporciones de defunciones mensuales sobre el total de muertes producidas los resultados son los siguientes: 4,8 puntos de diferencia para el sexo femenino contra 4,1 para el masculino.

TABLA 116

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LAS MUERTES PRODUCIDAS
EN EL HOSPITAL. DETERMINACION SEXUAL. 1837-1941.

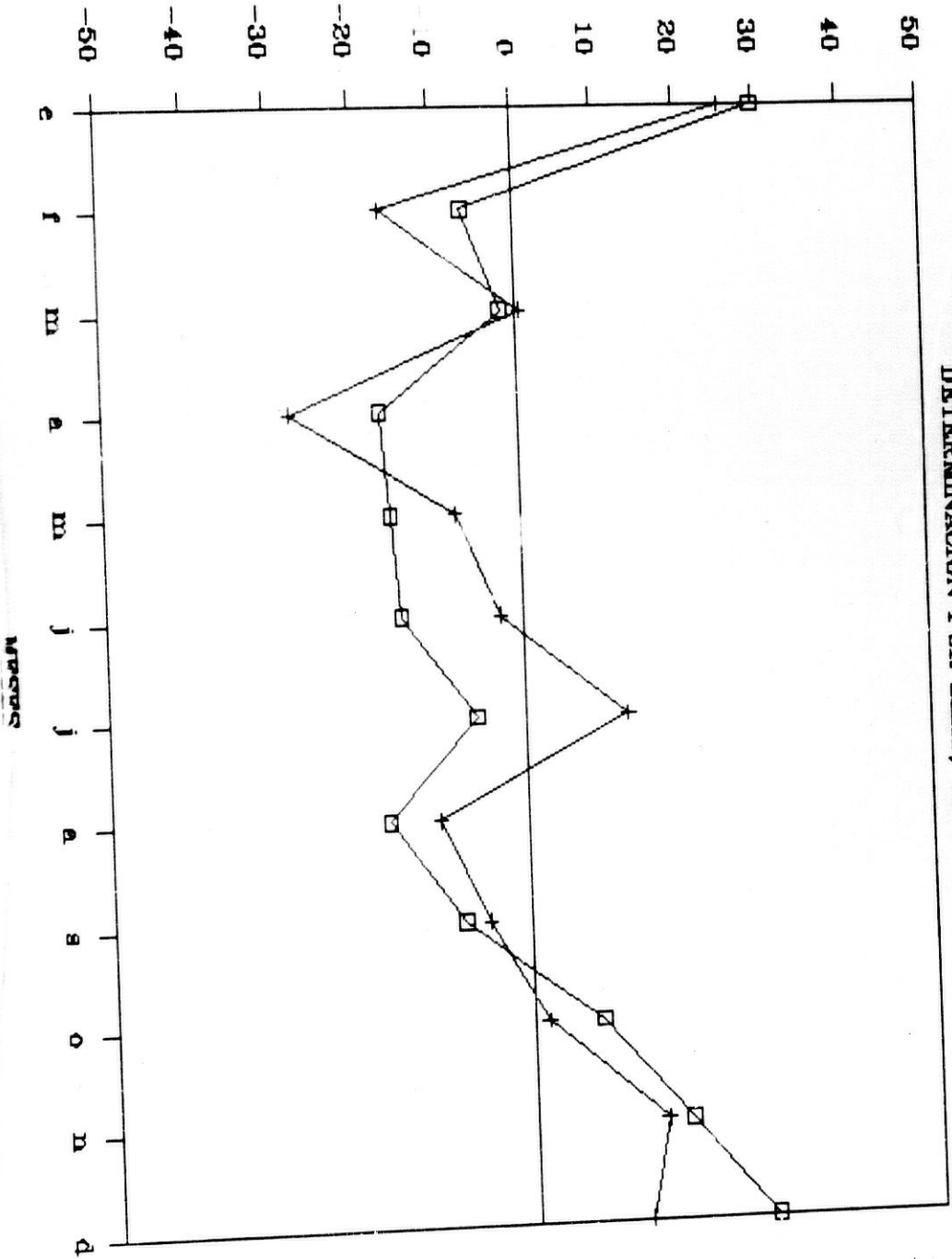
	hombres		mujeres	
	leta- lidad %	mrt abso- luta %	leta- lidad %	mrt abso- luta %
enero	18,73	10,82	25,09	10,49
febrero	16,12	7,81	19,84	6,96
marzo	16,17	8,18	22,56	8,39
abril	12,55	6,92	15,09	6,01
mayo	12,27	7,00	19,73	7,67
junio	11,25	7,09	22,05	8,10
julio	12,15	7,84	23,26	9,39
agosto	11,28	6,92	17,93	7,44
septiembre	12,24	7,66	22,52	7,91
octubre	12,03	9,04	19,43	8,48
noviembre	14,13	9,93	23,66	9,68
diciembre	17,77	10,79	25,06	9,49
tot. muertes		3.455		2.085

Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libs. 1348-1369.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

GRAFICO 42

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LAS MUERTES.
DETERMINACION POR SEXO, 1837-1841



MUERTES HOMBRES

+ MUERTES MUJERES

FUENTE: véase Tabla 116

TABLA 117

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LAS MUERTES PRODUCIDAS EN EL HOSPITAL. DETERMINACION SEXUAL. EVOLUCION. 1837-1886 y 1887-1936.

	hombres		mujeres	
	leta- lidad %	mrt abso- luta %	leta- lidad %	mrt abso- luta %
enero	21,4	11,2	30,3	10,7
febrero	16,5	7,2	23,1	6,6
marzo	18,8	8,4	23,0	7,1
abril	11,6	6,6	14,9	5,3
mayo	11,4	6,4	19,5	7,0
junio	10,4	6,6	22,7	7,9
julio	10,7	6,9	26,0	9,8
agosto	11,0	6,5	21,1	7,9
septiembre	12,9	8,1	26,2	8,9
octubre	12,7	10,0	22,0	9,8
noviembre	16,2	10,8	25,1	9,1
diciembre	19,4	11,2	30,0	9,9
tot. muertes		1.945		1.138
tot. ingr.	13.756		4.824	
	hombres		mujeres	
	leta- lidad %	mrt abso- luta %	leta- lidad %	mrt abso- luta %
enero	15,4	10,3	22,2	10,5
febrero	14,7	8,0	18,7	7,5
marzo	13,8	8,2	24,1	10,1
abril	13,2	7,0	15,2	6,4
mayo	13,4	7,9	20,9	8,1
junio	12,2	7,9	24,1	8,5
julio	13,4	8,9	23,1	9,3
agosto	11,4	7,5	17,0	7,2
septiembre	11,1	7,1	19,2	6,4
octubre	10,8	8,0	16,4	6,6
noviembre	11,3	8,7	24,8	10,5
diciembre	15,9	10,6	22,4	9,1
tot. muertes		1.421		894
tot. ingr.	10.962		4.323	

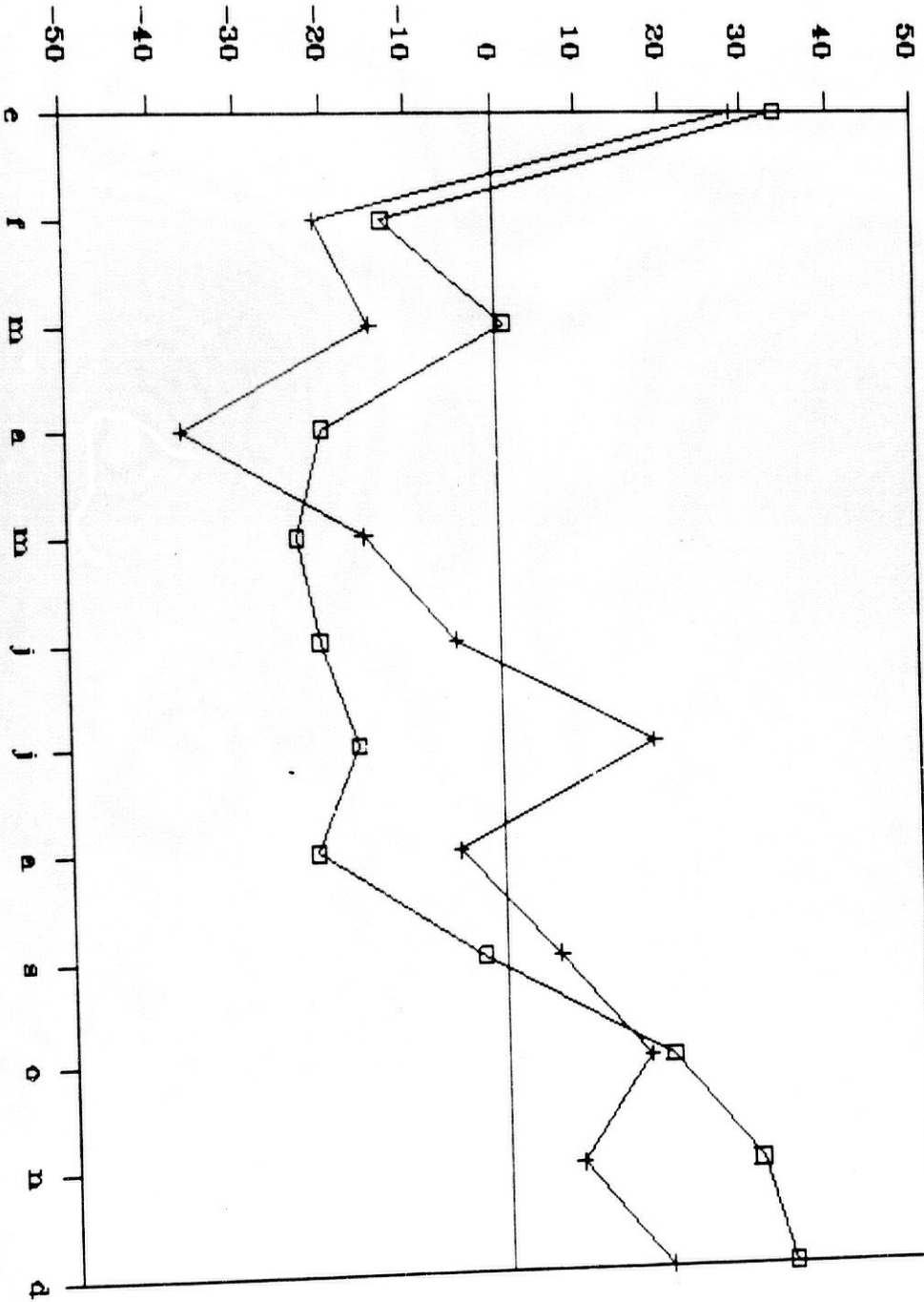
Fuente: AME, libros registro de ingresos...
libs. 1348-1369.

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

DISTRIBUCION INTRANUAL DE LAS MUERTES.

DETERMINACION POR SEXO. 1837-1886

GRAFICO 41



□ MUERTES HOMBRERES

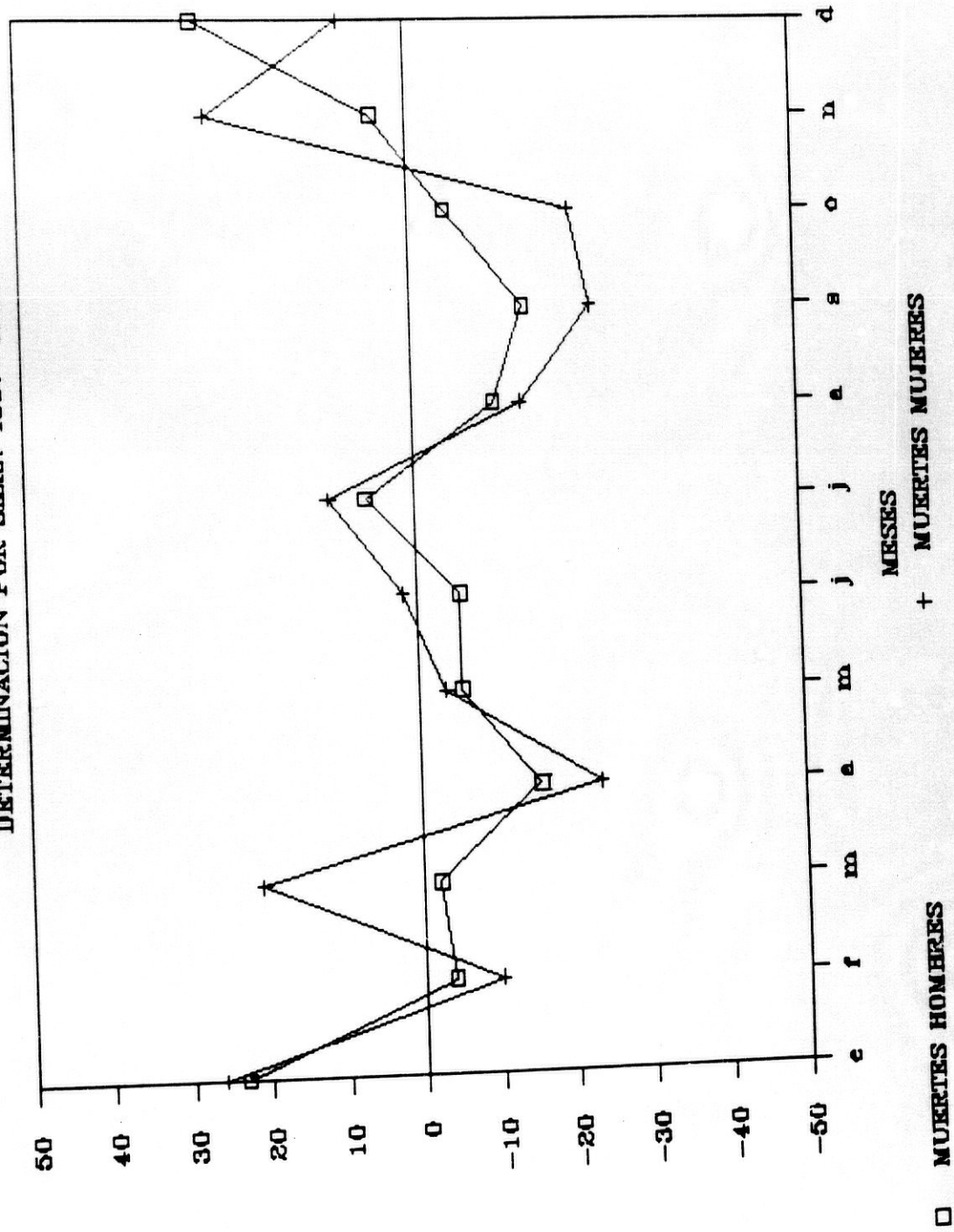
+ MUERTES MUJERES

FUENTE: véase Tabla 117

GRAFICO 44

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LAS MUERTES.

DETERMINACION POR SEXO. 1887-1936



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

FUENTE: véase Tabla 117

añadir dos consideraciones, la mayor magnitud de los índices de letalidad en la primera etapa (y consecutivamente la mayor amplitud del rango) y un cierto protagonismo insano del mes julio en la segunda cincuentena. Se advierte un acercamiento de los extremos, aunque las menores tasas de mortalidad absoluta del segundo periodo son superiores a las menores del primero, lo cual se traduce en una mediana más elevada para la tasa específica.

En cambio, el ciclo vital anual varía sustancialmente para el caso femenino de un subperíodo a otro. Además de la mayor magnitud de los desequilibrios intermensuales entre las tasas de mortalidad específicas de la primera etapa en comparación con los de la segunda (los rangos varían, respectivamente, desde 30,3-14,9 a 24,8-15,2), se aprecia un ligero cambio en el orden de prelación mensual de las mismas. Si en los primeros cincuenta años el protagonismo del invierno es manifiesto, en la segunda etapa los valores correspondientes a junio y julio se sitúan en la parte alta de la tabla superando a los de diciembre y enero. El incipiente protagonismo del verano, que ya se aprecia como rasgo distintivo de la mortalidad diferencial entre ambos sexos en la primera época, adquiere rasgos definidos en la segunda. Contrariamente, en términos de porcentajes absolutos, no se aprecia esa evolución hacia un mayor protagonismo estival, sino justamente la contraria: en la segunda etapa el ciclo estacional fija el invierno como la estación en que se produce un mayor número de óbitos, papel en el que sustituye al otoño, que lo era en la primera; la estación estival pasa del segundo al cuarto puesto en ese orden de prelación.

De los mayores desequilibrios intermensuales de las tasas de letalidad femeninas y de sus superiores valores en la estación estival, todo ello, claro está, en contraste con los mismos parámetros referidos al caso masculino, se concluye en la misma argumentación que se ha recogido hasta ahora: un mayor arcaísmo de la exposición a la muerte por parte de las mujeres.

Los ciclos estacionales de la mortalidad común, que se muestran en la tabla 118 y en los gráficos 45, 46 y 47 para un total de seis años comprendido entre 1869 y 1879, confirman en su contraste con los de la hospitalaria para esas mismas fechas notables diferencias intersexuales. Extramuros del hospital, salvo en el matiz de la sobremortalidad acusada en agosto para el caso de las mujeres, que no halla equivalencia en los hombres, las conformaciones estacionales masculina y femenina guardan una gran similitud. Sin embargo, de la comparación de las mismas con sus homólogas del hospital resalta la singularidad del esquema femenino de intramuros: si los ciclos masculinos muestran perfiles de gran parecido, los femeninos, aun salvaguardando el esquema propuesto (otoño, invierno, verano, primavera), acentúan la especificidad del hospital al ampliar el rango de la serie (33,13-18,67 frente a 27,4-22,52) y elevar los porcentajes de mortalidad.

La menor presencia femenina en el hospital, al igual que la ya reseñada ausencia de niños en el mismo, grupos de pacientes con tasas de mortalidad estival elevada, difuminan esa manifestación en la conformación hospitalaria de la mortalidad, estando en el origen de su especificidad respecto a los ciclos de la mortalidad ordinaria referido por Perez Moreda. En estos ciclos, los picos veraniegos de mortalidad infantil responden a la especial incidencia de enfermedades de transmisión hídrica como causas de muerte; para el caso de las mujeres, tal hecho podría coincidir con las altas tasas de natalidad de las fechas estivales y la consiguiente sobremortalidad obstétrica.

8.7.4.2. DIAGNOSTICOS DE MUERTE Y CICLOS ESTACIONALES.

La exposición estacional a la muerte en el hospital, cuando se consideran las afecciones particulares responsables de esa evolución, como se muestra en la tabla 119 para los casos registrados entre 1837 y 1889 (con el lapso temporal de 1873 a 1880), no guarda diferencias sustanciales con lo dicho más arriba. De entre los cuatro grupos de afecciones que concentran

TABLA 118

CICLOS ESTACIONALES DE LA MORTALIDAD COMUN
Y HOSPITALARIA. VARIACIONES SEXUALES.
DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS. 1869-1879*.

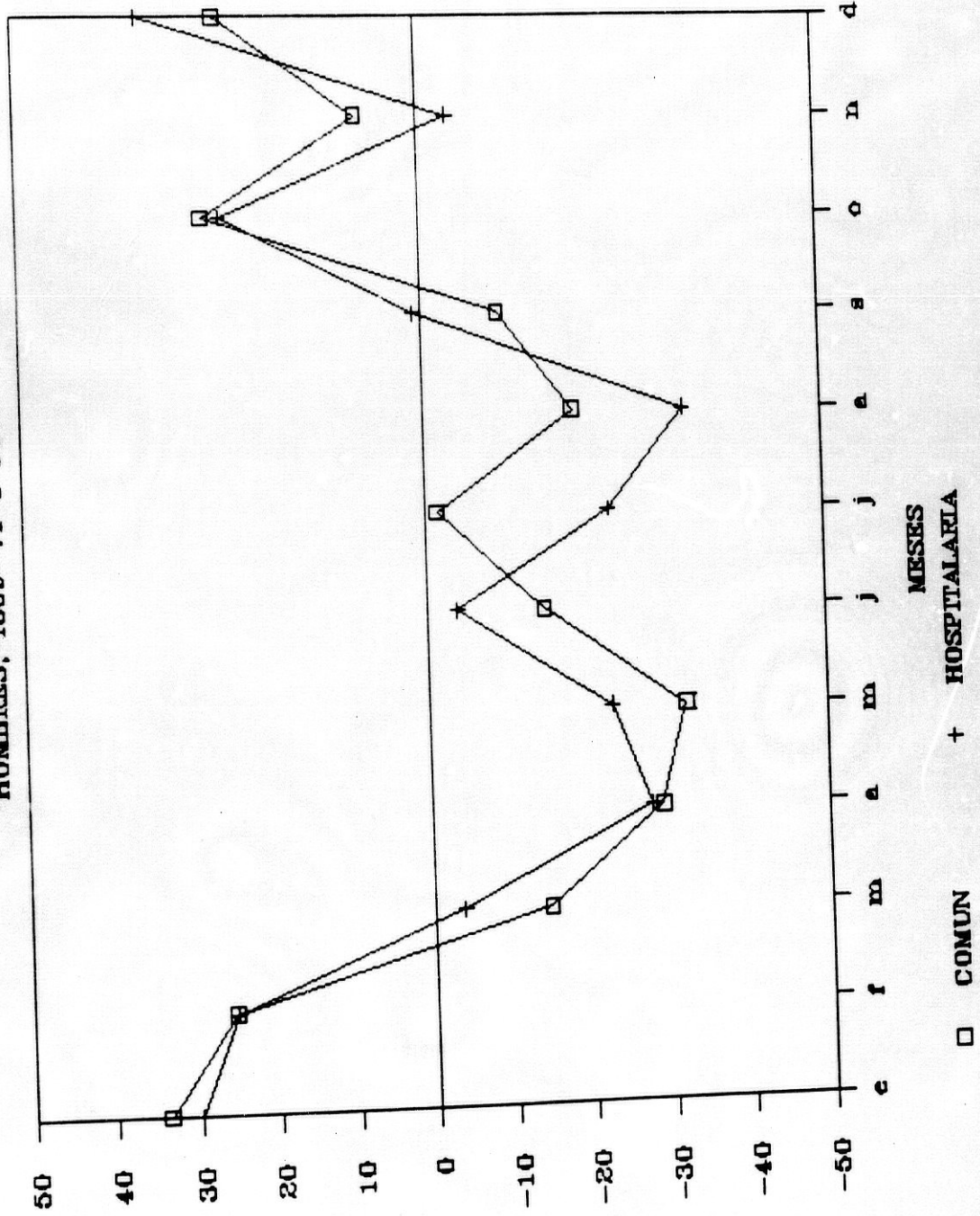
	común		hospitalaria	
	hombres %	mujeres %	hombres %	mujeres %
enero	11,14	9,30	10,84	12,65
febrero	10,45	8,43	10,44	4,22
marzo	7,11	8,17	8,03	7,23
abril	5,91	7,65	6,02	7,23
mayo	5,66	6,96	6,43	3,61
junio	7,11	7,91	8,03	7,83
julio	8,23	8,00	6,43	7,83
agosto	6,77	10,52	5,62	13,25
septiembre	7,54	5,65	8,43	3,01
octubre	10,63	8,35	10,44	10,84
noviembre	9,00	10,09	8,03	12,05
diciembre	10,45	8,96	11,24	10,24
tot. muertes	1.167	1.150	249	166

* años 1869-71 y 1877-79.
Fuente: AME, Estados sanitarios mensuales y
semestrales, leg. 1702; libros registro de
ingresos ... 1355-1356 y 1357-1358.

GRAFICO 45

CICLO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD.

HOMBRES, 1869-71 Y 1877-79



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

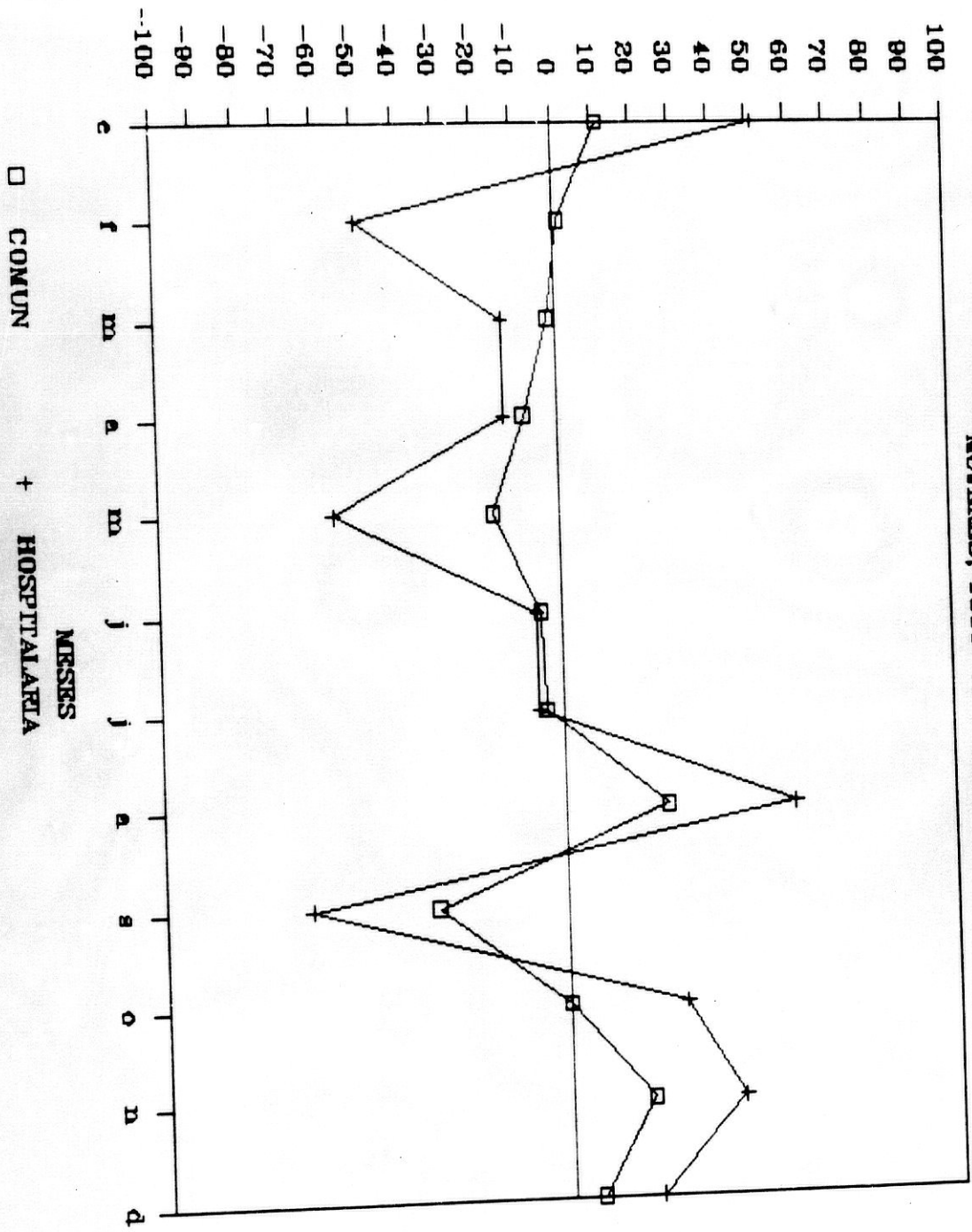
FUENTE: véase Tabla 118

% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

CICLO ESTACIONAL DE LA MORTALIDAD.

GRAFICO 46

MUJERES, 1869-71 Y 1877-79



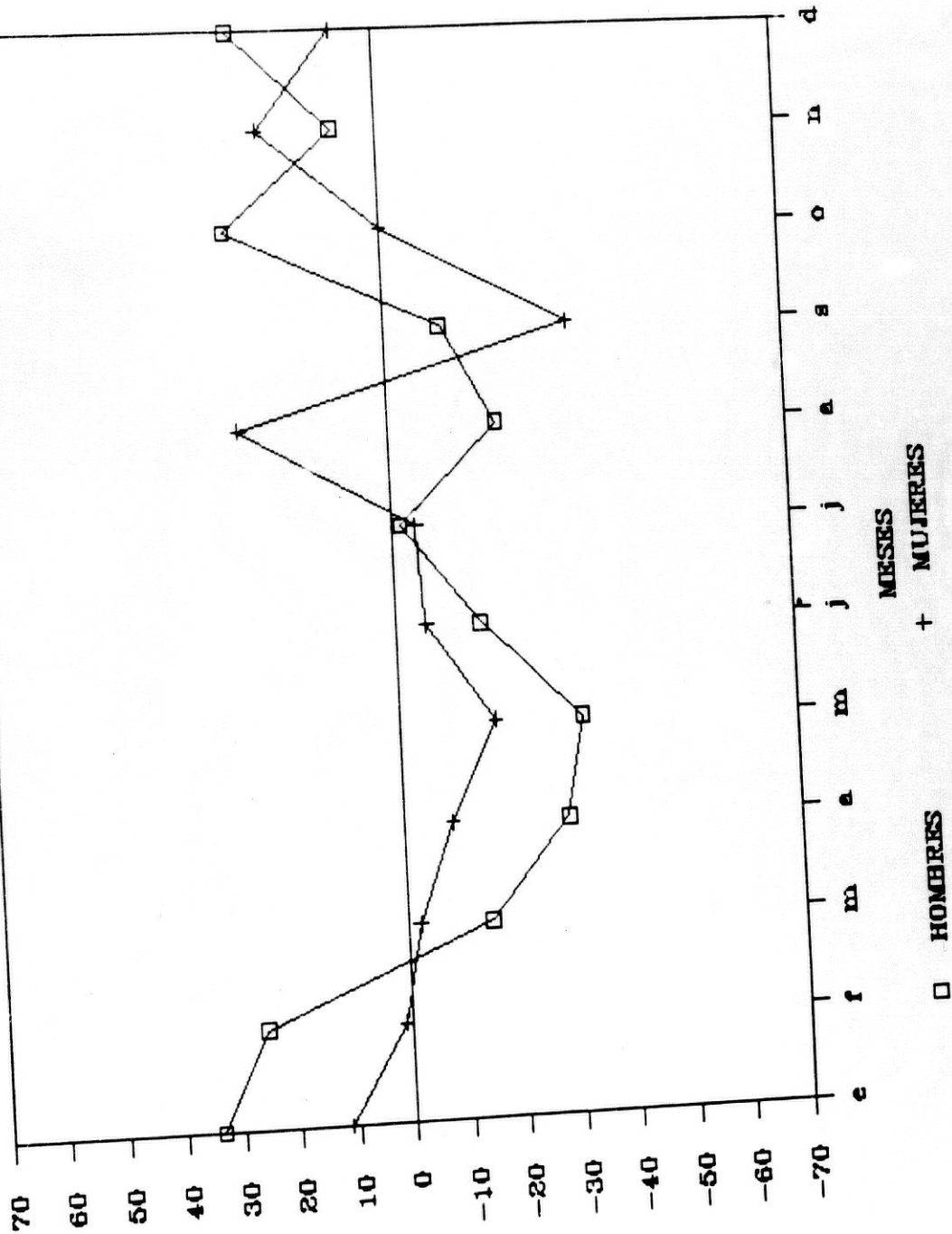
□ COMUN + HOSPITALARIA
MRSSES

FUENTE: véase Tabla 118

GRAFICO 47

ESTACIONALIDAD DE LA MORTALIDAD

EXTRAHOSPITALARIA, 1869-71 Y 1877-79



% DE DESVIACION RESPECTO A LA MEDIA

FUENTE: véase Tabla 118

TABLA 119

DISTRIBUCION INTRAANUAL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA
 COMPUTADA POR GRUPOS DIAGNOSTICOS. 1837-1889*

	respira- torio	diges- tivo	infec- cioso	circu- latorio
enero	13,48	9,16	9,72	11,25
febrero	8,36	5,18	8,33	5,31
marzo	10,07	5,58	6,02	6,25
abril	6,14	4,38	5,56	6,25
mayo	5,63	7,37	6,71	8,13
junio	8,53	6,37	6,02	6,25
julio	7,68	10,16	6,71	8,13
agosto	7,51	6,57	7,87	8,44
septiembre	5,29	10,76	11,57	7,81
octubre	8,19	12,95	10,65	9,06
noviembre	9,04	11,35	10,65	8,75
diciembre	10,07	10,16	10,19	14,38
tot. muertes	586	502	432	320

* faltan años 1873 a 1880.

Fuente: AME, libros registro de ingresos ... 1348-1356.
 y 1359-1361.

las dos terceras partes de los óbitos totales producidos en el establecimiento, tres de ellos, los integrados por las *enfermedades infecciosas, digestivas y circulatorias*, presentan un perfil estacional en el que la supremacía del periodo otoñal como época especialmente propicia a una mayor incidencia de la muerte en el establecimiento queda firmemente reflejada. Verano, invierno y primavera, por este orden, le siguen en la secuencia estacional de la mortalidad. El cuarto grupo, formado por las muertes sobrevenidas *consecuencia de padecimientos respiratorios* presenta su mayores tasas en invierno, con una segunda época especialmente proclive a este desenlace en otoño.

En cuanto a la relación entre los ciclos estacionales de los ingresos y de las defunciones hospitalarios, cabe afirmar la existencia de una gran coincidencia de fechas en los balances respectivos de ambas variables.

El ciclo estacional de los padecimientos que más comunmente concluyen en óbito hospitalario aclara aún más el perfil de la mortalidad en el establecimiento. Los resultados de este examen se exponen en la tabla 120.

El amplio conjunto de enfermedades que a no dudar se registraron bajo el nombre de *diarrea* (en la que hemos incluido los casos diagnosticados de "colitis" y "entocolitis"), la causa más frecuente de muerte en el centro, confirma el orden estacional del grupo en que la hemos encuadrado (*enfermedades digestivas*), al igual que acontece con las *calenturas tíficas*, respecto del suyo (*enfermedades infecciosas*). *Fiebres y calenturas*, e *hidropesía*, aun salvaguardando el protagonismo otoño-estival característico de las agrupaciones en que se integran (*enfermedades infecciosas y desórdenes circulatorios*, respectivamente), registran proporcionalmente mayores cotas que aquellas en invierno para el primer caso y en primavera para el segundo.

TABLA 120

DISTRIBUCION ANUAL DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA
 COMPUTADA POR DIAGNOSTICOS. 1837-1889*.

	diarrea ¹	tisis ²	fiebre	hidro- pesía	tíficas	vejez
enero	10,06	9,28	8,98	8,82	6,54	9,79
febrero	5,87	8,59	8,98	4,41	7,84	5,59
marzo	4,47	9,62	6,94	5,88	4,58	4,90
abril	3,35	6,87	6,12	4,41	5,23	7,69
mayo	6,15	5,84	8,98	8,82	4,58	5,59
junio	6,42	10,65	6,12	6,86	5,88	9,79
julio	11,45	10,31	4,49	9,31	10,46	7,69
agosto	6,15	8,59	9,39	7,84	5,88	2,80
septiembre	9,50	7,90	11,02	9,31	13,07	11,19
octubre	12,57	7,90	7,76	10,29	16,34	9,09
noviembre	12,29	6,87	10,61	8,82	9,80	11,19
diciembre	11,73	7,56	10,61	15,20	9,80	14,69
totales	358	291	245	204	153	143

¹ incluye colitis y enterocolitis.

² incluye tuberculosis.

* faltan años 1873 a 1880.

Fuente: AME, libros registro de ingresos, libs. 1348-1356
 y 1359-1361.

Tisis ofrece como novedad respecto al ciclo de las enfermedades respiratorias, consideradas globalmente, la importante contribución de los meses estivales a la mortalidad general anual. Tal protagonismo es obligada consecuencia del mayor número de internamientos debidos a esta causa en esas mismas fechas.

Vejez, por último, registro no incluido en ninguno de los grupos de los que se ha presentado el régimen de estacionalidad, presenta los máximos valores proporcionales en otoño y primavera. No guarda, pues, una estrecha relación de continuidad con el ciclo estacional de internamientos por esa misma causa, que se producen mayoritariamente en invierno.

8.8. ESTRUCTURA ECONOMICA Y ACCION ASISTENCIAL

El examen de las vinculaciones entre los elementos que fundamentan el proyecto económico de la institución hospitalaria (la composición y la cuantía de sus gastos) y aquellos otros que reflejan el grado de actividad asistencial de tales centros (pacientes asistidos y estancias causadas) merece una atención pormenorizada. Ambos reflejan en su conformación histórica la influencia de otros factores sociales y económicos que actúan modulando la respuesta institucional. El precio del trigo, en tanto afecta al componente fundamental en la alimentación de las capas populares, es un indicador socioeconómico apropiado para el análisis de la demanda asistencial. El marco de actuación impuesto por las diversas administraciones hospitalarias delimita el otro extremo de la conformación de sus servicios, el nivel de la oferta asistencial. Como índice económico general, el precio del trigo es, además, un instrumento analítico que permite calibrar el comportamiento de las magnitudes económicas hospitalarias.

De las fluctuaciones de los precios agrícolas, cuyas explicaciones atienden a "un juego complejo del mercado

ernacional, la urbanización interior y el crecimiento demográfico global"⁴⁵³, sólo nos interesan sus efectos sobre las capas más desprotegidas de la sociedad. Nadal⁴⁵⁴ ha señalado el profundo impacto social de las crisis de subsistencias en España durante el siglo pasado: "las grandes carestías anuncian unos periodos de hambre y de adversidad demográfica". En el siglo actual, tales crisis sólo han tenido un significado demográfico secundario.

Sin embargo, las repercusiones sociales del encarecimiento de las subsistencias fueron enjuiciadas de un modo diametralmente opuesto por algunos de sus cronistas contemporáneos. Tal es el caso del diputado provincial ecijano Rafael Fernández de Bobadilla, quien, en sus respuestas al interrogatorio de *La Crisis Agrícola y Pecuaria*, afirmó, en línea con los postulados económicos proteccionistas, que:

"la importación de cereales extranjeros, no sólo ha hecho descender con grave perjuicio para la agricultura los precios de los productos nacionales, sino que es una de las principales causas que colocan en una crisis angustiosa y precaria a los jornaleros y a las clases menesterosas, pues existiendo en las esferas de la producción una completa solidaridad entre todos sus factores, la ruina del propietario trae como consecuencia ineludible la falta de trabajo, que es el único recurso para la subsistencia del jornalero. Es absurdo suponer que se mejore la condición de las clases pobres porque se abaraten las primeras materias, si para llegar a este resultado se les ha de privar de los medios con que puedan adquirirlas, disminuyendo el trabajo en una proporción muy superior de aquella baja, cuando el agricultor no puede vender sus frutos a un precio que compense los gastos de producción"⁴⁵⁵.

La tabla 121 y el gráfico 48 presenta la evolución de los precios agrícolas ecijanos entre 1839 y 1900 (para los últimos once años sólo hemos recogido los del trigo). Con una típica

453 HERR, R. (1974), p. 66.

454 NADAL, J. (1971), pp. 146 y 187.

455 *CRISIS agrícola y pecuaria (La)* (1887-88), p. 627.

TABLA 121

EVOLUCION DE LOS PRECIOS AGRARIOS (1838-1901).
PRECIOS MEDIOS.

	garbanzos rs/fga	cebada rs/fga	aceite rs/arr.	trigo rs/fga
1838	75,74	23,47	33,50	42,87
1839	60,59	16,09	36,29	34,10
1840	53,88	15,71	40,26	32,77
1841	46,79	23,29	32,15	33,00
1842	49,59	26,24	32,24	38,06
1843	45,44	14,50	30,03	32,00
1844	44,97	13,15	28,18	30,96
1845	45,09	12,56	27,32	25,36
1846	45,62	24,71	29,44	32,07
1847	66,26	31,39	32,68	52,84
1848	52,38	14,71	29,39	38,13
1849	52,15	15	33,71	32,11
1850	55,18	19,53	45,42	31,45
1851	62,92	27,62	48,71	38,65
1852	58,45	13,48	40,95	34,33
1853	53,85	10,95	49,15	33,98
1854	52,22	19,98	37,95	36,89
1855	62,1	26,89	38,18	38,68
1856	74,84	35,87	39,67	63,91
1857	103,91	34,74	42,02	72,05
1858	89,53	21,04	33,15	43,89
1859	85,74	31,88	41,13	54,71
1860	71,33			50,83
1861	69,14	27,33	45,81	47,15
1862	57,42	24,07	46,90	51,99
1863	61,86	27,68	43,58	55,39
1864	96,40	22,07	43,20	43,72
1865	124,63	19,96	36,91	42,21
1866	122,80	29,35	44,48	47,27
1867	117,46	29,52	43,40	66,29
1868	118,67	33,09	52,36	72,06
1869	99,91	18,16	44,82	51,50
1870	81,19	17,98	46,41	50,51
1871	85,35	23,71	40,23	43,16
1872	53,44	20,14	35,97	31,92
1873	55,08	25,73	29,92	33,22
1874	69,23	31,37	33,50	55,79
1875	77,57	25,50	41,63	54,14
1876	84,96	14,05	50,79	46,07
1877	68,11	16,32	40,87	44,31
1878	79,10	27,05	40,56	49,58
1879	106,17	26,20	39,57	56,96
1880	107,04	18,95	36,32	43,63
1881	80,18	24,33	32,30	50,25
1882	85,59	35	31,31	70,56
1883	85,27	23,00	30,71	53,09
1884	77,63	10,23	33,21	38,46
1885	76,73	22,08	32,03	41,10
1886	88,13	26,83	33,33	42,54

(cont.)

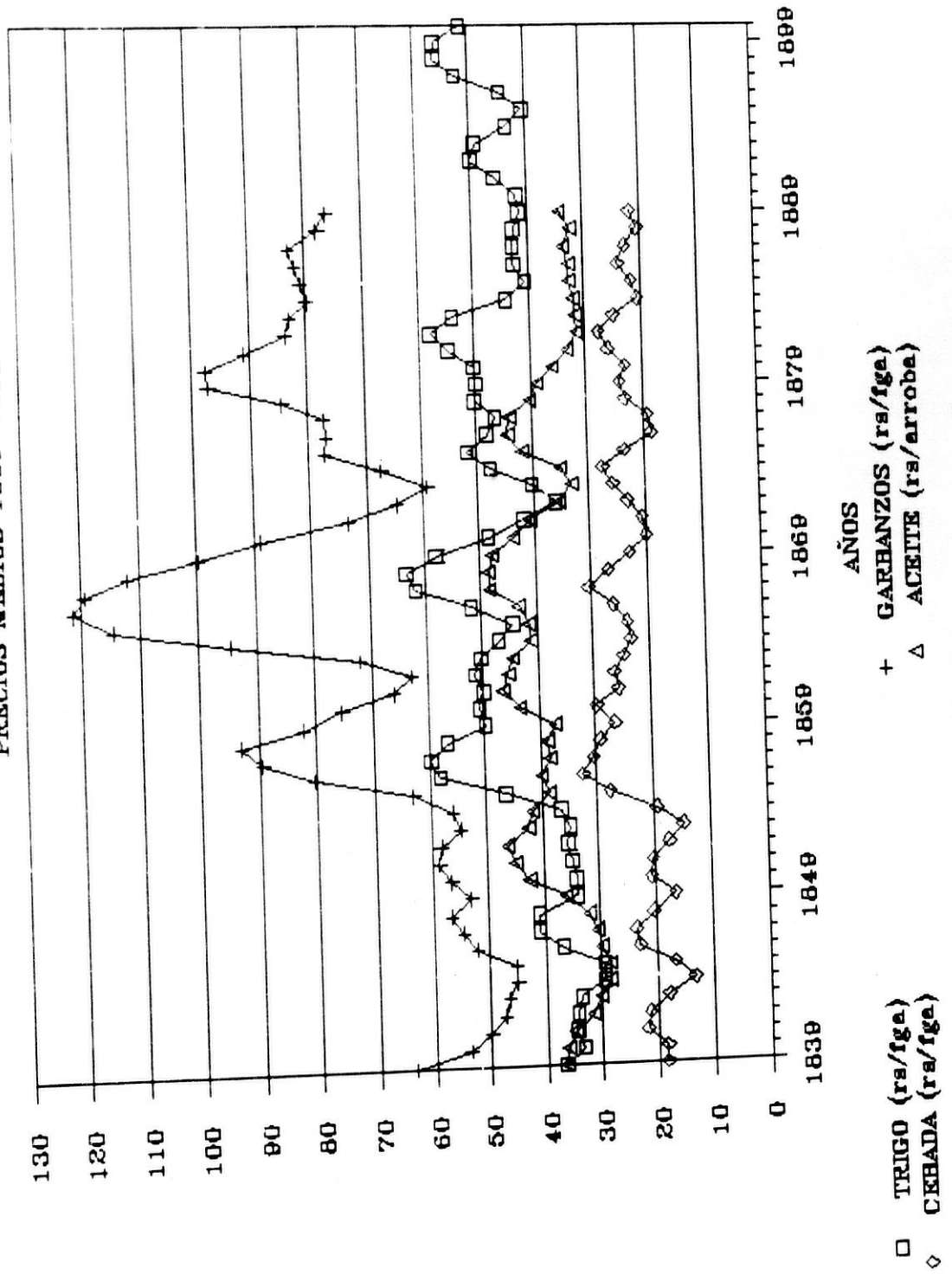
1887	80,52	23,04	32,93	44,19
1888	80,07	18,52	34,91	41,79
1889	72,83	20,08	29,51	41,63
1890	75,32	26,77	38,41	40,94
1891				43,27
1892				53,08
1893				53,57
1894				41,03
1895				35,83
1896				44,69
1897				53,40
1898				60,00
1899				55,72
1900				52,92
1901				46,14

Fuente: AME: Precios medios, leg. 1098, libs.
1863-1913.

GRAFICO 48

EVOLUCION DE LOS PRECIOS AGRARIOS

PRECIOS MEDIOS 1839-1900



FUENTE: véase Tabla 121

evolución en ondas cíclicas, se diferencian en las curvas cinco periodos, que contienen otras tantas coyunturas de crisis⁴⁵⁶. En el primero de ellos, entre 1839 y 1848, la estabilidad inicial de los precios queda interrumpida con una breve alza en su tramo final, en 1847 y 1848. El segundo, entre 1849 y 1858, con otra fase de equilibrio en los primeros años, culmina con un incremento sostenido de los precios que alcanza su punto álgido en la grave crisis de 1856-1858. Entre esta última fecha y 1869, límites del tercer periodo, los precios medios se mantienen por encima de los de la etapa precedente, alcanzando el valor máximo de la centuria entre 1867 y 1869. El cuarto periodo, entre 1869 y 1889, con un ligero repunte en 1875 contiene la "terrible hambre andaluza de 1881-1882"⁴⁵⁷. Finalmente, en el quinto periodo, entre 1889 y 1900, la última gran crisis de subsistencias del siglo, en 1897-1898, vino precedida de un ascenso limitado de los precios entre 1892 y 1893.

La evolución descrita coincide plenamente con la esbozada por Fernández de Bobadilla, en 1887-88:

"(...) está comprobada la baja del precio medio de los cereales en los últimos venticinco años, especialmente la sufrida por el trigo y los garbanzos desde 1884 (...) [la cual] comparados los dos últimos quinquenios, se eleva a un 6 por 100 de su valor. La cebada y el maíz han tenido aumentos insignificantes, porque la escasez de la cosecha ha superado las causas que determinan la baja. Estas causas sólo pueden explicarse por las importaciones de cereales extranjeros"⁴⁵⁸.

Este autor identificó otras crisis de carestía anteriores, interponiendo, además, una explicación de sus últimas causas:

"la rebaja de los derechos de importación de cereales siempre es en detrimento de nuestra riqueza agrícola,

⁴⁵⁶ La evolución de precios descrita coincide plenamente con la invertida por Bernal para el conjunto de la región andaluza, BERNAL, A.M. (1981)b, pp. 243-244.

⁴⁵⁷ VICENS VIVES, J.; NADAL, J.; ORTEGA, R. (1971), p. 23.

⁴⁵⁸ CRISIS agrícola y pecuaria (La) (1887-88), p.

sin que pueda oponerse en contrario el hecho de que el trigo alcanzase subidos precios en los años de 1857 y 1868, en que fue libre su importación, porque tiene su aplicación natural en la gran esterilidad de aquellos años. Lo mismo ha ocurrido recientemente en el año fatal de 1882, en que siendo enteramente nula la cosecha, los precios de cereales fueron crecidos a pesar de la importación; pero estos son casos excepcionales que requieren medidas de aplicación especial que nunca pueden servir de norma constante al legislador si ha de atender a los intereses generales y permanentes del país"⁴⁵⁹.

Con el objeto de investigar la relación dinámica entre las series de precios del trigo y de ingresos totales se aplicó la metodología Box-Jenkins, esto es, se propusieron y ajustaron modelos de transferencia entre ambas variables. El gráfico 49 presenta la serie mensual de precios del trigo. Esta fue ajustada con un modelo con componentes de orden anual, trimestral y cuatrimestral (órdenes 12, 3 y 4), que resultaron significativos. De la relación de la series ajustadas de precios y de ingresos totales en los puntos 0 (meses coincidentes) y con desplazamientos +1,+2,+3,+4,+5,+6 ... se obtuvieron coeficientes de correlación $r_0=0,3862$, $r_1=0,2195$, $r_2=0,2631$, $r_3=0,216$ y otros más pequeños para los mayores desplazamientos. A la vista de estas cifras podemos concluir los siguientes hechos: 1º. Existe una relación entre ambas variables en el punto 0 (en el mes), aunque de poca intensidad y 2º. La relación se difumina conforme pasan los meses. Con otras palabras, la vinculación existente entre los precios del trigo y la entrada en el hospital es débil y poco duradera (no hay efectos a largo plazo).

El gráfico 50 ofrece una representación panorámica de las evoluciones interanuales de las estancias y de los ingresos producidos en el hospital de S. Sebastián y del precio del trigo en la ciudad durante las seis últimas décadas de la pasada centuria. Como podemos advertir, la cobertura asistencial desplegada en la población durante las diferentes coyunturas críticas en el precio del grano distó mucho de ser homogénea. No

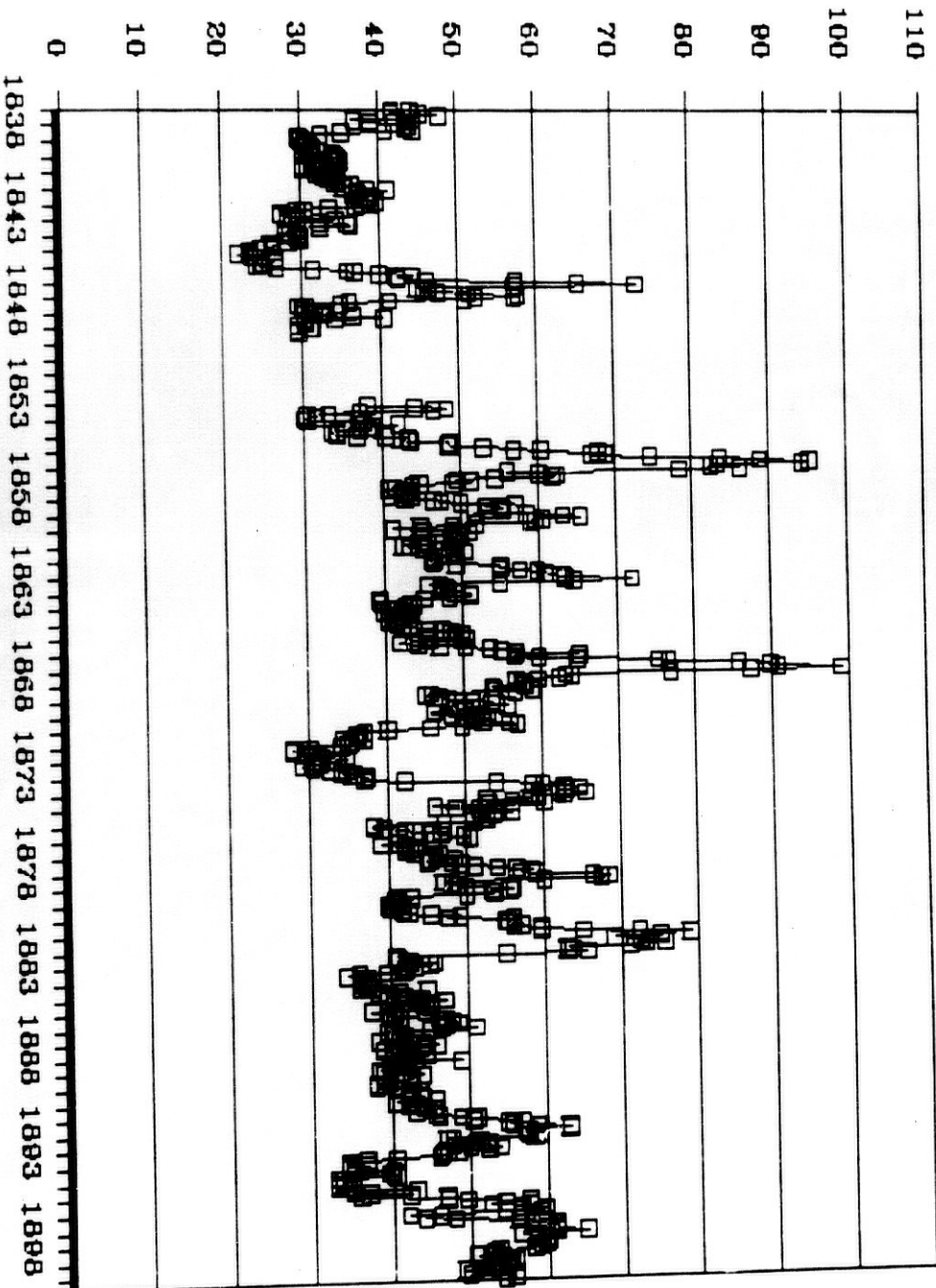
⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 629.

VALORES ABSOLUTOS

GRAFICO 49

SERIE MENSUAL DE PRECIOS DEL TRIGO

Precios medios (1838-1900)



□ reales/canega

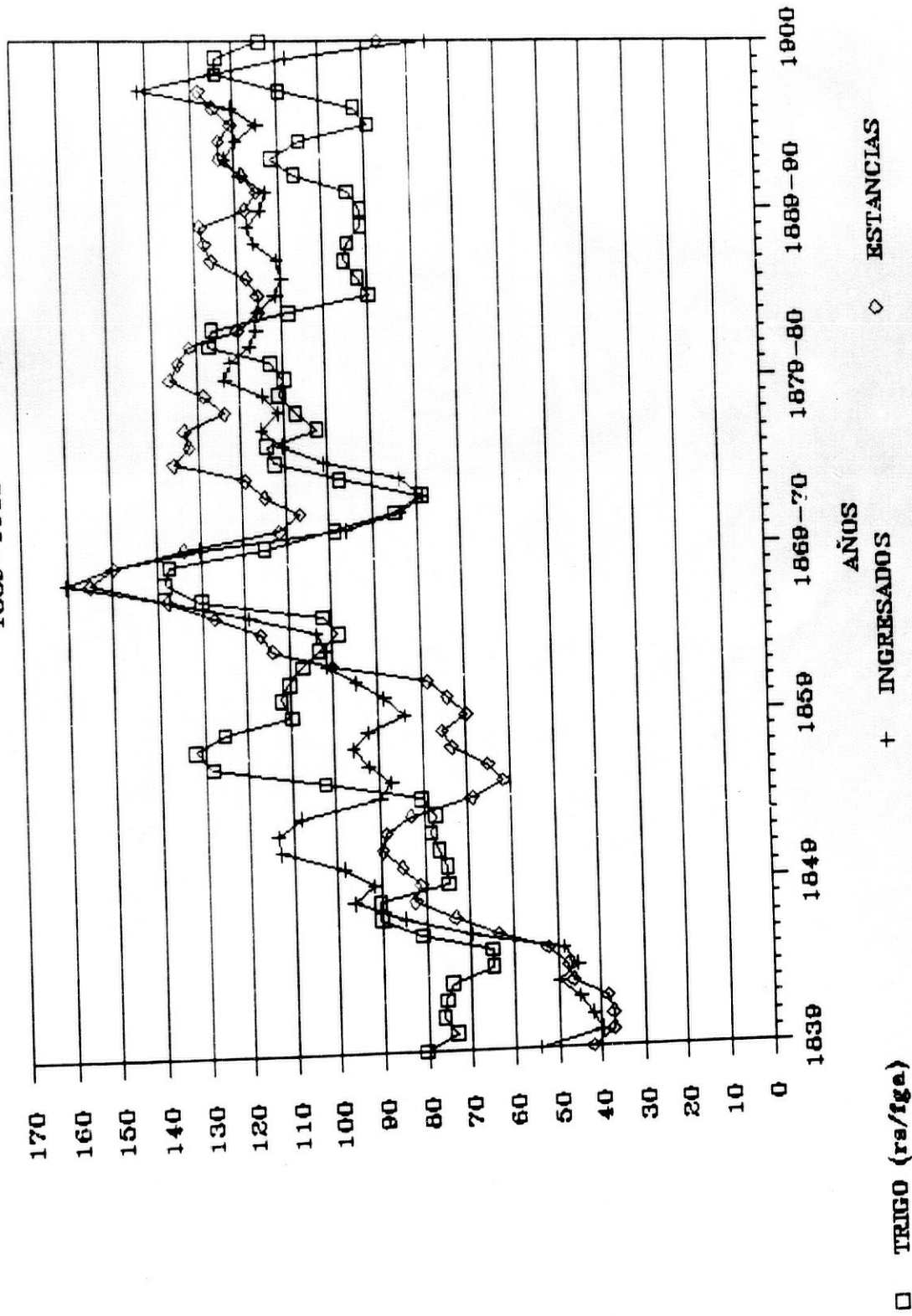
AÑOS

FUENTE: véase Tabla A.1

GRAFICO 50

PRECIO DEL TRIGO Y DINAMICA ASISTENCIAL

1839-1900



FUENTE: véase Tabla A.1

NUMEROS INDICE (MEDIAS MOYLES)

hay tampoco un claro paralelismo en los trazados de las curvas, lo que, como era de prever, habla en favor de la intervención de otros factores, además del propiamente frumentario, en la conformación de la respuesta hospitalaria (no parece razonable que el precio del trigo fuera un condicionante global y exclusivo). Esta se articuló con variaciones: desde una vinculación clara al precio del grano, como aconteció durante la coyuntura crítica de 1867-69 y en menor medida en las de 1847-48 y 1881-82, hasta un completo desentendimiento de esa circunstancia, tal fue el caso de las de 1856-57 y 1897-98. Las estancias y los ingresos muestran, por su parte, evoluciones distintas en su relación con la curva del trigo. Aquellas alcanzaron desde 1862 en adelante valores superiores a la media del periodo con independencia de las fluctuaciones del mercado de granos (exceptuando la cota crítica de 1868-69), del mismo modo que antes de esa fecha presentaron las magnitudes más bajas. Los ingresos muestran en cambio una evolución más atenta a los efectos de la coyuntura agraria, cediendo terreno tras las crisis de 1868 y de 1898.

8.8.1. LA ACCION ASISTENCIAL EN EL MARCO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL. LA CRISIS DE 1856-1857.

En capítulos anteriores se ha señalado que la integración del hospital de S. Sebastián en la administración pública local había supuesto una paulatina liberación de su secular sujeción al régimen económico de base agraria. De tal hecho se derivó una mayor apertura de su administración a otras instancias dependientes de la propia acción municipal.

Un acercamiento inicial a esta cuestión, referida a los dos primeros años de vigencia del nuevo marco administrativo, 1847 y 1848 certifica con toda franquicia este hecho. La tabla 122 presenta la cuantía proporcional de los gastos de los tres centros adscritos a la Junta Municipal de Beneficencia (hospital, casa de expósitos y casa de huérfanas). Como puede advertirse, los gastos del hospital general intervenidos por la Junta

TABLA 122

ESTRUCTURA DE GASTOS DE LA JUNTA MUNICIPAL DE BENEFICENCIA:
CUENTA DE LA DATA DE 1847 Y PRESUPUESTOS DE GASTOS PARA 1847 Y
1848. VALORES ABSOLUTOS EN REALES DE VELLON. PORCENTAJES.

	Presupuestos para 1847 absol. %	Cuenta de la data de 1847 absol. %	Presupuestos para 1848 absol. %
HOSPITAL GENERAL	73.655 48,3	105.141 66,3	114.105* 64,9
CASA DE EXPCITOS	54.986 36	45.998 29	61.839 35,1
CASA DE HUERFANAS	16.696 10,9	4.546 2,9	----- ---
GASTOS DE OFICINA	7.300 4,8	2.840 1,8	----- ---
TOTAL	152.637 100	158.525 100	175.944 100

Fuente: AME, libro de entrada y salida de fondos de Beneficencia,
lib. 1401; Presupuestos municipales, leg. 1944.

Municipal de Beneficencia en 1847 y los presupuestados para el año siguiente por la misma instancia administrativa constituían las dos terceras partes del gasto total realizado y previsto para el conjunto de los establecimientos benéficos. El presupuesto de la Junta para 1847 no respondía en cambio, a la misma proporcionalidad: las cantidades destinadas al hospital y a la casa de expósitos quedaban bastante más cercanas. La razón del considerable incremento de lo presupuestado en 1847 y en 1848 para el hospital general, se debió (aún considerando que en este último año se incluyeron bajo ese epigrafe las cantidades destinadas a la casa de huérfanas) a los cambios en las previsiones de estancias realizadas. En efecto, si para 1847 se había previsto un gasto de 22.838 reales 19 maravedíes

"por 9.913 estancias de enfermos a razón de dos reales diez maravedíes y un tercio cada una"⁴⁶⁰,

para el año siguiente se estimó en 14.600 el número de estancias a causar en el Hospital General en razón de que, según las justificaciones de la propia Junta, se había tenido presente

"que las cuatro quintas partes de la población son jornaleros y familias de estos, y además que ocupándose en la recolección de aceituna y cereales un número crecidísimo de forasteros, y los que de estos enferman no pueden menos de admitirse en el hospital no pudiendo permitirse muriesen en la calle sin familia ni habitación"⁴⁶¹.

En cualquier caso los gastos realizados en 1847 fueron de mayor entidad que los inicialmente presupuestados. La propia Junta justificaba ese hecho del siguiente modo:

"los gastos han sido más de lo que se propuso por la miseria (...) un gran aumento de enfermos y la carestía de los alimentos en el costo de las estancias (...)"⁴⁶².

⁴⁶⁰ AME, *Presupuestos municipales*, leg. 1944.

⁴⁶¹ *Ibid.*

⁴⁶² *Ibid.*

En ese año de 1847 se produjeron 13.669 estancias⁴⁶³, un 27,4 por ciento más de las inicialmente previstas.

Otro testimonio de una fecha posterior incide en esta novedosa determinación de la actividad asistencial. En 1850, la Junta Municipal de Beneficencia justificaba la solicitud de formalización de un presupuesto adicional de gastos para el hospital como consecuencia de que la previsión de treinta estancias diarias realizada en el ordinario no se correspondía con las más de cincuenta que se estaban produciendo en aquellos momentos⁴⁶⁴.

La tabla 123 aporta otros datos para el estudio de la conformación de la oferta hospitalaria en los primeros años de la municipalización. Para su composición se han utilizado los balances anuales de gastos, estancias e ingresos hospitalarios, los precios medios del trigo, el gasto en la manutención de enfermos y dos parámetros mixtos, el gasto hospitalario por asistido y el coste de la estancia causada (víveres).

Durante los primeros años de administración municipal resulta patente la dependencia de su oferta asistencial del precio del trigo, sin que el volumen del gasto varíe en la misma línea. En los años en que el precio del trigo se halla estabilizado con valores situados por debajo del promedio, como sucede entre 1849 y 1854, se dan buenos índices de ocupación hospitalaria, coincidiendo con niveles elevados del gasto (al menos hasta 1853). En la coyuntura crítica de 1855-1858, los índices de ocupación no superan los valores alcanzados previamente, aunque en los dos últimos años se produce una ligera recuperación del gasto realizado. Los índices económico-asistenciales y el del gasto en la alimentación de enfermos

⁴⁶³ AME, *Libro registro de ingresos, altas y defunciones del hospital de S. Sebastián*, lib. 1349.

⁴⁶⁴ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, leg. 652.

TABLA 123

HOSPITAL DE S. SEBASTIAN. COBERTURA Y COSTES ASISTENCIALES.
 MEDIAS MOVILES DE NUMEROS INDICE. VALORES ABSOLUTOS EN
 REALES. 1849-1858.

	A	B	C	D	A/C	B/D	E
1849	104	69	95	106	109	64	78
1850	101	79	102	111	99	70	79
1851	100	94	117	117	85	79	81
1852	103	100	118	116	87	85	82
1853	98	101	112	108	87	92	81
1854	89	88	94	90	93	98	84
1855	81	89	91	80	89	110	108
1856	92	112	96	85	94	127	135
1857	106	139	100	96	105	141	139
1858	111	142	96	98	115	141	132
medias	92.967	29.510	377	11.905	249,6	2,5	43,2

A: gasto total; B: gasto en víveres de enfermos;
 C: número de asistidos; D: número de estancias causadas;
 E: precio de la fanega de trigo; A/C: gasto por
 asistido; B/D: coste de la estancia.
 Fuente: libros de entrada y salida de fondos de
 beneficencia 402-1426; libros registro de ingresos,
 altas y defunciones ..., 1350-1353; Precios medios,
 leg. 1099, libros 1863-1871.

alcanzan, contrariamente, sus cotas máximas y mínimas coincidiendo con las del precio del grano.

La supeditación de la actividad hospitalaria a la estructura económica patrimonial y rentista de base agrícola del establecimiento se advierte con extrema crudeza en las situaciones de crisis de este sistema económico. Paradójicamente, es en los momentos en que la indigencia aumenta cuando la oferta benéfica disminuye, "al depender ambas del mismo origen de recursos: la tierra"⁴⁶⁵. Aun habiendo incrementado de modo notable la cobertura asistencial del hospital, la administración municipal se mostró incapaz de afrontar los efectos de la coyuntura económica de crisis.

8.8.2. LA COYUNTURA CRITICA DE 1868.

Del contraste entre las series de ingresos y gastos anuales presupuestados (en su formulación ordinaria), precio del trigo y número de asistidos y de estancias causadas en el periodo comprendido entre 1861 y 1900 (tabla 124) se extrae como nota fundamental la falta de paralelismo en sus evoluciones respectivas. Si bien de un incremento relativo de las partidas presupuestarias no se deriva un recíproco aumento de asistidos y de estancias, tampoco de su disminución se sigue un obligado descenso de estos parámetros asistenciales, todo ello, independientemente de las fluctuaciones del precio del trigo. Los resultados del cuatrienio económico 1870-1874 (con precios del grano por debajo del promedio del periodo) certifican el primer hecho; los de los periodos extendidos entre 1877-78 y 1882-83 (con precios altos) y, entre 1893-94 y 1896-97 (con el trigo a bajo precio) confirman el segundo.

Mención aparte merece la crisis alimentaria de 1868, que presenta a este respecto caracteres muy singulares. Bernal ha advertido su especial gravedad por ser 1868 el tercer año

⁴⁶⁵ CARASA SOTO, P. (1987), p. 41.

TABLA 124

PRESUPUESTOS DEL HOSPITAL Y COBERTURA ASISTENCIAL.
 MEDIAS MOVILES DE NUMEROS INDICE. VALORES DE INGRESOS
 Y GASTOS EN PESETAS Y DEL PRECIO DEL TRIGO EN REALES
 DE VELLON LA FANEGA.

	ingresos	gastos	estancias	internos	precio trigo
1861	122	82	---	85	103
1862	111	86	---	90	100
1863-64	102	87	---	91	97
1864-65	97	96	96	92	93
1865-66	100	105	105	106	96
1866-67	101	117	114	122	122
1867-68	102	129	128	143	130
1868-69	101	134	124	133	129
1869-70	110	126	111	116	108
1870-71	155	162	92	86	93
1871-72	168	---	88	75	80
1872-73	156	---	95	70	74
1873-74	108	---	99	75	91
1874-75	100	102	112	90	105
1875-76	96	106	109	98	107
1876-77	87	101	110	103	96
1877-78	70	91	102	99	101
1878-79	65	89	106	102	104
1879-80	65	91	113	110	103
1880-81	64	92	111	109	106
1881-82	66	94	109	105	119
1882-83	69	93	99	103	118
1883-84	80	100	95	103	102
1884-85	89	102	95	99	84
1885-86	---	---	97	98	87
1886-87	---	---	104	99	89
1887-88	---	---	105	103	89
1888-89	---	---	106	105	86
1889-90	95	95	98	102	86
1890-91	95	93	95	101	88
1891-92	93	87	98	106	100
1892-93	91	88	102	109	105
1893-94	89	88	102	107	98
1894-95	88	86	100	102	84
1895-96	88	84	103	107	87
1896-97	90	82	---	107	100
1897-98	123	84	---	115	116
1898-99	128	85	---	100	116
1900	125	85	---	91	108
índ. 100	16.854	39.153	18.757	440	48,4

Fuente: AME, Presupuestos municipales, libros 3087-3142;
 libros registro de ingresos, altas ..., 1353-1363;
 libros de entrada y salida de fondos de beneficencia,
 1430-1471; precios medios, libs. 1872-1913.

consecutivo de crisis agrícola en Andalucía⁴⁶⁶. En Ecija, el precio del trigo aumentó entre los meses de enero de 1867 y de 1868 un 67,8 %, alcanzando en marzo de este último año su cota máxima de 99 reales la fanega. La respuesta asistencial desplegada durante este episodio crítico aumentó en términos comparables; el esfuerzo presupuestario de gastos fue también meritorio, aún contando con unas previsiones de ingresos que apenas superaron el valor promedio del periodo 1860-1900.

No obstante, hemos detectado una ligera rebaja en las previsiones asistenciales durante esos años de crisis. Si para el año económico 1867-68 se presupuestaron 24.705 reales por 29.280 raciones de pan (en previsión de que se produjeran 80 estancias diarias), para el año siguiente se invirtió más dinero, 25.200 reales, pero por sólo 20.000 raciones. El precio de 1 libra de pan había aumentado de un año a otro desde 0,75 a 1,12 reales. En este sentido, el presupuesto adicional del año 1867-1868 contemplaba un incremento de 3.000 reales en la partida de víveres,

"para cubrir el mayor precio de los artículos de primera necesidad en las raciones para los enfermos"⁴⁶⁷.

En todo caso, en esos dos años económicos se alcanzaron los valores máximos de estancias producidas y de enfermos asistidos de toda la historia del hospital, 23.470 estancias y 620 enfermos durante el primer año y 26.853 y 679 en el segundo⁴⁶⁸.

La tabla 125 y el gráfico 51, que contienen los gastos en la manutención de enfermos y el coste de la estancia causada, aportan información complementaria sobre la actividad desplegada por el centro hospitalario durante este episodio de crisis. Las

⁴⁶⁶ BERNAL, A.M. (1971), pp. 337-340.

⁴⁶⁷ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3100.

⁴⁶⁸ AME, *Libro registro de ingresos, altas y defunciones del hospital de S. Sebastián*, libs. 1355-56.

TABLA 125

HOSPITAL DE S. SEBASTIAN. COBERTURA Y COSTES ASISTENCIALES.
 MEDIAS MOVILES DE NUMEROS INDICE. VALORES ABSOLUTOS EN
 PESETAS. PRECIO DEL TRIGO EN REALES LA FANEGA.

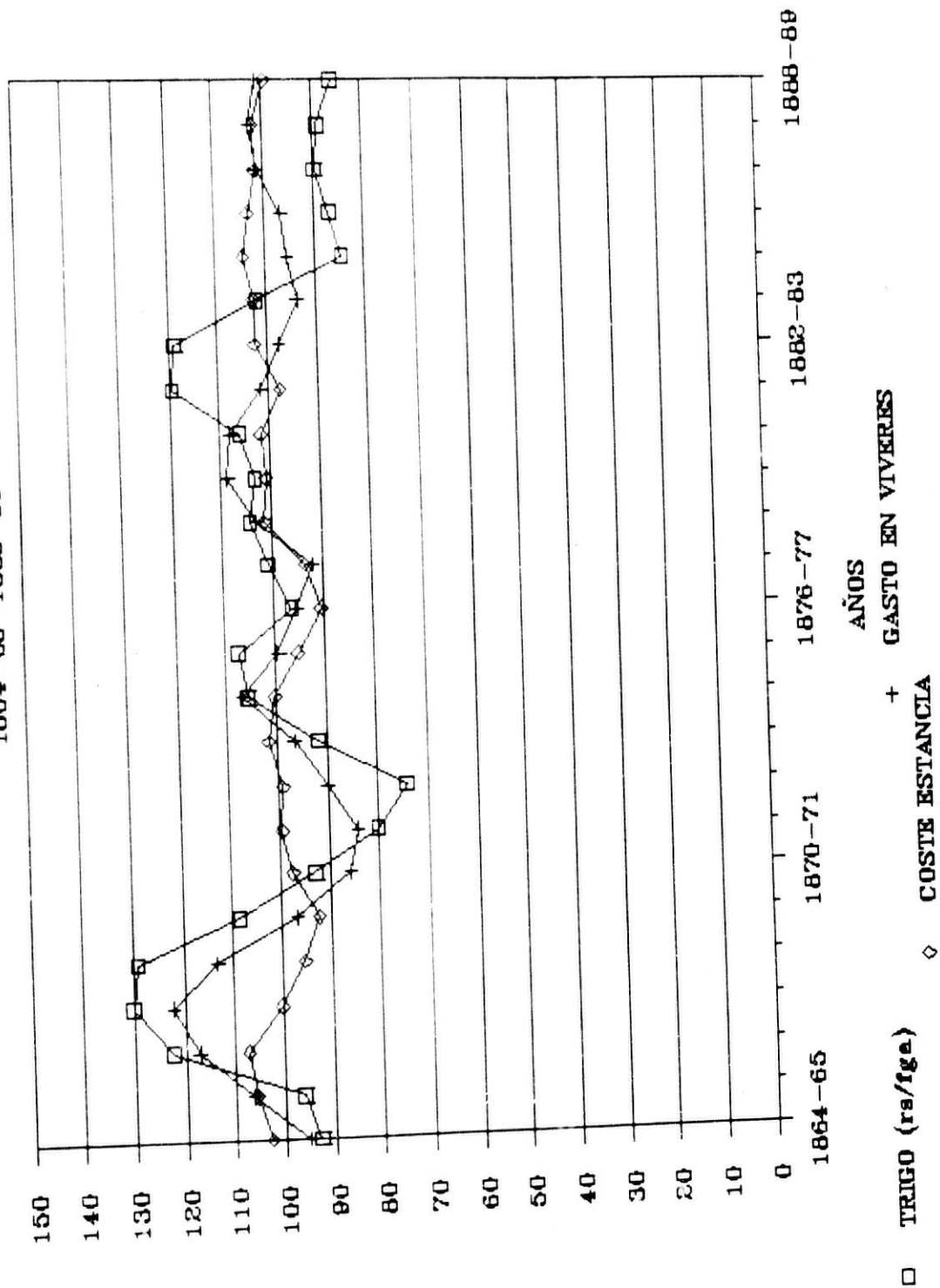
	gasto ví- veres enf.	ingresa- dos	estan- cias	coste es- tancias	precio trigo
1864-65	95	91	92	103	93
1865-66	107	104	101	106	96
1866-67	117	120	109	107	123
1867-68	122	140	123	100	130
1868-69	113	131	118	95	129
1869-70	97	114	106	92	109
1870-71	86	84	88	98	93
1871-72	84	74	85	99	80
1872-73	90	69	91	99	74
1873-74	97	74	94	102	92
1874-75	107	89	107	100	106
1875-76	99	97	104	95	107
1876-77	95	101	105	90	96
1877-78	92	98	98	94	101
1878-79	103	101	101	102	105
1879-80	109	108	108	101	103
1880-81	108	107	106	102	106
1881-82	102	103	104	98	120
1882-83	98	102	95	103	119
1883-84	94	101	91	103	102
1884-85	96	98	91	105	85
1885-86	97	96	93	104	87
1886-87	101	97	100	102	90
1887-88	103	102	101	102	89
1888-89	101	103	102	100	86
Índ. 100	13.230	447	19.621	0,68	48,2

Fuente: AME, libros de entrada y salida de fondos de
 beneficencia, 1430-1437; libros registro de ingresos ...
 1353-1361; precios medios, libros. 1875-1902.

GRAFICO 51

PRECIO DEL TRIGO Y GASTOS ASISTENCIALES

1864-65 - 1888-89



FUENTE: véase Tabla 125

inversiones realizadas en 1867-68 y en 1868-69 a cuenta del primer capítulo fueron los más elevadas de la centuria, 69.230 y 63.774 reales respectivamente⁴⁶⁹. Contrariamente, el coste de la estancia producida se mantuvo próximo a la cota promedio del período, debido a la total sincronía entre los incrementos de los dígitos que componen ese cociente económico-asistencial.

La respuesta hospitalaria varió sustancialmente desde la virtual inoperancia de 1856-1857 a una importante implementación de los recursos disponibles en 1866-1869. Si en aquellas fechas la estructura económica de base rentista y firmemente ligada a la explotación agraria del recién municipalizado hospital de S. Sebastián determinó el tamaño de sus prestaciones asistenciales, con posterioridad, una vez integrado en la maquinaria económico-administrativa municipal y en trance de quedar definitivamente liberado de su servidumbre de la tierra, se produjo un reajuste de tales prestaciones hacia un mayor acomodo a la demanda de servicios. La oferta asistencial vino a depender sobre todo de la distribución de las partidas presupuestarias de gastos en el marco de las previsiones municipales.

Precisamente, justo tras la conclusión de la crisis de 1868, las autoridades municipales acordaron unas actuaciones en materia asistencial de signo opuesto a las anteriores. Tras el considerable número de estancias previstas en los presupuestos de gastos elaborados en 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)⁴⁷⁰, en 1870, se justificaba la disminución de las cantidades presupuestadas para los gastos del hospital en razón de que con ello se había pretendido, entre otras cuestiones,

"reducir en gastos de sostenimiento de estancias de enfermos 7.774 pesetas 34 céntimos, a que asciende la

⁴⁶⁹ AME, *Libro de entrada y salida de fondos de beneficencia*, libs. 1434-1437.

⁴⁷⁰ AME, *Presupuestos municipales*, libs. 3088, 3098, 3099 y 3100.

disminución de 9.125 estancias que se propone de menos"⁴⁷¹.

Las crisis de subsistencias de años posteriores no motivaron respuestas institucionales del tipo de las ensayadas en el trienio 1866-69. Como se advierte en la tabla 125 la notable alza de los precios del grano de los años 1881 y 1882 no desencadenó un reacción en paralelo de los índices económicos-asistenciales del hospital, que permanecieron con valores cercanos a los promedios del periodo. Algo similar sucedió en los años económicos 1897-98 y 1898-99, en que los valores relativamente altos de los parámetros asistenciales sólo tradujeron la labor desempeñada por el Hospital durante la repatriación de los combatientes de la guerra de Cuba⁴⁷².

Desde finales de la década de los setenta, la estabilización de los indicadores económicos hospitalarios en cotas situadas bajo el promedio de la serie fue reflejo de la inestabilidad de la propia hacienda pública municipal, en la que el hospital hallaba su principal fuente de ingresos. Más adelante, en los noventa, la parálisis económica encuentra una explicación en otro tipo de circunstancias que las exclusivamente de orden financiero. Otro modelo de atención benéfica, la asistencia a domicilio, que comenzaba en esas fechas a ser ensayado, constituyó a la larga un poderoso recambio a las por entonces ya obsoletas prestaciones hospitalarias.

8.9. UN BALANCE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

El análisis de los indicadores que conforman la acción asistencial del Hospital de S. Sebastián durante el periodo que ocupa nuestro estudio define dos etapas en su devenir histórico. Los ingresos, estancias y muertes registrados alcanzaron las cotas más altas durante la segunda mitad del siglo XIX. La

⁴⁷¹ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3103.

⁴⁷² AME, *Libro registro de ingresos, altas y defunciones*, libs. 1362-1363.

municipalización del establecimiento, en 1846, y la instalación de la beneficencia domiciliaria en la ciudad a partir de julio de 1892 fueron los hitos que enmarcaron el periodo de máxima actividad hospitalaria. En esta etapa, los menores promedios de estancias causadas por los pacientes asistidos delatan un uso de la institución adaptado a los recursos disponibles (los índices de rotación de los pacientes por cada cama fueron superiores a los de la etapa posterior). El mayor número de camas instaladas en 1909 en comparación con las existentes en 1847 no refleja en ningún caso un aumento de la cobertura asistencial ofertada. De hecho, los superiores promedios de estancias causadas por los pacientes durante las décadas iniciales del siglo XX y el predominio de los ingresos en el hospital de sujetos no nacidos en Ecija (al menos, en 1918 y 1928) animan a calificar de asilar el carácter de la actividad hospitalaria desplegada en esta segunda etapa, aun cuando la participación del elemento facultativo en los gastos de personal del hospital creciera entre 1880 y 1923.

La caracterización de la asistencia dispensada en el centro durante el periodo de mayor despliegue de medios materiales es una tarea problemática. En contra de su especialización sanitaria obran un buen número de indicadores. Entre los que refieren a una determinación cultural destacamos los siguientes: la larga vigencia de las cláusulas fundacionales en la admisión de los pacientes afectados de males venéreos (que constituyeron el 15,26 % del total de casos diagnosticados entre 1837-1872 y 1881-1889), la ausencia de niños en sus salas y la condición particular de la asistencia prestada a las mujeres (que afluyeron al establecimiento en menor medida que los hombres -aunque en mayores proporciones si eran viudas o estaban afectas de males venéreos- y causaron mayores promedios de estancias y superiores tasas de mortalidad). De otro lado, las escasas representaciones de la población ecijana asistida (la cota máxima corresponde al 1,9 % correspondiente a 1887) y de las muertes producidas en el hospital, y la falta de tendencia en la evolución de las tasas de mortalidad de la población internada son igualmente

indicativas de una escasa funcionalidad técnica-sanitaria del Hospital.

No obstante, a favor de la competencia médica del centro obran la universalidad de la cobertura asistencial dispensada, la prohibición de los internamientos de viejos y de pobres (establecida por el reglamento de 1876), el predominio en sus salas de los sujetos con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años (que causaron menores promedios de estancias y presentaron menores tasas de mortalidad que los pacientes de edades avanzadas) y la propia tipología de las enfermedades que motivaron el ingreso en el centro. A este respecto, cabe destacar el predominio de los internamientos de enfermos de males agudos (de padecimientos infecciosos, venéreos, respiratorios y por traumatismos), también preservado por el mandato reglamentario de 1876, que presentaron los promedios de edad y de estancia causada mayoritarios de entre el conjunto de asistidos.

Aunque la estructura de la morbilidad intramuros del hospital puede calificarse de tradicional (las enfermedades transmisibles constituyeron el grupo mayoritario), 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 musculo-esqueléticos entre 1881 y 1889 y la extensa variedad de los diagnósticos registrados delatan la especialización sanitaria del hospital.

El carácter particular de los ciclos estacionales de los ingresos y de las muertes hospitalarias (predominio otoño-estival y otoño-invernal, respectivamente) en contraste con sus homólogos de la población ecijana que revelan los registros sanitarios disponibles (un claro predominio de los meses fríos y de la estación estival, en el primer caso, y del otoño e invierno -adultos- y verano -niños-, en el caso de la mortalidad), es también un signo de funcionalidad sanitaria. En uno y otro caso,

los indicadores hospitalarios muestran una escasa dependencia de las coyunturas críticas del año agrícola y de los efectos de la deficiente infraestructura higiénico-sanitaria, omnipresentes en la estación estival. En todo caso, la falta de acomodo entre las prestaciones hospitalarias y las necesidades de la población (invierno y verano fueron las estaciones en que según los datos disponibles enfermaron mayoritariamente los ecijanos y en que se ocasionaron menores ingresos en el hospital) podría también sugerir un cierto aislamiento del hospital de su entorno. No obstante, apreciamos un cambio de tendencia hacia el protagonismo de la estación invernal como la de mayor trasiego de enfermos, a partir de 1912.

9. EL DESARROLLO DE LA BENEFICENCIA DOMICILIARIA. UN PROCESO
DE LARGA GESTACION.

La conveniencia de establecer algún tipo de socorro domiciliario en la localidad ecijana a aquellos sujetos incapacitados para proporcionárselos por sí mismos, algo que sobre el papel no admitía cuestionamiento alguno (el marco legal había establecido muy tempranamente su bondad y el discurso oficial no había regateado, en términos generales, en ningún momento los obligados parabienes), sufrió sin embargo una importante demora en su plasmación práctica en la pasada centuria. A descifrar las causas que determinaron la paralización de los sucesivos proyectos y mandatos realizados sobre el particular se dedicarán las siguientes páginas de nuestra disertación.

En el origen de los repetidos proyectos organizativos de la hospitalidad domiciliaria ha sido posible identificar dos raíces. En primer lugar, la que surgía a partir de la constatación del profundo grado de miseria que afligía a las clases proletarias de la localidad. De naturaleza distinta era aquel otro reclamo de atenciones que se justificaba, precisamente, desde la crítica al deterioro de la asistencia sanitaria prestada en la localidad. Desde la primera perspectiva, los socorros domiciliarios se preveían como respuesta inmediata a las condiciones extremas de pobreza y, en consecuencia, se llevaban a cabo a partir de las juntas parroquiales de beneficencia, unidades administrativas básicas de asistencia a domicilio. La matrícula de los posibles usuarios y la cuestación pública se percibían como instrumentos esenciales de actuación para la ayuda a los necesitados. La asistencia entendida como medio amortiguador de las desigualdades sociales adquiría aquí su más clara coartada práctica. Un compendio de actuaciones de esta naturaleza se ejercitaría durante los momentos críticos de paro y alza de los precios del año 1868.

La vindicación de la hospitalidad domiciliaria desde la segunda consideración surgía a partir de las actuaciones de la Junta de Sanidad. La infraestructura sanitaria disponible era

claramente insuficiente (ni el hospital ni la defectuosa implantación de la medicina de partido ofrecían soluciones a la pertinaz exposición de sus muchos usuarios) y la hospitalidad domiciliaria se concebía como un complemento a la dispensada en la común. El planteamiento ideal proponía la utilización de los recursos ya existentes de la medicina de partido para constituir esos socorros domiciliarios; de esta guisa se lograría una eficiente síntesis benéfico-sanitaria.

Como compendio de ambas justificaciones, la coyuntura epidémica, delatando a la vez una y otra realidad (la de índole económica y la propiamente asistencial) constituyó un excepcional laboratorio donde ensayar posibles tecnologías asistenciales y de control social ante la situación crítica. Sin embargo, la improvisación en la práctica de las medidas interpuestas frustró la creación de pautas de actuación benéfico-sanitarias con validez para el futuro.

9.1. LAS JUNTAS PARROQUIALES Y LOS PADRONES DE NECESITADOS. LA CRISIS DE 1868.

Propuestas de la Junta Municipal de Beneficencia ecijana para la instalación de la hospitalidad domiciliaria se realizaron repetidamente a lo largo de la pasada centuria. A la ya mencionada de 1846 se añadieron otras en 1852, 1853, y 1864⁴⁷³. alguna de ellas, como la de 1852, abordaba como condición previa la necesaria constitución de las Juntas Parroquiales de Beneficencia (en las que debía integrarse como vocal uno de los médicos de la parroquia), que adquirirían de esta manera el carácter de unidades administrativas para la prestación de ese tipo de socorros. Otro de los llamamientos realizados, en este caso un decreto de la alcaldía fechado en 1865, incidía en la necesidad de instalar la junta y los socorros, cuando la hospitalidad común fuese incapaz de prestar la debida asistencia a sus enfermos, algo que sucedía de forma reiterada en las épocas

⁴⁷³ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, leg. 652.

de especial incidencia de enfermedades estacionales⁴⁷⁴. Estas juntas, legitimadas por diferentes disposiciones legales, se constituyeron con suerte y actividades diversas, al menos en 1822, 1848, 1850 y 1852⁴⁷⁵.

De otro lado, el instrumento inicial para el tratamiento de la pobreza no era otro que la necesaria clasificación de la misma. Así lo expresaba la Junta Municipal de Beneficencia, en noviembre de 1846, al admitir como objeto de su incumbencia la atención a la clase menesteros victimaria de la falta de trabajo. En oficio al Ayuntamiento, la citada Junta indicaba la conveniencia de que se abriera:

"una matrícula en que se inscriban los trabajadores del campo para que cuando llegue el caso de necesitar socorro esta clase pueda saberse quienes son los que pertenecen a ella para ser socorridos, sin que tengan opción a disfrutar aquel auxilio los que no se encuentren matriculados"⁴⁷⁶.

En términos análogos, aunque ampliando la cobertura de actuación, la misma Junta acordaba un año después facultar a la alcaldía para dirigirse a los alcaldes de barrio de la localidad en solicitud de

"una lista de la clase que haya necesitada en sus demarcaciones con separación de los meros jornaleros, clase de ocupación, viudas pobres y pordioseros"⁴⁷⁷.

En todo caso, el ejemplo más claro, y a la vez compendio, sobre la articulación de este tipo de actuaciones benéficas

⁴⁷⁴ AME, Expediente instruido para el establecimiento de las Juntas Parroquiales de Beneficencia y de Sanidad de esta ciudad y adopción de medidas de salubridad pública, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 702.

⁴⁷⁵ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, leg. 652 y lib. 1390.

⁴⁷⁶ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, leg. 652.

⁴⁷⁷ AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, lib. 1390.

corresponde a las respuestas promovidas con ocasión de a tremenda crisis de sus existencias sobrevinida en 1868.

A principio de ese año, en sesión de 6 de enero, la Junta de Beneficencia advirtió sobre la situación que soportaba la clase menesterosa, como consecuencia de la carestía de los alimentos y de la falta de trabajo. La gravedad de los hechos era de tal magnitud que la propia Junta anunciaba la insuficiencia de los recursos asistenciales interpuestos por el hospital

"para atender las necesidades de tantos desgraciados como se acercan a sus puertas implorando la caridad"⁴⁷⁸

En estas circunstancias, la Junta,

"no teniendo a su arbitrio otros recursos que los del presupuesto, acordó (...) proceder inmediatamente (...) a organizar el servicio de socorros domiciliarios, nombrando Juntas parroquiales para que desde luego se haga una cuestación entre los vecinos, y con sus resultados se proceda al socorro de los enfermos e indigentes que verdaderamente sean necesitados de auxilio"⁴⁷⁹.

Una vez constituidas las seis parroquiales, la municipal les remitió las oportunas instrucciones sobre la organización de los socorros domiciliarios, las cuales verían a cifrarse en los siguientes términos:

" (...) vanos serán sus esfuerzos si no cuenta con la cooperación de los vecinos acomodados de esta ciudad que por razón de su fortuna son llamados en primer término a darle su apoyo combatiendo la desgracia en el hogar doméstico por medio de sus limosnas. De aquí (...) las Juntas Parroquiales como medio el más eficaz de explorar la voluntad de sus convecinos y de llevar a las familias verdaderamente necesitadas los socorros de la caridad, alejando a la pobreza ficticia de la asistencia domiciliaria que debe encaminarse exclusivamente a llevar el consuelo a las desgracias ocultas (...) al mismo tiempo debe esa Junta tomar

⁴⁷⁸ AME, Actas de la Junta Municipal de Beneficencia, leg. 652.

⁴⁷⁹ *ibid.*

cuantos datos sean precisos para formar el más exacto conocimiento de los desgraciados que se hallan indigentes (...)"⁴⁸⁰.

Es decir, se postulaban las reglas tradicionales: la limosna y la clasificación de los pobres. De los resultados pecuniarios, valga decir que en total se recogieron 1.104 reales, recaudados solamente en tres parroquias. Sobre la articulación de las instrucciones sirvan de nota otros testimonios. En primer lugar, el del Presidente de la parroquial de S. Andrés, que se quejaba de la escasa cuantía de lo recaudado (un total de 70 reales), para una demarcación en la que vivían 2.500 vecinos. En realidad, de entre ellos, dos millares

" nada tienen más que el trabajo cuando lo dan; que multiplicados por tres nacen un número de 6.000 pobres (...) cuyo grado de indigencia no se puede evaluar"⁴⁸¹.

El presidente de la de Sta Bárbara, donde se habían recaudado 924 reales, afirmaba, por su parte, respecto de la designación de los necesitados, que era

"cosa de difícil solución puesto que los jornaleros y agricultores que hoy forman el cuerpo de pordioseros no me parece que sean los pobres a quienes deba señalárseles dotación; habiendo como hay otros pobres completamente desvalidos más acreedores de ello (...) 55 familias poco más o menos y 216 ó 220 personas que pudieran llamárseles pobres de mayor preferencia"⁴⁸².

En estas circunstancias de postración económica de la mayoría de la población, las medidas finalmente interpuestas fueron arbitradas por el propio Ayuntamiento: un total de 32.811 pesetas, el 37,47 % del gasto benéfico presupuestado para el año

⁴⁸⁰ AME, Expediente instruido para la formación de las Juntas Parroquiales de socorros domiciliarios, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 697.

⁴⁸¹ Este cura adjuntaba una lista de 401 viudas pobres. *Ibid.*

⁴⁸² *Ibid.*

económico 1868-69, fue dirigido al capítulo epigrafiado "auxilios en épocas de carestía"⁴⁸³.

9.2. LA DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA SANITARIA Y EL RECURSO A LA HOSPITALIDAD DOMICILIARIA.

La dotación en la ciudad de Ecija de plazas de médico y de cirujano titulares, como la propia institución de los partidos médicos, fue creación original de las administraciones públicas preliberales. La de cirugía se había establecido, según rememoraba la corporación municipal, con

"4.400 reales señalados desde su origen (...) y con aprobación del Supremo Consejo de Castilla (...)"⁴⁸⁴.

Entre 1778 y 1784, con cargo a los caudales de propios y arbitrios se costeaban el salario de un cirujano (4.400 reales anuales) y otros de 2.200, 150 y 100 reales, respectivamente, para un médico, un sangrador y un boticario⁴⁸⁵.

En 1836, como consecuencia de la nueva dotación asignada a la plaza de cirugía, por dictamen de la Diputación de Sevilla, en los presupuestos municipales de Ecija para ese año, José de Gálvez, titular de la misma desde febrero (aunque desde 1814 había sido meritorio asociado), presentaba su dimisión. La rebaja producida había sido substancial, de los 4.400 reales de que gozaba su antecesor a los 1.300 recién establecidos. Las razones del cirujano Gálvez eran obviamente pecuniarias:

"no me acomoda -decía- continuar desempeñándola por decoro a la misma profesión; como asimismo porque con

⁴⁸³ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3101.

⁴⁸⁴ AME, *Presupuestos municipales*, leg. 1943.

⁴⁸⁵ En ese año, el salario del Alcalde mayor era de 6.000 reales anuales y el del Corregidor de 7.720 reales y 20 maravedíes anuales. AME, *Libro de tomas de razón de los caudales de propios y Arbitrios que da principio desde el día 1º de enero de 1778*, lib. 2218.

dicha cantidad en nada se recompensa las ruidosas pensiones de la visita a la cárcel, salidas al campo, actos judiciales y responsabilidad con los tribunales superiores (...)"⁴⁸⁶.

Ante la imposibilidad de encontrar un sustituto, la corporación ecijana aceptó plenamente los argumentos de esa renuncia en el informe que solicitaba la reposición de la dotación original dirigido a la autoridad provincial. En dicho informe se ampliaban los cometidos propios de la plaza referidos por el cirujano titular, añadiendo la obligación de prestar asistencia a los enfermos pobres de la población y la de concurrir

"a todas las curaciones de mano airada, no sólo en los casos ocurridos en el poblado, sino igualmente en el campo y en los pueblos del partido de La Luisiana y Moncloa, donde no hay facultativos (...)"⁴⁸⁷.

No obstante, para la confección de los presupuestos municipales de gastos para 1837, realizados conforme al decreto de 3 de febrero de 1823, que establecía como gastos ordinarios fijos las dotaciones de médico, cirujano y matrona titulares, no se consideraron las anteriores recomendaciones. Se consignaron, por contra, dotaciones de 1.500 reales para cada una de las dos plazas de médico titular previstas, otra de 3.000 para una de cirujano titular (correspondientes, según la escala establecida por el reglamento de la Diputación para la formación de los presupuestos municipales, a una población de entre 4.000 y 6.000 vecinos) y 1.100 para la restante. La diputación provincial, por su parte, suprimió en su dictamen sobre los mismos esta última plaza,

"en razón de que percibe [la matrona] su retribución de los que la necesitan"⁴⁸⁸.

⁴⁸⁶ AME, *Presupuestos municipales*, leg. 1943.

⁴⁸⁷ *Ibid.*

⁴⁸⁸ *Ibid.*

La continuidad de la controversia sobre la dotación de la plaza de cirugía (su titular insistió nuevamente en dimitir) obligó a una solución de compromiso. Tanto el cirujano titular como la corporación convinieron en solicitar la fusión de una de las plazas de médico previstas en el reglamento con la de cirujano, al detentar aquel esa doble condición. De este modo, al nuevo titular le corresponderían 4.500 reales de la suma de las dotaciones de las plazas refundidas.

En 1837, coincidiendo con el proceso de reunión hospitalaria, las dos plazas de médico y de cirujano titulares de la localidad estaban cubiertas por Juan Bautista de Paiva y Sarabia y por el mencionado José de Gálvez y Pera, respectivamente⁴⁸⁹. Estos dos mismos facultativos desempeñaban, como ya se ha señalado, esas mismas funciones en el recién creado hospital reunido de S. Sebastián. La simultaneidad en el ejercicio de ambos cargos (más aún tras la amortización de una de las dos plazas de titular del partido) se mantuvo durante gran parte de la centuria.

Con todo, la asignación establecida en los presupuestos municipales a un único médico titular de la localidad no llegó a superar los 1.500 reales anuales en el período que se extiende entre 1860 y 1883⁴⁹⁰. Ciertamente, esa dotación era testimonial y con toda necesidad compatible con otro ejercicio de la profesión. Por lo demás, en los presupuestos municipales de gastos del año económico 1883-84 se suprimía la plaza de médico titular de la localidad⁴⁹¹. En fechas anteriores, no obstante, ya se había notado la ausencia de médico titular. Eso había afirmado en 1874 el propio José de Gálvez y Pera, subdelegado de medicina y cirugía en esas fechas, cuando, informando a la

⁴⁸⁹ AME, Expediente sobre unificación de hospitales *loc. cit.*

⁴⁹⁰ AME, *Presupuestos municipales*, libs. 3087-3115.

⁴⁹¹ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3116.

alcaldía sobre el desarrollo de la campaña de vacunación antivariólica, señalaba

"(...) que la estadística ha de dar siempre un número relativamente corto de vacunados, porque habiéndose dedicado varias mujeres a la práctica de esta operación, la clase pobre en su mayoría y parte de la acomodada, recurren a ellas con preferencia a los profesores, pudiéndose asegurar que todos los años las dos terceras partes de los niños vacunados lo han sido por dichas mujeres (...) y sin embargo de no haber titulares para la asistencia de los pobres, se han presentado y se presentan a la vacunación gratuitamente [los médicos de la ciudad] (...)"⁴⁹².

Además de la falta de médico titular para el socorro de los enfermos pobres, otros problemas relacionados con el propio carácter de las atenciones prestadas en el hospital incidían desde tiempo atrás en el déficit de renta asistencial que se advierte. Sobre este último punto, la Junta de Sanidad de la Parroquia de St^a Cruz, se había manifestado algunos años antes, en 1854, en los siguientes términos:

"(...) la indigencia en esta parroquia es sumamente grande y si hay pobres que en estado sano van pasando la caridad pública, también los hay enfermos que postrados sobre una poca de paja, careciendo de todo auxilio, hasta el de la hospitalidad general, por tener hijos a quienes es doloroso abandonar para trasladarse a aquel asilo de beneficencia; estos desgraciados son los que nosotros opinamos deben ser socorridos hoy por esta Junta Parroquial (...)"⁴⁹³.

Mariano Casaubón, médico y secretario de la Junta Municipal de Sanidad (firmante también del anterior escrito de la Junta Parroquial de St^a Cruz), afirmaba, por su parte, en 1864, la insuficiencia de los socorros sanitarios establecidos en la ciudad a la luz de los datos estadísticos de que disponía sobre la asistencia facultativa. Concretamente, se refería al hecho de que de las 2.750 defunciones habidas de 1861 a 1863, ambos años incluidos, 1.099 habían tenido lugar sin asistencia facultativa,

⁴⁹² AME, Estados sanitarios mensuales y semestrales, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 702.

⁴⁹³ AME, *Varios de sanidad*, leg. 725.

es decir, un 39,96 % del total. Además, el 83 % de los 3.116 nacimientos ocurridos en las mismas fechas se habían producido sin la asistencia de personas autorizadas⁴⁹⁴. Las causas de esta falta de asistencia eran en la opinión de Casaubón las siguientes:

"(...) las principales la ignorancia y la falta de medios en la clase numerosa de jornaleros pobres que constituyen la mayoría de los vecinos de esta población (...) [los socorros hospitalarios] parecen no ser suficientes a llamar a su seno a todos los que debieran acudir; unos por ser párvulos y no concederse su admisión para el alivio de sus males (y son los más) y otros por prevenciones que tienen a los establecimientos públicos, afecciones mal entendidas a sus familias y porción de causas que considero excusadas manifestar por ser públicas y notorias (...)"⁴⁹⁵.

Una de las razones aducidas, la escasa cobertura asistencial del hospital, era, como ya se ha señalado, argumento común para aquellos, publicistas o profesionales, que privilegiaban los socorros a domicilio respecto de los hospitalarios. Precisamente, la solución a este estado de cosas pasaba, según la Junta de Sanidad, personificada en esta ocasión por su secretario, por la organización de la hospitalidad domiciliaria⁴⁹⁶. A este fin, ya se había formado un reglamento, aprobado por las dos Juntas, de Beneficencia y de Sanidad, en 1861, y se estaba a la espera de su ratificación por la autoridad provincial. Esta, por su parte, ya había manifestado, en 1863, su intención de organizar estos socorros domiciliarios, llegando a incitar a los vecinos de Sevilla a que colaborasen económicamente en la instalación de cinco casas de socorro. Mariano Casaubón pensaba también en esa posibilidad para su ciudad⁴⁹⁷.

⁴⁹⁴ AME, Resumen de los trabajos, acuerdos y disposiciones de la Junta Municipal de Sanidad durante el año 1863, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 701.

⁴⁹⁵ *Ibid.*

⁴⁹⁶ *Ibid.*

⁴⁹⁷ *Ibid.*

Un paso más en esta dirección se dio en sesión de la Junta de sanidad de 19 de septiembre de 1864, al aprobarse la organización de

"(...) una casa o local de socorro con los útiles indispensables para acudir a las necesidades perentorias de sus convecinos en caso de heridas, caídas, y accidentes imprevistos y de un auxilio urgente (...)"⁴⁹⁸.

Además, también se acordó proceder a la instalación de la hospitalidad domiciliaria, una vez dado el visto bueno por la autoridad provincial,

"con objeto de disminuir el excesivo número de defunciones y nacimientos sin asistencia facultativa (...)"⁴⁹⁹.

En opinión de los compiladores del Anuario de 1865, los socorros a domicilio se justificaban, además,

"en caso de enfermedades de pobres que no pueden trasladarse al hospital o que sean párvulos inadmisibles en dicho establecimiento"⁵⁰⁰.

Finalmente, la Junta Municipal de Sanidad aprobó la fundación de ese servicio municipal con las disposiciones incluidas en el reglamento para el establecimiento de partidos médicos de 9 de noviembre de 1864⁵⁰¹. Ciertamente, los datos disponibles sobre la actividad médico-sanitaria desarrollada en la localidad a lo largo de 1864 reflejaban, como se ha señalado más arriba, una situación alarmante.

498 AME, *Actas de la Junta de Sanidad*, leg. 708.

499 *Ibid.*

500 D.A.G.; D.M.D. (1865), p. 50.

501 AME, *Resumen de los trabajos, acuerdos y disposiciones de la Junta Municipal de Sanidad durante el año 1864, Actas de la Junta de Sanidad*, leg. 708.

En ese momento aparece explícito, por primera vez, en el ámbito local el proyecto de síntesis benéfico-sanitaria, o, con otras palabras, el recurso a la infraestructura de la medicina de partido para cimentar sobre ella la hospitalidad domiciliaria.

Tal proyecto se vió, sin embargo, frustrado por la propia actuación de la corporación municipal. Aunque al año siguiente se iniciaron los primeros trámites administrativos y se declaró vacante, además, por el gobierno provincial, la plaza de médico titular de la localidad, el Ayuntamiento solicitaba a renglón seguido la prórroga provisional en su cargo del médico José de Gálvez y Pera mientras se resolviera la provisión de la plaza, en razón de los servicios prestados, antigüedad en el cargo y

"escasos emolumentos que percibe del presupuesto municipal (...)"⁵⁰².

El período de interinidad se prolongó finalmente durante casi treinta años, el tiempo que medió hasta la instalación definitiva de este servicio asistencial.

Sin embargo, otro llamamiento en favor de la hospitalidad domiciliaria se repitió en esa misma década. El nuevo envite se produjo a instancias del gobierno civil de la provincia que, en abril de 1868, instó al Ayuntamiento a que, según lo dispuesto para las poblaciones de más de 4.000 vecinos en el Reglamento sobre organización de los partidos médicos de la península de 11 de marzo del mismo año, procediera a dotarse de un reglamento para la hospitalidad domiciliaria⁵⁰³. El proyecto, redactado por una comisión municipal, fue aprobado en cabildo de 9 de mayo

⁵⁰² AME, Expediente instruido para llevar a efecto el Reglamento expedido en 9 de noviembre de 1864 para el establecimiento de partidos médicos de la península. *Secretaría General. Certificados, instancias y expedientes varios*, leg. 244-B.

⁵⁰³ AME, Expediente sobre el Establecimiento de la Hospitalidad domiciliaria en las poblaciones de más de 4.000 vecinos (1868) *Secretaría General. Certificados, instancias y expedientes varios*, leg. 218.

del mismo año. Del documento, una declaración de objetivos sin plasmación práctica, destacamos los siguientes puntos. En la vertiente administrativa, cuatro distritos, formados a partir de las seis particiones parroquiales (Stª Cruz; Stª María y Stª Bárbara; S. Juan y S. Gil y Santiago), dividirían la ciudad a estos efectos. Al frente de cada uno se hallaría una "Junta de hospitalidad domiciliaria del distrito" (formada por un teniente de alcalde, el parroco de la feligresía, seis vecinos y un médico consultor) y en la cúspide del sistema, la "Junta municipal directiva de Hospitalidad domiciliaria" (integrada por el alcalde, dos concejales, dos representantes de cada una de las Juntas Municipales de Beneficencia y de Sanidad y un secretario). Para la financiación de la hospitalidad, el reglamento diseñaba un sistema mixto, a partir de suscripciones voluntarias, arregladas por los "visitadores" entre las personas acomodadas de la ciudad, y de subvenciones pública con cargo a los presupuestos municipales. En cuanto a los aspectos asistenciales, la amplia casuística reconocida como merecedora del socorro merece ser recogida en su integridad:

"(...) los enfermos de las clases trabajadoras que se encuentren en necesidad, bien sea por sus largos padecimientos, bien por tener familia numerosa, o bien por otra causa lamentable (...) a las parturientas de las mismas clases que por resultas fatales de los partos quedan expuestas a perecer ellas y sus criaturas (...) a las personas que aunque pobres se retraen por su distinguida cuna de acogerse al asilo de los hospitales (...) a los pacientes de enfermedades agudas y enfermedades ejecutivas cuyo socorro pronto y oportuno suele ser absolutamente necesario para liberarles de funestas resultas (...) a los trabajadores que por alguna caída o golpe inesperado hubiesen recibido alguna fractura que les imposibilite durante muchos días ganar los jornales de su oficio (...) a los niños expósitos que con sus amas y nodrizas residan en sus respectivos distritos"⁵⁰⁴.

Además, contaba también como objetivo de la hospitalidad domiciliaria la promoción de la vacunación y el traslado de los pacientes necesitados a los hospitales y a las Casas de baños

504 *Ibid.*

minerales. Por otro lado, la asistencia prestada se prolongaría, a juicio de los médicos, durante el tiempo de convalecencia.

La determinación de los sujetos merecedores del socorro, asunto calificado como "punto importante y esencialísimo de la hospitalidad", quedaba, no obstante, al arbitrio de la juntas de distrito, que deberían optar entre la formación de padrones o listas de pobres de su demarcación o resolver puntualmente las peticiones particulares, método este, se decía, penoso pero sin duda más apropiado.

Finalmente, en cuanto al equipamiento humano, la hospitalidad contaría con un médico-cirujano (o un médico y un cirujano) y un farmacéutico para cada distrito

"nombrados, retribuidos, trasladados y separados en su caso por la Junta directiva municipal".

El desempeño de las plazas de médico y cirujano reunidas se dotaría con 4.500 reales anuales y en caso de ejercerse separadamente, la primera con 3.000 y la segunda con 1.500. Junto a las obligaciones propias de la hospitalidad (asistencia gratuita a los enfermos pobres del distrito y calificación de aquellos que hubieran de ser tratados en los hospitales o en las casas de baños) los médicos y cirujanos tendrían también encomendadas las del "servicio sanitario y el de médicos higienistas", en tanto que se arreglaran definitivamente. Los boticarios, no tendrían asignación fija, abonándoles las Juntas de distrito el importe de los suministros a precios pactados con tarifas especiales (en Ecija era usual en la dispensa de medicinas para pobres "la baja de la tercera parte"). Igualmente, los gastos de cirugía menor o ministrante (de personal y de material) se acordarían entre las Juntas de distrito y los propios profesionales.

Estas previsiones reglamentarias no hallaron, como hemos señalado, un desarrollo práctico en esos años. Por contra, las críticas al sistema benéfico se reprodujeron con insistencia. A

finales de la década de los setenta, la prensa local denunciaba la ausencia de atención sanitaria eficiente a la clase proletaria y la incapacidad e imposibilidad del hospital para paliar los efectos de esta situación⁵⁰⁵.

Además, de manera consecuente, se instaba a la corporación municipal a la observancia del reglamento de 24 de octubre de 1873 sobre el establecimiento de la asistencia facultativa de los enfermos pobres, el cual en su artículo 2º había ordenado que:

"en todas las poblaciones cuyo número de vecinos pase de 4.000, habrá hospitalidad domiciliaria para el pronto auxilio facultativo, ordenado y eficaz socorro a los pobres y en general para el mejor servicio sanitario"⁵⁰⁶.

En años posteriores se insistió en críticas de parecido cariz sobre la asistencia médica dispensada en la ciudad. En 1881, por ejemplo, se remarcaba sobre la misma y sus habitantes lo siguiente:

"que como población agrícola [Ecija] la forman en su mayor parte vecinos pertenecientes a clases trabajadoras (...) [que 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, sin olvidar que 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 (...)"⁵⁰⁷.

Un resumen de las causas fundamentales del fracaso general del sistema de asistencia médica vigente en esas fechas en la ciudad es lo que contiene este escrito de *El Periódico de Ecija*. La desigualdad social en el acceso a la asistencia de pago por servicio médico prestado y las carencias de la medicina

505 SALUD Pública (1879) *El Periódico de Ecija*, 1, (nº 5).

506 *Ibid.*

507 HIGIENE Pública (1881) *El Periódico de Ecija*, 3 (nº 93).

hospitalaria han quedado puestas de manifiesto. La implantación de la beneficencia domiciliaria, concluía el citado medio,

"reconoce como fundamentales e incontestables principios, la noble caridad, la proba justicia y la más estricta legalidad"⁵⁰⁸.

Restaban por llevar a cabo, sin embargo, las medidas paliativas de tal situación.

9.3. LA COYUNTURA EPIDEMICA COMO SINTESIS DE ACTUACIONES EN MATERIA BENEFICA.

El debate sobre la influencia real de las coyunturas epidémicas en la conformación de nuevas y progresivas políticas asistenciales permanece aún irresuelto. Carasa, a partir, sobre todo, de la literatura generada por las repetidas acometidas de cólera sobrevenidas en el siglo pasado, ha subrayado el positivo papel jugado por el embate epidémico, que habría actuado como medio de cultivo o "laboratorio de experimentación" para los referidos ensayos administrativos y asistenciales⁵⁰⁹. Rodríguez Ocaña, por su parte, en su monografía sobre el cólera de 1834 en Granada, no ha advertido mejoras sanitarias, asistenciales o terapéuticas, previas o consecutivas a la epidemia y, más bien al contrario, ha señalado el efecto de "confusión" en todos los órdenes de la vida, y no sólo en el propiamente médico-asistencial, que desencadenó la aparición del cólera morbo asiático en la ciudad⁵¹⁰. Una conclusión del libro de Pelling es que la presencia episódica de cólera produjo distracción antes que estímulo sobre la reforma sanitaria inglesa⁵¹¹. En nuestro caso pretendemos concurrir a esta controversia, aunque de un modo colateral, en lo que atañe sólo a las respuestas benéfico-

⁵⁰⁸ *Ibid.*

⁵⁰⁹ CARASA, P. (1987), p. 188.

⁵¹⁰ RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1983), pp. 130-138.

⁵¹¹ PELLING, M. (1983), pp. 5-6.

asistenciales previstas o generadas por las administraciones ecijanas ante la amenaza de la crisis epidémica.

Con carácter preventivo, además de la improvisación de hospitales especiales, la insistencia en la organización de la hospitalidad domiciliaria fue una de las medidas propuestas ante la eventual presentación de la enfermedad contagiosa en la localidad. Sobre la primera posibilidad ya se expresaba José Ortega, en 1836, en un plano teórico señalando la conveniencia de su erección en un

"edificio extramuros de la ciudad (...) pues es claro que las personas indigentes que fueran acometidas de ningún modo deberían asistirse en el Hospital general"⁵¹².

En el terreno factual, la crisis epidémica de cólera de 1855 e incluso, seis años antes, la fallida amenaza de invasión por esa misma enfermedad rindieron en la sociedad ecijana un oportuno testimonio sobre las medidas previstas (o en su caso interpuestas) frente a tales contingencias. En este sentido, una comisión municipal creada en 1849 para el estudio de un proyecto de presupuesto extraordinario que afrontara la posibilidad de que la ciudad se viera invadida por la citada enfermedad afirmaba

"(...) que el mejor medio de socorrer esta calamidad es abrir una hospitalidad domiciliaria que auxilie al indigente en su hogar prestándole cuantos auxilios necesite para su curación. Lo es también el establecimiento de dos hospitales provisionales donde halle refugio el desamparado sin familia, o aquel que ve rotos los vínculos sociales y se encuentra aislado por el temor del contagio que pueda transmitir a los demás"⁵¹³.

A este respecto, no hay que olvidar la aparición de normativas gubernamentales sobre la cuestión. Una real orden de 28 de marzo de ese mismo año proponía la organización de juntas

⁵¹² AME, Memoria sobre la fundación de un Hospital y un Hospicio para socorro de la humanidad indigente [escrita por José Ortega], Expediente sobre unificación de Hospitales, *loc. cit.*

⁵¹³ AME, *Varios de sanidad*, leg. 725.

parroquiales de beneficencia con atribuciones para la confección de censos de pobres necesitados, la promoción de colectas de limosnas y de suscripciones voluntarias y la dispensa de socorros domiciliarios "en especie, como alimentos, ropas, camas, combustible, medicamentos (...)"⁵¹⁴. En desarrollo de la anterior real orden, el 30 de marzo de ese mismo año, aparecieron unas Instrucciones de la Dirección de Sanidad del Ministerio de la Gobernación sobre las medidas a tomar en la lucha contra la epidemia de cólera. Dirigidas a los alcaldes y jefes políticos, un total de 22 de las 67 propuestas realizadas hacían referencia a la instalación de la hospitalidad domiciliaria y de las casas de socorro⁵¹⁵.

En el ámbito ecijano, en 1854, noticias sobre un inminente advenimiento del estado epidémico promovieron la repetición de las anteriores proclamas. Como novedad, la Junta Municipal de Sanidad indicaba la conveniencia de crear cuatro casas de socorro como unidades asistenciales de la hospitalidad domiciliaria⁵¹⁶. Responder a la cuestión sobre el grado de ejecución de estas propuestas requiere ejercitarse previamente en la cautela. Contrástense, en ese sentido, los siguientes testimonios. En septiembre de 1854, la Junta de sanidad de la parroquia de S. Juan en presencia de un enfermo sospechoso informaba a la

⁵¹⁴ CIRCULAR. Dirección de Beneficencia. Ministerio de la Gobernación (1849) *Gac. Méd.*, 5, p. 79.

⁵¹⁵ INSTRUCCIONES que deberán observar los jefes políticos y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera-morbo asiático (1854) *Crón. Hosp.*, 2, 152-157; 178-184. A este respecto cabe señalar que a la propuesta realizada por la Junta Municipal de Beneficencia Madrileña, en 1849, de que se aumentara el número de enfermerías en el Hospital general de esa ciudad en el caso de que esta fuera invadida por el cólera, la redacción del *Boletín de Medicina* contestó que "disminuyendo las enfermedades esporádicas como sucede siempre en tiempos de epidemias, las enfermerías deben estar bajas", por lo que no resulta muy racional la mencionada propuesta. MEDIDAS que deben tomarse según la Junta Municipal de Beneficencia en el caso de ser invadida esta Capital del cólera morbo (1849) *B.M.C.F.*, 4 (3ª serie), p. 15.

⁵¹⁶ AME, *Varios de sanidad*, leg. 725.

autoridad municipal sobre las instalaciones de la casa de socorro de su distrito, a la vez que solicitaba las instrucciones pertinentes:

"(...) y no existiendo en esta [la casa de socorro] muebles ni útiles, ni dependientes cuantos necesita su asistencia se hace indispensable (...) se designe con urgencia al hospital a donde se ha de conducir para evitar los resultados funestos que puedan acarrear a la población al tener en un centro un foco perenne de infección"⁵¹⁷.

La de la parroquia de St^a Cruz, por su parte, además de subrayar la necesidad de la hospitalidad domiciliaria, informaba en las mismas fechas que

"no puede disponer de las medicinas, más que para los casos de enfermos coléricos pobres (...) también hemos notado en el local destinado para casa de socorro un foco de infección en cada uno de los cuartos que ocupan los dementes recogidos en dicho local (...)"⁵¹⁸.

Por lo demás, esta Junta interrogaba a la Municipal de Sanidad sobre

"(...) si se está en el caso de poner en práctica los auxilios domiciliarios, o esto sólo ha de tener efecto en el desgraciado caso de que nos invada el cólera (...)"⁵¹⁹.

De la lectura de estas breves notas salta a la vista la escasa preparación asistencial y el desconcierto en que se vieron envueltos todos y cada uno de los agentes implicados en la interposición de medidas previsoras contra el advenimiento del estado epidémico a la ciudad.

Algunos meses después, en abril del año siguiente, una vez invadida de cólera la población, se interpusieron, con dudosa

517 *Ibid.*

518 *Ibid.*

519 *Ibid.*

efectividad, algunas de esas, ya largamente meditadas, actuaciones. Además del suministro gratuito de la medicinas recetadas por los médicos encargados de la asistencia de los pobres y de la instalación de dos enfermerías para coléricos en el hospital de S. Sebastián (no sin las protestas de sus empleados, sobre las que nos hemos hecho eco en otro lugar), se erigieron casas de socorro e incluso se llegó a pagar el alquiler de un local, el ex-convento de la Merced, que se había destinado a hospital provisional⁵²⁰.

En 1865, ante la alarma social provocada por una nueva amenaza de cólera, se volvieron a instalar la juntas parroquiales (de beneficencia y sanidad) y se recuperaron las medidas sanitarias previstas para esas ocasiones tan especiales. A las arbitradas en anteriores momentos, entre las que se incluía el establecimiento de los socorros domiciliarios, se añadió la realización de una colecta. También novedosamente, en reunión del alcalde con los nueve facultativos de la ciudad, se sondeó acerca de las intenciones de estos para el caso de invasión epidémica. La respuesta fue como sigue:

"(...)que no siendo necesario el establecimiento de servicio médico diario por cuarteles, barrios o parroquias, puesto que todos los profesores se obligan a prestarlo indistintamente y sin guardar las consideraciones que en épocas normales observan respecto a la clientela de cada uno de ellos, que se establezca sólo llegado el caso un turno nocturno de tres para que por estos se les suministren los auxilios que se reclamen durante la noche"⁵²¹.

O sea, que se negaron a establecer un dispositivo reglado, como el que era habitual en las ciudades en casos de grandes contagios desde finales del XVIII.

520 *Ibid.*

521 Este número de médicos no prejuzga que todos estén en ejercicio. AME, Expediente instruido para el establecimiento de las Juntas Parroquiales de Beneficencia y Sanidad de esta ciudad y adopción de medidas de salubridad públicas, *Varios de hospital y beneficencia*, leg. 702.

Dos circunstancias epidémicas que se corresponden con otras tantas enfermedades concentraron la atención de las autoridades sanitarias municipales en sus intentos de mejorar los servicios asistenciales existentes. La primera de ellas, fechada en 1875, estuvo protagonizada por la afección variólica. Ante una incidencia calificada de enorme, la Junta Municipal de Sanidad, además de proceder a la consiguiente campaña de vacunación y revacunación, acordó establecer un hospital especial

"donde se acojan y socorran los que careciendo de familia que pueda asistirlos sean invadidos"⁵²².

Por lo demás, se solicitaba de los médicos residentes en la localidad que socorrieran

"a domicilio a aquellos infelices que no tuviesen recursos con que atender a su curación"⁵²³.

La otra circunstancia que movilizó la maquinaria administrativa municipal se desencadenó en 1891, justamente un año antes de la definitiva instalación de la beneficencia domiciliaria en la localidad. En esta ocasión fue una epidemia gripal la protagonista de los hechos⁵²⁴. Ante la gravedad de los acontecimientos sobrevenidos, la Junta de Sanidad acordaba

"la confección de libros talonarios para recetas y alimentación que (...) sirviera para que se facilitase a los enfermos lo prescrito por los Señores facultativos"⁵²⁵.

Como consecuencia de los desacuerdos observados en la determinación de la instancia sobre la que debería recaer el despacho de los bonos alimenticios de la Tienda-Asilo, circunstancia que había llevado a un plante al cuerpo médico

⁵²² AME, *Actas de la Junta de Sanidad*, leg. 708.

⁵²³ *Ibid.*

⁵²⁴ En 1889-90, coincidiendo también con una epidemia gripal, se organizó definitivamente en Barcelona el servicio médico domiciliario gratuito, RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1991).

⁵²⁵ AME, *Actas de la Junta de Sanidad*, leg. 708.

encargado de la dispensa de las recetas, la Junta insistió nuevamente en

"que se faciliten las medicinas a los enfermos que carezcan de recursos para adquirirlos (...) y declarar que (...) no está conforme con que sean comisiones en las que no tienen intervención los facultativos las que sigan determinando los enfermos a que se han de entregar para su alimentación bonos de la Tienda-Asilo"⁵²⁶.

Como se ha tenido ocasión de comprobar, con el paso del tiempo no se habían producido cambios sustanciales en el comportamiento de las administraciones sanitarias en los momentos de coyuntura epidémica. El desorden y la confusión en la toma y en la ejecución de las decisiones fueron durante la práctica totalidad de la centuria las notas predominantes en esas especiales circunstancias.

9.4. LA ASISTENCIA A DOMICILIO

Las repetidas proclamas realizadas en la ciudad a favor de la instalación de la beneficencia domiciliaria se hicieron finalmente efectivas, como ya se ha indicado, a partir de las previsiones presupuestarias del año económico 1892-93. En ellas se incluyó una partida, a habilitar desde el primero de julio de 1892,

"para la asistencia facultativa y suministro de medicinas a las familias que carecen de medios para su curación"⁵²⁷.

La valoración del significado económico de la asistencia domiciliaria ya se ha presentado anteriormente en el marco del análisis global de los presupuestos municipales de beneficencia. Se destacaron como principales conclusiones las siguientes (tablas 36, 37 y 38): 1ª desde su constitución los valores de sus partidas presupuestarias constituyeron una importante fracción

⁵²⁶ *Ibid.*

⁵²⁷ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3126.

del volumen total de gastos benéficos, superando durante los dos quinquenios anteriores a la guerra civil (con una proporcionalidad ligeramente superior a la mitad del total) a las partidas correspondientes al hospital; 2ª tales cantidades mantuvieron en todo momento una tendencia al crecimiento, medido en tasas interquinquenales; 3ª en lo que respecta a su conformación interna, los gastos de personal adquirieron valores de absoluto predominio sobre los restantes componentes de la partida, siendo muy superiores, además, a sus homólogos de hospital.

La tabla 126 indica el pujante significado económico de la beneficencia domiciliaria en el marco de los presupuestos municipales de gastos: de un modo sostenido su representación en dichos presupuestos ha aumentado desde un 2,58 % para el quinquenio 1893-1898 hasta triplicarse en el último quinquenio de la serie.

En lo que a medios humanos y materiales se refiere, el servicio de hospitalidad domiciliaria se dotó, inicialmente, de cuatro médicos titulares (médico-cirujanos) y cuatro farmacéuticos, un profesional de cada clase para cada uno de los cuatro distritos en que a esos efectos se había dividido la ciudad. Uno de aquellos compatibilizaba, además, ese cargo con el de médico del hospital general de S. Sebastián⁵⁴⁷. Los farmacéuticos, por su parte, suministraban las medicinas por contrata establecida con el ayuntamiento⁵⁴⁸. El servicio sufragaba, pues, los haberes de los médicos, las medicinas para los enfermos pobres del padrón de beneficencia y, además, los gastos

"para extracciones de muelas, aplicación de sanguijuelas, sangrías, específicos y otros gastos análogos."⁵⁴⁹

547 AME, Presupuestos municipales, lib. 3128., 1893-94.

548 AME, Presupuestos municipales, lib. 3132.

549 AME, Presupuestos municipales, lib. 3150.

TABLA 126

PRESUPUESTOS MUNICIPALES DE GASTOS [INCLUYEN
 LIQUIDACIONES]. ESTRUCTURA DEL GASTO DE
 BENEFICENCIA. PROMEDIOS QUINQUENALES EN PESETAS

	municipal	beneficencia domiciliaria	hospital
		%	%
1893-98	614.967	2,58	5,72
1903-07	594.431	2,70	4,76
1908-12	555.891	3,39	4,87
1913-17	574.938	3,68	4,71
1918-23	669.001	4,14	5,20
1923-27	925.038	4,03	4,53
1928-32	1.272.267	5,82	4,48
1933-37	1.690.039	6,96	4,75
1938-42	1.991.443	7,78	14,60

Fuente: AME, presupuestos municipales, libros
 3128-3123.

Testimonios de fechas muy posteriores rememoran la evolución de este servicio benéfico desde su fundación. Así, en Junta de Sanidad celebrada en 1939, se recordaba este hecho, producido en 1892, indicando, además,

"que entonces el número de familias pobres incluido en el padrón benéfico era pequeño [y que] posteriormente fue incrementándose el número de familias pobres hasta tal punto que antes de la vigencia del Reglamento de Sanidad Municipal ya se hacían reclamaciones para aumentar el número de plazas de médicos y en los años de 1927 y 1929, en cada uno se aumentó una plaza más de médico titular (...)"⁵⁵⁰

De hecho, en 1896 ya se había procedido a la formación de un nuevo padrón de Beneficencia domiciliaria, realizado conforme a lo dispuesto en el artículo 3º del Reglamento para el servicio sanitario de los pueblos de 14 de junio de 1891⁵⁵¹. La condición "legal" de pobreza, requisito para la inclusión en el padrón, se obtenía tras las certificaciones parroquial, del alcalde de Barrio, del médico del distrito y de la Secretaría del Ayuntamiento. No obstante estos filtros administrativos, en 1899, el padrón de asistencia domiciliaria incluía más de 16.000 beneficiarios⁵⁵², aproximadamente las dos terceras partes de la población⁵⁵³.

Igualmente, la plantilla originaria experimentó con el tiempo un incremento en sus efectivos, dotándose, además, de otros profesionales titulados. Al menos desde 1914 contaba con dos practicantes de cirugía menor⁵⁵⁴, a los que se unieron, en

⁵⁵⁰ AME, Actas de la Junta de Sanidad, lib. 1491.

⁵⁵¹ AME, Expediente instruido para la formación de la Beneficencia domiciliaria de esta ciudad, *Secretaría General. Certificados, instancias y expedientes varios*, leg. 244-B.

⁵⁵² AME, Bases para la reforma del Reglamento del Hospital de San Sebastián, *Secretaría General. Certificados, instancias y expedientes varios*, leg. 244-B.

⁵⁵³ Sobre los 23.615 habitantes de 1892, según VARELA Y ESCOBAR, M.; MARTEL Y TORRES, A.T. (1892)

⁵⁵⁴ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3.155.

1922-23, un nuevo médico (auxiliar de la beneficencia municipal domiciliaria) y dos matronas titulares⁵⁵⁵. En 1925-26, siempre sobre el papel de los presupuestos municipales de gastos, el servicio amplió todavía más su plantilla con la incorporación de otro médico, un farmacéutico y dos matronas. Además se preveían pagos a un practicante de cirugía menor por el importe

"del concierto celebrado con el mismo por el servicio de operaciones de cirugía menor practicadas a enfermos pobres"⁵⁵⁶.

Una ampliación sustancial del servicio benéfico municipal tuvo lugar con la fundación, en 1924, de la *Clínica de urgencia y socorro*, dotada inicialmente con una plaza de practicante⁵⁵⁷. El mencionado médico auxiliar se incorporó a este servicio un año después⁵⁵⁸ y desde el 2 de abril de 1927 hubo un médico-director de la Clínica (presumiblemente desde la reconversión de la plaza de médico auxiliar existente). A ellos se unió un nuevo practicante, este interino, el 13 de junio de 1942⁵⁵⁹.

Sirva de nota acerca de la cobertura desplegada por la Clínica el que, en 1933, se atendió en ella a un total de 1.081 individuos, cuyos accidentes fueron clasificados del siguiente modo: 748 como casuales, 103 de trabajo, otros 207 por lesiones

⁵⁵⁵ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3163.

⁵⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁵⁷ El practicante fue "nombrado por acuerdo capitular de 11 de febrero de 1924". AME, *Libro registro de personal*, lib. 1231.

⁵⁵⁸ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3166.

⁵⁵⁹ En 1943, la Junta Municipal de Beneficencia rememoró los nombramientos de la plantilla de la Casa de Socorro Municipal. Tal reunión se produjo para la elaboración de una propuesta sobre concursos de plazas en propiedad a la Mancomunidad Sanitaria Provincial de Municipios (en respuesta a la orden de 14 de mayo de 1943, BOE de 19 de junio), AME, *Actas de la Junta Municipal de Beneficencia*, lib. 1394.

que dieron lugar a partes en el juzgado municipal, y, finalmente, 23 con comunicación al de instrucción⁵⁶⁰.

Sin embargo, en esas fechas, el servicio de beneficencia domiciliaria presentaba importantes desajustes en sus prestaciones. En 1932, dos concejales se dirigieron al Ayuntamiento, proponiendo la confección de un nuevo padrón benéfico con el objetivo de reducir el número de familias beneficiarias del servicio. Exponían en defensa de tal iniciativa

"que a nadie se le oculta que la Beneficencia Municipal no llena como debiera el cometido para que está creada, como lo prueban las innumerables quejas y lamentaciones del pueblo que necesita de ella"⁵⁶¹.

Igual opinión acerca del padrón benéfico (el "eje principal de los servicios benéficos-sanitarios") sostenían los seis médicos titulares que componían la plantilla facultativa del servicio en 1933. En un escrito dirigido a la Comisión municipal de Beneficencia denunciaban que el padrón de 1927 no se realizó conforme a las disposiciones legales vigentes (Reglamento para el servicio Benéfico-Sanitario de los pueblos de 1891 y Reglamento de Sanidad Municipal de 1925), y que los responsables municipales habían procedido desde entonces con total arbitrariedad, dando cabida en el mismo a todo los solicitantes. Consecuentemente, asciende en la actualidad

"a la enorme cifra de 4.300 y pico el número de familias acogidas en la beneficencia, ¡dos tercios de la población (...)"⁵⁶².

Con ello, se había duplicado el número de familias que legalmente estaban asignadas a cada titular (hasta un número de 300) y se había incrementado enormemente

560 AME, *Asuntos benéficos varios*, leg. 316.

561 *Ibid.*

562 *Ibid.*

"la carga económica que gravita sobre el presupuesto municipal y que no es posible que este pueda soportar."

En opinión de los titulares, la situación podía agravarse aún más, de ser ciertos los rumores sobre el incremento de los beneficiarios en el padrón que se estaba confeccionando hasta

"el exorbitante número de 6.000 [familias] ;casi todo el pueblo!"

En vista de ello, los titulares pedían la elaboración de un nuevo padrón, que se ajustase a la normativa en vigor (el reglamento de 1891 determinaba los requisitos que daban derecho a la inclusión en el padrón), y el ajuste del servicio a la proporcionalidad exigida por el reglamento de 1925 de un médico por cada 300 familias pobres. Con esta medida, se evitarían "las continuas quejas y reclamaciones del público". Se hacía inevitable -concluían los titulares- aumentar la plantilla de médicos titulares (a plantear con urgencia en el ejercicio presupuestario de 1934) y equipararle en número la de practicantes.

En respuesta al anterior escrito, la Comisión de Beneficencia, omitiendo toda referencia a las demandas planteadas, informaba de la elaboración de un nuevo padrón benéfico. De su tramitación, en total desacuerdo con las críticas anteriores, la Comisión sólo lamentaba

"que la falta de tiempo, la condición apática y de indiferentismo, hasta de aquellos individuos a quienes ha de beneficiar el servicio médico domiciliario, haya dado lugar a que todavía no se haya obtenido el total de solicitudes de inscripción de cuantos vecinos puedan ser considerados con derecho a ser incluidos en dicho padrón (...)"⁵⁶³.

El servicio benéfico domiciliario (que a partir de 1925 pasó a llamarse *Auxilios médico-farmacéuticos*) contaba en 1935 con el siguiente equipamiento humano: seis médicos de asistencia pública

⁵⁶³ *Ibid.*

domiciliaria (de acuerdo con el reglamento de 29 de septiembre de 1934); un médico tocólogo (en seguimiento de la R.O. de 26 de septiembre de 1929⁵⁶⁴); un médico odontólogo municipal; cinco farmacéuticos titulares (en régimen de contrata); seis matronas titulares (según la citada R.O. de 26 de septiembre de 1929); un practicante de la clínica de urgencia y socorro; y tres practicantes municipales, uno de ellos adscrito también al hospital de S. Sebastián. El total de gastos consignados en este capítulo de personal ascendía a 49.615 pesetas, un 37,5% del total. Por otro lado, los gastos en medicinas para el servicio sumaban un total de 60.000 pesetas, un 45,3 % de ese mismo total⁵⁶⁵.

En 1939, la Junta de Sanidad ecijana en su propuesta de clasificación de las plazas de A.P.D. (en respuesta a la Orden de la Subsecretaría de Gobernación de 22 de noviembre de ese mismo año) notificaba, además, la composición del dispositivo de servicios sanitarios municipales. La propuesta y la información se explicitaban del siguiente modo:

"existen en esta población servicios sanitarios como son un Médico Tocólogo, Servicio Antivenéreo oficial, un Médico Odontólogo, Casa de Socorro y un Hospital Municipal, y además, debiéndose realizar una rectificación del número de familias pobres incluidas en el padrón benéfico, como consecuencia de una reciente disposición Ministerial, pudiera muy bien amortizarse dos plazas de Médico, quedando reducidas las plazas de estos a cuatro y las de Practicante y Matrona (...) quedando subsistente 1ª categoría primera asignada a esta población en a última clasificación vigente"⁵⁶⁶.

⁵⁶⁴ Por un R.D. anterior, de 11 de diciembre de 1928, se obligaba a los Ayuntamientos de las poblaciones de más de 10.000 habitantes a contratar tocólogos. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1990), p. 337.

⁵⁶⁵ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3176.

⁵⁶⁶ AME, *Actas de la Junta de Sanidad*, lib. 1491.

Finalmente, se aprobó una propuesta de clasificación de dichas plazas que contaba con cuatro médicos, dos practicantes y una matrona⁵⁶⁷.

En todo caso, los presupuestos de 1942 incluían entre los gastos de personal de auxilios médico-farmacéuticos los haberes de seis médicos de A.P.D., y de seis matronas. Por lo demás, esos mismos presupuestos contenían una partida

"para los gastos de todas clases incluso los de personal que pueda originar la instalación de un Centro Benéfico-Sanitario"⁵⁶⁸.

De todo lo visto se puede concluir que el servicio de beneficencia domiciliaria fue concebido como recambio finisecular a la ya muy deteriorada hospitalidad municipal común. En otro orden de cosas, también constituyó una alternativa para la incorporación al funcionariado sanitario de la práctica totalidad de los profesionales de la localidad.

⁵⁶⁷ *Ibid.*

⁵⁶⁸ AME, *Presupuestos municipales*, lib. 3183.

10. CONCLUSIONES

1ª. En los años iniciales del siglo XIX, la viabilidad económica del conjunto de instituciones benéficas ecijanas había entrado en una etapa crítica. La coyuntura bélica agudizó el desmantelamiento institucional del dispositivo asistencial, que había cobrado carta de naturaleza, en 1798, con el inicio de la venta de sus bienes raíces. Ambos hechos determinaron la quiebra contable de las casas de beneficencia. Sobre estos hechos coyunturales destacaba, sin embargo, un fenómeno de raíz estructural: la firme ligazón de las fundaciones de caridad a las fuerzas económicas de antiguo régimen. La subordinación de las finanzas benéficas al régimen económico de explotación agraria condicionaba el cargo a las contingencias propias de ese sistema productivo y orientaba el gasto hacia la reproducción del patrimonio.

2ª. La municipalización del dispositivo benéfico y la desamortización de sus propiedades constituyen la seña de identidad de la acción del primer liberalismo hispano en materia de Beneficencia. Los fundamentos doctrinales de tal intervención, el preponderante papel a jugar por el Estado en un plan general de organización de la oferta de caridad, las propuestas de centralización, unión o agregación de las instituciones benéficas y el ataque a la caridad particular reconocen, no obstante, una clara filiación ilustrada. En Ecija, la reforma del ramo benéfico se produjo en las décadas centrales de la centuria, a partir de dos fechas claves, 1846, con la transferencia de su titularidad a la Junta Municipal de Beneficencia y 1855, con el inicio del nuevo proceso desamortizador. Junto a la inyección de dinero público, vía arbitrios municipales, la mejora sustancial de la gestión de los recursos propios caracterizó la andadura inicial del hospital municipalizado. En este 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.

3a. La venta de los bienes raíces del patrimonio benéfico quebró la base económica del sistema de hospitalidad, al sustituir su tradicional primera fuente de ingresos (la actividad rentista y censalista sobre propiedades rústicas y urbanas) por la posesión de títulos de la deuda a un interés constante. Aun contribuyendo, inicialmente, a estabilizar las finanzas benéficas, a largo plazo, la descapitalización producida comprometió el desarrollo del dispositivo hospitalario, como consecuencia de la extrema debilidad de la hacienda municipal, sometida igualmente a la presión desamortizadora. La inclusión del dispositivo asistencial en el marco global de la acción municipal modificó profundamente su estructura económica al incardinarla en un proyecto general de actuación benéfica abierta a la influencia de diversas estrategias de acción política. La dedicación de la cuarta parte del presupuesto de gastos de beneficencia en 1865-1870 al capítulo *Auxilios benéficos en épocas de carestía* se inscribe en este proceso, al igual que la progresiva pérdida de protagonismo de la institución hospitalaria tras la fundación de la beneficencia domiciliaria en la década de los noventa del siglo pasado.

4a. El equipamiento de beneficencia adquirió durante las décadas centrales del siglo XIX los rasgos propios del rigorismo centralista de las administraciones moderadas. La provincialización de sus establecimientos más emblemáticos, la secularización de sus administraciones y la desamortización de sus propiedades fueron las armas de que se sirvió la burguesía en el poder para asumir efectivamente la dirección del ramo. Los episodios revolucionarios del bienio y del sexenio apenas modificaron los rasgos estructurales del dispositivo. El proceso quedó, sin embargo, inconcluso. En 1909, el Director General de la Administración reconocía el desconocimiento por parte de la administración central de los servicios benéficos que prestaban las instancias benéficas provinciales y municipales. La beneficencia particular, por contra, recuperaba en esas fechas un claro protagonismo en la acción asistencial.

5ª. El descubrimiento de la necesidad del pauperismo como condición estructural del funcionamiento de la sociedad industrial, máxima aportación doctrinal de los cultivadores de la economía política, dio fundamento a la acción benéfica del liberalismo doctrinario. La respuesta asistencial se impuso desde la óptica de las clases económicas dominantes y se percibió como ajena por las clases populares. De esta disociación derivó el escaso compromiso de las clases proletarias con la solución benéfica. El dispositivo hospitalario se mostró insuficiente para solventar el problema del pauperismo (y de la enfermedad) en tanto que justificaba y racionalizaba la sociedad dual, de ricos y pobres. La actividad desplegada por la municipalidad ecijana durante las distintas coyunturas de crisis frumentaria del siglo pasado ilustra sobre estos desajustes. La respuesta hospitalaria varió desde la virtual inoperancia en la crisis de 1856-57 a un importante despliegue de los recursos disponibles en la de 1866-69. El enfriamiento posterior de la actividad asistencial, las tasas de crecimiento de las principales partidas de gastos hospitalarios se mantuvieron estacionarias entre 1870 y 1922, no varió su curso en el contexto de la coyuntura crítica de 1881-1882.

6ª. Las opiniones de los médicos y publicistas acerca de la institución hospitalaria se ajustan a los términos generales detectados por Carasa en su estudio sobre la evolución del sistema hospitalario en la España contemporánea: la crítica postrera de la Ilustración (que no oculta una situación anterior de auge) alcanza su prolongación natural en la primera mitad del Ochocientos (censura de las instituciones de Antiguo Régimen); la revalorización de la figura hospitalaria empieza a tomar forma, aunque con profundos altibajos, a partir de la segunda mitad de la centuria, en sincronía con el lento proceso de transformación de la institución en el lugar central de la asistencia sanitaria profesionalizada. La falta de continuidad en una supuesta línea de progreso indefinido de la acción hospitalaria es evidente en el caso ecijano. Los registros económicos y asistenciales del Hospital de S. Sebastián definen

dos etapas en su devenir histórico. Durante la segunda mitad de la pasada centuria se alcanzaron las cotas más altas de actividad asistencial. Por contra, en las primeras décadas de nuestro siglo la acción hospitalaria se dotó de un claro componente asilar.

7ª. Las críticas de la institución hospitalaria no ocultan el hecho de que durante todo el siglo XIX la práctica desarrollada en sus salas se sustentó sobre una base médica. En el caso del hospital ecijano, aunque la estructura de la morbilidad intramuros puede calificarse de tradicional (las enfermedades transmisibles constituyeron el grupo mayoritario), el predominio de los internamientos de enfermos de males agudos, la relevancia, siempre creciente, de las afecciones quirúrgicas y la propia diversidad de los diagnósticos registrados delatan la especialización sanitaria del hospital.

8ª. El análisis Box-Jenkins de las series temporales de ingresos y de muertes causados en el hospital de S. Sebastián ecijano proporciona coeficientes de correlación significativos para las componentes estacionales de orden 12, anuales. El mayor trasiego de enfermos en el hospital durante el periodo otoño-estival, cuando los efectos de la coyuntura crítica del año agrícola eran menos intensos, es un signo de especialización sanitaria de la institución. El ciclo estacional de la mortalidad en el centro (predominio otoño-invernal) no se ajusta al detectado por Pérez Moreda para la mortalidad ordinaria. La falta de un pico de sobremortalidad en el mes de agosto pudo deberse a la prohibición del internamiento de párvulos en las salas hospitalarias.

9ª. Los argumentos favorables a la implantación de la hospitalidad domiciliaria formaron parte de una estrategia profesional tendente a liberalizar el ejercicio médico. La defensa de esta modalidad benéfica resume las bases ideológicas del proyecto asistencial del liberalismo doctrinario. En este contexto se formuló por primera vez la necesidad de una medicina para ricos y de otra para pobres. De otro lado, la contraposición

dialéctica entre las necesidades de los núcleos de población urbano y rural condicionó la búsqueda de soluciones a la problemática asistencial (reorganización de la medicina) y la propia conformación de la profesión médica durante la segunda mitad del siglo XIX. Las controversias sobre el carácter del ejercicio de las profesiones médicas y sobre la necesidad de las diferentes titulaciones y clases facultativas se inscribe en el mencionado antagonismo entre el campo y la ciudad.

10ª. Para los defensores de la asistencia médica en los partidos (ejercicio asalariado de la profesión), la solución del problema radicaba en la reforma del sistema de asistencia pública: modificación de las bases contractuales (nombramiento, dotación y despido), con la intención de liberar al profesional de la dependencia de los Ayuntamientos; estatalización de la asistencia como garantía del desarrollo profesional y de la atención universal y dirección corporativa de la profesión. En clara discordancia con las proclamas de los médicos y publicistas interesados en la cuestión benéfica, que insistieron a lo largo del siglo XIX en la necesidad de organizar la beneficencia domiciliaria, destacando su carácter complementario o incluso alternativo respecto de la hospitalaria, en Ecija se asistió durante el siglo XIX al desmantelamiento de este dispositivo asistencial, una creación original de las administraciones preliberales. Entre 1778 y 1884 se costeaban con cargo a los caudales de propios y arbitrios las plazas de cirujano, médico, sangrador y boticario. Cien años después desaparecía de los presupuestos municipales la partida que dotaba la única plaza de médico titular existente en la localidad.

11ª. La crítica del sistema de beneficencia, incapaz de dar soluciones al problema del pauperismo, empezó a tomar una forma definida durante los años finales de la pasada centuria. La alternativa asistencial radicaba en la interposición de medidas preventivas a través de la legislación social. Las atenciones benéfico-sanitarias municipales constituyeron desde esas fechas el recambio obligado de las ya muy deterioradas prestaciones

benéficas hospitalarias (la refundación del dispositivo de beneficencia domiciliaria ecijano se produjo a partir de 1892). El despliegue de la medicina domiciliaria, punto de encuentro de la aspiraciones profesionales y de las políticas asistenciales de las administraciones públicas, constituye la punta de lanza del proceso de colectivización de la asistencia médica. Ello sin perjuicio de un desarrollo paralelo de la modalidad liberal del ejercicio médico.

11. FUENTES Y BIBLIOGRAFIA CRITICA

11.1. FUENTES PRIMARIAS

11.1.1. FUENTES MANUSCRITAS

ARCHIVO GENERAL DE SIMANCAS

Al Excmo. Sr. Conde de Floridablanca Representa el Dr. Vicente Crespo Médico Titular de la Villa de Brihuega. (30 de diciembre de 1784). *Gracia y Justicia*, leg. 990, 78 fols.

ARXIU DE L'INSTITUT MUNICIPAL D'HISTÒRIA DE LA CIUTAT (BARCELONA)

MER y GÜELL, Manuel (1919) *Memoria para el concurso de provisión de la plaza de Jefe de la sección 1ª del Cuerpo Médico Municipal. Organización de la Beneficiencia Municipal de Barcelona.* (ms.). *Secció Governació*, D-1282.

ARCHIVO MUNICIPAL DE ECIJA

lib. 640-645, 646-648, 1231, 1336, 1341-1343, 1348-1369, 1389-1394, 1399-1471, 1491, 1863-1913, 2218, 2749, 2775, 2787, 2812, 3087-3183.

leg. 46, 101, 218, 244-B, 316, 647-A, 652, 696-703, 708, 724-725, 742, 1032, 1099, 1647, 1944

11.1.2. FUENTES IMPRESAS

11.1.2.1. PUBLICACIONES PERIODICAS

Anales de Beneficencia. Sanidad y Establecimientos penales (1862).

Anales del Instituto Médico de Emulación (1842-1844).

Boletín de la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas (1917).

Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia (1834-1853).

Boletín del Instituto Médico Valenciano (1873).
La Crónica de los Hospitales (1853-1858).
España Médica (1911, 1913).
La España Médica (1857-1866).
Gaceta Médica (1845-1846, 1849-1852).
Gaceta Médica Catalana (1884-1905).
Gaceta Médica Española (1926-1927).
La Iberia Médica (1857).
La Medicina Ibera (1918).
El Pabellón Médico (1863-1875).
Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (1820-1829).
Los Progresos de la Clínica (1917, 1921).
Revista de Beneficencia. Sanidad y Establecimientos penales
(1876-1878).
Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas (1899-1907).
Revista de Medicina y Cirugía Prácticas (1878, 1882-1904).
Semanario de Medicina (1841-1842).
El Siglo Médico (1854, 1861, 1889-1890)
El Periódico de Ecija (1879-1882).
El Socialista (1886)

11.1.2.2. LIBROS Y FOLLETOS

ABELLA, F. (1885) *Tratado de sanidad y beneficencia. Arreglado a todas las disposiciones vigentes que se han dictado sobre los diversos puntos, servicios y detalles que comprenden estos ramos hasta julio de 1885.* 3ª. ed., Madrid, Admón.: Calle de Don Pedro, nº 1

ALBO Y MARTI, R. (1901) *La caridad, su acción y organización en Barcelona.* Barcelona, Imp. de Subirana Hermanos, 589 pp.

ALBO Y MARTI, R. (1914) *Barcelona caritativa, benéfica y social.* 2 vols., Barcelona, lib. "La hormiga de oro", 304 pp. + 362 pp.

ALBO Y MARTI, R.; PUIG Y ALFONSO, F. (1911) *Protección a la infancia y represión de la mendicidad. Ponencia presentada a la Junta Provincial de Protección a la infancia.* Barcelona, Junta Provincial de Protección a la infancia, 44 pp.

APENDICE legislativo. Proyecto de Ley sobre Asistencia pública (Gaceta del 3 de junio de 1916) (1912-1915-1918). En: *Nuevos apuntes para el estudio y organización en España de las Instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de Administración.* Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S.A., pp. LVIII-LVII.

AREJULA, J.M. (1806) *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803 y en esta misma plaza y varias otras del Reino en 1804.* Madrid, Imprenta Real, 472 pp.

ARIAS MIRANDA, J. (1862) *Reseña histórica de la Beneficencia española: Principios que convendrá seguir para enlazar la caridad privada con la Beneficencia pública; hasta donde debe extender su acción el Estado; las asociaciones caritativas y las particulares, y medios de poner en armonía esta acción respectiva, fundándola en la economía social y en el sentimiento moral y religioso.* Madrid, Imp. del Colegio de Sordo-Mudos y de ciegos.

BALBIN DE UNQUERA, A. (1862) *Reseña histórica y teoría de la Beneficencia.* Madrid, Imp. del Colegio de Sordo-Mudos y de Ciegos, 251 pp.

BEATUS vir, qui intelligit super egenum et pauperem (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 192-198.

BENEFACTA male locata malefacta arbitror (1820) En: PIQUER, J.A. Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ... Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 133-142.

BENEFICENCIA general. Su actual desenvolvimiento (1912-1915-1918). En: Nuevos apuntes para el estudio y organización en España de las Instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de Administración. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S.A., pp. 3-32.

BOTELLA Y MARTINEZ, J. (1903) *De la asistencia a la embarazada pobre en Madrid*. Madrid, M. Romero impresor, 38 pp.

CABARRUS, F. (1820) *Cartas sobre los obstáculos que la naturaleza, la opinión y las leyes oponen a la felicidad pública escritas por..., dirigidas al señor G.M de Jovellanos y precedida de otra al Príncipe de la Paz*. 3ª. ed., Madrid, Imprenta de Burgos.

CALBETON, F. (1918) *Ensayo de exposición histórico-crítica de las más importantes doctrinas sociales y del intervencionismo de Estado con aplicación a España*. [Discurso leído por el Excmo. Sr. D. ... en el acto de su recepción en la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas el día 24 de noviembre de 1918 y constestación del Excmo. Sr. D. Amós Salvador]. Madrid, Imp. Clásica Española, 167 pp.

CAPDEVILA, R.F. (1856) *Utilidad de los hospitales*. Madrid, Imp. de Manuel Rojas, 106 pp.

CAPDEVILA, R.F. (1883) *Discurso pronunciado en la inauguración de las sesiones de 1879-80* [Los Hospitales son indispensables para la asistencia de los indigentes enfermos]. En: *Memorias de la Real Academia de Medicina*. Madrid, Establecimiento tipográfico de Enrique Teodoro, vol. 5, pp. 65-80.

CARABIAS, N.; BALBIN DE UNQUERA, A.; SANCHEZ RUBIO, E. (1870) *Proyecto de un reglamento general para la beneficencia municipal, redactado en virtud de un acuerdo del Ayuntamiento de Madrid, por los señores ...* Madrid, Imp. de Berengüillo, 39 pp.

CARRASCO, J.V. (1837) *Memoria sobre un nuevo plan de beneficencia.* Madrid, Imprenta de D. Eusebio Alvarez, 51 pp.

CARRASCO, [Dr.] (1899) *Reseña de una visita a algunos Hospitales extranjeros y españoles.* Bilbao, Imp. de la Casa de Misericordia, 106 pp.

CENSO de la población de España según el recuento verificado en 21 de mayo de 1857 por la Comisión de Estadística General del Reino. (1858) Madrid, Imp. Nacional.

CENSO de la población de España según el empadronamiento hecho en 31 de diciembre de 1877 por la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. (1883) Madrid, Imp. de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

CENSO de la población de España según el empadronamiento hecho en 31 de diciembre de 1887 por la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. (1891) Madrid, Imp. de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

CENSO de la población de España según el empadronamiento hecho en la península e islas adyacentes el 31 de diciembre de 1900. (1902) Madrid, Imp. de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

CENSO de la población de España según el empadronamiento hecho en la península e islas adyacentes el 31 de diciembre de

1920. (1922) Madrid, Talleres de la Dirección General del Instituto Geográfico.

CENSO de la población de España según el empadronamiento hecho en la península e islas adyacentes y posesiones del norte y costa occidental de Africa el 31 de diciembre de 1940. (1943) Madrid, Dirección General de Estadística, Talleres Tipográficos, Hijos de A. Miguel.

CENTENO, M. J. (1821) *Memoria sobre los expósitos escrita por D. ...*, Madrid, Imp. de D. Fermín Villalpando.

COMENGE Y FERRER, L. (1914) *La Medicina en el Siglo XIX. Apuntes para la historia de la cultura médica en España.* Barcelona, Tipografía de J. Espasa.

CONSTITUCION Política de la Monarquía española, promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812. Cádiz, Imprenta Real.

CONSTITUCIONES y Ordenanzas para el Gobierno de los Reales Hospitales General y de la Pasión de Madrid, aprobadas por el Rey nuestro señor Don Carlos Tercero y pasadas por el Real Consejo de Castilla. (1780), Reimp., Madrid, Imp. de Pantaleón Aznar, 102 pp.

CORTES (A las) [Representación de la Junta administrativa del Hospital general de Valencia] (1855) Valencia, Imp. de J. Ferrer de Orga, 16 pp.

COSSIO Y GOMEZ-ACEBO, M. (de) (1909) *El problema de la mendicidad en los grandes centros de población. Medios prácticos de resolverlo.* [Sociedad Española de Higiene. Premio (Accesit) del Excmo. Sr. D. Juan de la Cierva, Ministro de la Gobernación]. Madrid, Imp. de J. Sastre y Ca., 84 pp.

CRISIS Agrícola y Pecuaria (La) (1887-88) Madrid, Establecimiento tipográfico Sucesores de Rivadeneira, tomo III, pp. 614-641.

CUALQUIERA hombre que tenga un hogar, una familia, un amigo, no necesita de hospital, y estará mejor asistido en su domicilio (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 188-191.

D.A.G.; D.M.C. (1865) *Manual o anuario ecijano, dedicado a sus convecinos, por ...* Ecija, Imprenta de D.A. Pereyra, 183 pp.

DECLARACION de las leyes respectivas a la jurisdicción del Protomedicato, para evitar controversias con el Consejo. (1737) En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VIII, tit. X, ley IX.

DICTAMENES Médico-higiénicos [sic] de la Comisión Facultativa inspectora del Hospital General de Santa Cruz de Barcelona, nombrada en 12 de diciembre de 1847 por el Señor Alcalde Corregidor de esta ciudad. (1848) Barcelona, Imp. de Antonio Brusi, 107 pp.

DIDEROT; D'ALEMBERT (1765) *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, vol. 8, París, pp. 293,294. (Extended-Micro-Edition of International Documentattion Centre AB).

DON CARLOS y Doña Juana en las Cortes de Madrid, pet. 93. En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VIII, tit. IX, ley IV.

DURAN Y BAS, Manuel (1851) Ensayo sobre dos cuestiones sociales.

En: *Memorias sobre la extinción de la mendicidad y el establecimiento de las Juntas de Caridad premiadas por la Sociedad Económica Matritense*. Madrid, Imp. del Colegio de Sordomudos, pp. 11-108.

FA NIMIRUM est naturalis hominum infirmitas atque imbecillitas, ut nemo semetipsum perficere solus possit ... (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 159-178.

ESTABLECIMIENTO de Diputaciones de barrio para el socorro de pobres jornaleros y enfermos (auto del Consejo de 30 de marzo de 1778 y cédula de 3 de febrero de 1785). En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VII, tit. XXXIX, ley XXII.

ESTADOS que manifiestan los caudales que han entrado en las 62 diputaciones de caridad de los barrios en que hoy está dividido Madrid, desde el 1º de enero hasta 31 de diciembre de 1818 (1819) Madrid, Imprenta Real, 18 pp.

ESTADOS que manifiestan los caudales que han percibido y distribuido las 62 Diputaciones de Caridad de los barrios en que está hoy dividido Madrid, desde 1º de enero hasta 31 de diciembre de 1818 (1819). En: *Real Hospitalidad domiciliaria fundada por el Rey nuestro Señor Don Fernando VII en real decreto fecha en Sacedón a 12 de julio de 1816*. Madrid, Imprenta Real, pp. 19-34.

ESTATUTOS y Ordenanzas que S.M. manda observar a los Colegios, y Comunidades de Cirujanos, establecidos en Barcelona, Cádiz, y en todo el Principado de Cataluña, para la enseñanza de la Cirugía, exámenes de los profesores y su

gobierno económico. (1764) Barcelona, Thomás Piferrer, 106 pp.

¡FELIZ yo! si en este mi trabajo que consagro al obsequio de mi Rey y patria, logro que alguna de mis ideas sirva para añadir el más pequeño quilate de gloria del primero y a la prosperidad de la segunda (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 221-237.

FERNANDEZ CARO, A. (1891) *Hospitalización* [Sociedad Española de Higiene. Tema discutido durante los cursos académicos de 1890-1891]. Madrid, Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro, 121 pp.

FERNANDEZ Y FERNANDEZ, M. (1923) *La Beneficencia pública y los Hospicios*. [Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas correspondiente al trienio de 1919-1922]. Madrid, Establecimiento tipográfico de Jaime Rafés, 123 pp.

FLOREZ ESTRADA, A. (1980) *Curso de Economía Política*. [Edición y estudio preliminar por Salvador Almenar], 2 vols., Madrid, Clásicos del Pensamiento Económico Español. Instituto de Estudios Fiscales. [Reimpresión de la 4ª edición, 1835].

GARAY Y CONDE, J.M. (1851) *Breves apuntes histórico-descriptivos de la ciudad de Ecija*. Ecija, Imp. de M. Salgado y Trigos, 489 pp.

GARCIA CABALLERO, F. (1865) *Recuerdos históricos de la corporación facultativa de los Hospitales Generales de Madrid*. Madrid, Imp. de D. P. Montero, 42 pp.

GARCIA CABALLERO, F. (1874) *La Corporación Facultativa de los Hospitales Generales de Madrid a la Sociedad Médica*

organizada en el mismo establecimiento en noviembre de 1869. Memorandum. Madrid, Impr. Esterot. y Galvanopl. de Arribau y Ca., 57 pp.

GARCIA MARCHANTE, L.F.; CASTELO Y SERRA, E. (1889) Proyecto de reformas de los Hospitales Provinciales presentado por don Angel Pulido. Dictamen e informe emitidos respectivamente ... de la Comisión de Beneficencia y ... Decano del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial. Madrid, Escuela Tipográfica del Hospicio, 30 pp.

GONZALEZ Y ESTEBAN, L. (1841) Proyecto de un reglamento o bases generales en que debe fundarse la reforma de la medicina, precedido de una breve reseña del mal estado en que se hallan los médicos en España, y de las causas que lo han producido. Coruña, Imp. de F. Arza, 46 pp.

HERGUETA Y MARTIM, S. (1918) Semblanzas y recuerdos de los médicos más prestigiosos del Cuerpo facultativo de la Beneficencia provincial de Madrid fallecidos durante estos últimos 50 años. Madrid, Imp. provincial, 126 pp.

HERNANDEZ IGLESIAS, F. (1876) La Beneficencia en España. Madrid, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa.

HERNANDEZ IGLESIAS, F. (1883) Discurso leído en la Sociedad Española de Higiene [Sobre los verdaderos conceptos de la Higiene y la Beneficencia] En: Discursos leídos en la Sociedad Española de Higiene por Don Angel Pulido y Fernandez y por Don Fermín Hernández Iglesias en la sesión inaugural del curso académico de 1883 a 1884. Madrid, Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro, pp. 25-65.

INFORME presentado al Decano de la Sección de Medicina del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia provincial de Madrid por los profesores encargados de la asistencia de las salas de

variolosos del Hospital General. (1868) Madrid, Oficina Tipográfica del Hospicio, 43 pp.

INSTRUCCIONES generales sobre el orden y método de enseñanza en las facultades médicas del reino (1846). Madrid, Imprenta Nacional.

INTRODUCCION. (1912-1915-1918). En: Nuevos apuntes para el estudio y organización en España de las Instituciones de Beneficencia y de Previsión. Trabajos de la Dirección General de Administración. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S.A., pp. XI-XXVI.

JANER, F. (1831) *Elementos de Moral Médica, o Tratado de las obligaciones del Médico y del Cirujano, en que se exponen las reglas de su conducta moral y política en el jercicio de su profesión.* Barcelona, Imp. de Joaquín Verdaguer, 420 pp.

JUDERIAS, J. (1909) *El problema de la mendicidad en los grandes centros de población.* [Sociedad Española de Higiene. Premio del Excmo. Sr. D. Juan de la Cierva, Ministro de la Gobernación]. Madrid, Imp. de J. Sastre y Ca., 118 pp.

LEY de 20 de junio de 1849 (1876) En: Hernandez Iglesias, F. *La Beneficencia en España.* Madrid, Establecimiento Tipográfico de Manuel Minuesa, vol. 2, pp. 1259-1264.

LLANOS, B. (1816) *Observaciones Médico-Políticas sobre la estimación, vicios y defectos que han tenido y tienen las profesiones y profesores del arte de curar. Por el licenciado D. ..., profesor de medicina de esta corte.* Madrid, Imp. que fue de Fuentenebro, 98 pp.

MADOZ, P. (1847) Ecija. En: *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de ultramar.* Madrid,

Establecimiento Tipográfico-Literario Universal, vol. 7,
pp. 433-440.

MARIN DE LA BARCENA, A. (1909) Memoria de la Dirección General de Administración. En: *Apuntes para el estudio y la organización en España de las instituciones de Beneficencia y de Previsión*. Madrid, Establecimiento tipográfico sucesores de Rivadeneyra, pp. VII-CIV.

MEMORIA de A.B.B.M.H.C.F.B. (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 179-184.

MEMORIA de C.M. (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 185-187.

MEMORIAS leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de Hospitales [traducidas al castellano por Don Valentín de Foronda] (1793) Madrid, Imprenta de Manuel González, 70 pp.

MODO de proceder al nombramiento de empleados de la Comisión de hospitales, y en el gobierno y dirección de estos. En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VII, tit. XXXVIII, ley XI.

MONLAU, P.F. (1846) *Remedios del pauperismo*. Valencia, Imp. de D. Mariano de Cabrerizo, 209 pp.

MONLAU, P.F. (1851) De la supresión de la mendicidad y organización de las Juntas de Caridad. En: *Memorias sobre la extinción de la mendicidad y el establecimiento de las Juntas de Caridad premiadas por la Sociedad Económica Matritense*. Madrid, Imp. del Colegio de Sordo-Mudos, pp. 111-135.

MONLAU, P.F. (1862) *Elementos de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos*. 2ª ed., Madrid, Imprenta y Estereotip. M. Rivadeneyra.

MONTELLS Y BOHIGAS, N. (1879) *El Pauperismo y la Miseria. Discurso leído en la solemne inauguración del curso académico de 1879 a 1880 en la Universidad Literaria de Zaragoza*. Zaragoza, Tipografía de Calisto Ariño, 50 pp.

MONTESINOS, J. (1909) *El problema de la mendicidad en los grandes centros de población. Medios prácticos de resolverlo*. [Sociedad Española de Higiene. Premio (Accesit) del Excmo. Sr. D. Juan de la Cierva, Ministro de la Gobernación]. Madrid, Imp. de J. Satre y Ca., 84 pp.

MURCIA, P. J. (de) (1798) *Discurso político sobre la importancia y necesidad de los Hospicios, Casas de Expósitos y Hospitales, que tienen todos los Estados, y particularmente España*. Madrid, Imprenta de la Viuda de Ibarra, 98 pp. + XXXIV.

NI HAY MAS verdadera gloria Que ser amparo de pobres, Ni de que más paga cobres Que de obras de caridad ... (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 199-220.

NIHIL est tam nobile et honorificum, quam in consimilium nostrorum utilitatem, labores nostros impendere (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 143-152.

NUEVO método para el examen de Médicos, Cirujanos y Botícarios en el Protomedicato, y para la enseñanza de la Medicina en las Universidades. (1617) En: *Novísima Recopilación de las*

Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV, lib. VIII, tit. X, ley VIII.

OBSERVANCIA de las ordenanzas generales para el régimen escolástico y económico de los Reales Colegios de Cirugía, y gobierno de esta Facultad en todo el Reino. (Cédula de 6 de mayo de 1804) En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV, lib. VIII, tit. XII, leyes VIII, IX, X, XI Y XII.*

ORDENANZAS de S.M. que deben observarse por el Real Colegio de Cirugía de Barcelona, Cuerpo de Cirugía Militar, Colegios subalternos y Cirujanos del Principado de Cataluña. (1795) Madrid, Imprenta Real, 256 pp.

ORIA Y RUIZ, Juan José (1855) *Memoria sobre el estado actual de la primera Casa de Socorro (Hospicio) de Madrid y sobre las principales reformas que en ella pueden hacerse dirigida a la Excm. Junta de Beneficencia.* Madrid, Imp. de T. Fortanet, 18 pp.

OSTOS Y OSTOS, Manuel (1909) *Alfajores de Ecija.* Sevilla, Imprenta de P. Diaz, 375 pp.

PASCUAL Y PRATS, J. (1886) *El Hospital. Sus inconvenientes y ventajas; enfermedades que en él se desarrollan.* Gerona, Imp. y Librería de Paciano Torres, 45 pp.

MONTEJO ROBLEDO, B. (1879) *Discurso leído en la sesión inaugural del año académico de 1879-80 en la Academia Médico Quirúrgica Española.* Madrid, Imp. de Enrique Teodoro, 40 pp.

PENA del Médico que curare en algún pueblo o partido sin los requisitos que se previenen. (1579) En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV, lib. VIII, tit. XI, ley IV.*

- PENA del Médico y Cirujano que curase sin tener carta de examen y licencia para ello. (1588) En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VIII, tit. XI, ley V.
- PEREZ ORTEGA, A. (1864) *Asistencia Hospitalaria y Domiciliaria* [Discurso leído en la Universidad Central en el acto solemne de recibir la investidura de Doctor en la Facultad de Medicina]. Madrid, Imp. y Esterotipia de M. Rivadeneyra, 20 pp.
- PEREZ DE MOLINA, M. (1868) *Del pauperismo, sus causas y remedios*, 3ª ed. Madrid, Imp. de M. Tello, 354 pp.
- PESET Y CERVERA, V. (1875) *Medios de procurar el bienestar social*. Madrid, Tesis para el Doctorado en Medicina, mns.
- PESET Y CERVERA, V. (s.a.) *La miseria: sus causas y sus remedios*. discurso leído en el octavo aniversario del Ateneo-Casino Obrero celebrado el día 14 de diciembre de 1884 por el Socio Protector Valencia, Imp. de Manuel Alufre, 23 pp.
- PIQUER, J.A. (1820) *Memoria premiada por la suprema Junta General de Caridad escrita por* Madrid, Imp. de Burgos, 237 pp.
- PIQUER, J.A. (1836) *Bosquejo del estado del arte de curar y de sus profesores en España, y proyecto de un plan para su jeneral (sic) reforma*. Valencia, Imp. de J.B. Gimeno, 206 pp.
- PROPUESTA del Director general de Administración que dió motivo a la expresada Real Orden. (1912-1915-1918). En: *Nuevos apuntes para el estudio y organización en España de las Instituciones de Beneficencia y de Previsión*. Trabajos de la Dirección General de Administración. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S.A., pp. IX-X.

PROYECTO de código sanitario para la Monarquía española (1984)
En: LOPEZ PIÑERO, J.M. M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, M^o. de Sanidad y Consumo, pp. 49-122.

PROYECTO de ley orgánica de sanidad pública de la Monarquía española, formado por la comisión nombrada en real orden de 20 de junio de 1820, con arreglo al decreto del Rey de 14 del mismo mes y año (1822) Madrid, Imprenta de Alban y Compañía.

PUIG Y ALFONSO, F. (1927) *Beneficencia. Artículos: Conferencias: Informes: Memorias: Comunicaciones: Ponencias*. Barcelona, Talleres gráficos de la Casa Provincial de Caridad, 380 pp.

PUIG i ALFONSO, F. (1935) *L'Hospital clinic de la Facultad de Medicina*, en: *La tasca de l'Hospital clinic. Obra científico-social*, Barcelona. pp. 7-19.

PULIDO Y FERNANDEZ, A. (1889) *Memoria sobre reformas de los servicios de los Hospitales Provinciales de Madrid*. Madrid, Escuela Tipográfica del Hospicio, 35 pp.

REAL Cédula de S.M. y Señores del Consejo, en que se aprueban, y mandan observar las ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del colegio de cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos (1787) Madrid, Imprenta de Don Pedro Marín, 115 pp.

REAL decreto de fundación (1819) En: *Real Hospitalidad domiciliaria fundada por el Rey nuestro Señor Don Fernando VII en real decreto fecha en Sacedón a 12 de julio de 1816*. Madrid, Imprenta Real, pp. 2-3

REAL orden de 10 de septiembre de 1816 (1819). En: *Real Hospitalidad domiciliaria fundada por el Rey nuestro Señor*

Don Fernando VII en real decreto fecha en Sacedón a 12 de julio de 1816. Madrid, Imprenta Real, p. 15.

REGLAMENTO interior del Hospital General. (1863) Madrid, Oficina Tipográfica del Hospicio, 88 pp.

REGLAMENTO General de todas las dependencias y departamentos del Hospital Civil de la provincia de Valencia. (1851) Valencia, Imp. de José Ferrer de Orga, 57 pp.

REGLAMENTO formado por la Real y Suprema Junta general de Caridad para gobierno de la Hospitalidad domiciliaria en los 10 cuarteles y 62 Diputaciones de Barrio de esta Capital heróica. aprobado por S.M. en real decreto de 2 de septiembre, y correspondiente real orden de 10 del mismo comunicada por el Excmo. Sr. D. Pedro Cevallos (1819). En: *Real Hospitalidad domiciliaria fundada por el Rey nuestro Señor Don Fernando VII en real decreto fecha en Sacedón a 12 de julio de 1816*. Madrid, Imprenta Real, pp. 7-13.

REGLAMENTO general para la ejecución de la ley de beneficencia de 20 de Junio de 1849, aprobado por Real decreto de 14 de Mayo de 1852. (1876) En: Hernandez Iglesias, F. *La Beneficencia en España*. Madrid, Establecimiento Tipográfico de Manuel Minuesa, vol. 2, pp. 1264-1279.

REGLAMENTO para gobierno interior del Hospital de la Princesa, destinado en Madrid a enfermos de Medicina y cirugía, aprobado por Real Orden de 29 de septiembre de 1860. (1860) Madrid, Imprenta Nacional, 40 pp.

REQUISITOS para el examen de Médicos, Cirujanos y Boticarios por los Protomédicos y Alcaldes examinadores (1563). En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VIII, tit. X, ley IV.

SAEZ ORDOÑEZ, Pedro (1851) De la supresión de la mendicidad y organización de las Juntas de Caridad. En: *Memorias sobre la extinción de la mendicidad y el establecimiento de las Juntas de Caridad premiadas por la Sociedad Económica Matritense*. Madrid, Imp. del Colegio de Sordo-Mudos, pp. 139-178.

SALUS populi suprema lex (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 157-158.

SALVA Y CAMPILLO, F. (1812) *Pensamientos del Dr. ... sobre el arreglo de la enseñanza del arte de curar*. Publícalos el Dr. Don Francisco Sanponts primer médico en jefe del primer ejército de S.M.C. Mallorca, Oficina de Antonio Brusi, 128 pp.

SALVA Y CAMPILLO, F. (1813), *Suplemento a los pensamientos sobre la enseñanza del arte de curar*. Barcelona, Oficina de Manuel Texeró, 247 pp.

SANCHEZ Y RUBIO, F. (1869) *Historia de la Beneficencia Municipal de Madrid y medios de mejorarla*. Madrid, Imp. a cargo de Ramón Berenguillo.

SANDINO AGUDO, E. (1925) *La Beneficencia pública en España. Breves notas y cuadros estadísticos*. En: *Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad*. Barcelona, noviembre de 1922, vol. 2, (documentos de Información), Madrid, Publicaciones del I.N.P., pp. 129-142.

SEGUNDO examen a que han de sujetarse los Médicos, Cirujanos y Boticarios que vinieren a la Corte de los pueblos y partidos. (7 de noviembre de 1617) En: *Novísima Recopilación de las Leyes de España mandadas formar por el señor Don Carlos IV*, lib. VIII, tit. XI, ley VII.

SEOANE, M. (1984)a Carta exponiendo las verdaderas causas de la decadencia de la medicina. En: LOPEZ PIÑERO, J.M. M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, M^o. de Sanidad y Consumo, pp. 35-47.

SEOANE, M. (1984)b Discurso preliminar sobre la reorganización de las profesiones médicas. En: LOPEZ PIÑERO, J.M. M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, M^o. de Sanidad y Consumo, pp. 161-174.

SEOANE, M. (1984)c Consideraciones generales sobre la estadística médica. En: LOPEZ PIÑERO, J.M. M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, M^o. de Sanidad y Consumo, pp. 187-212.

SIC UTILISSIMUN quod melius (1820) En: PIQUER, J.A. *Memoria premiada por la Suprema Junta General de Caridad escrita por ...* Madrid, Imprenta de Burgos, pp. 153-156.

VARELA Y ESCOBAR, Manuel; MARTEL Y TORRES, Antonio T. (1892) *Bosquejo histórico de la muy noble y muy leal ciudad de Ecija* [formado desde sus primitivos tiempos por el presbítero D. Manuel Varela y Escobar, continuado desde la invasión francesa hasta la publicación de las Ordenanzas Municipales de esta Ciudad por el Letrado D. A. T. Martel y Torres]. Ecija, Imprenta de Juan de los Reyes, 352 pp.

VEGA REY, L. (1885) *Pobreza y mendicidad (Estudio crítico filosófico-social)*. Madrid, Imp. de Enrique Teodoro, 65 pp.

VILLENEUVE-BARGEMONT, Alban de [Vizconde] (1852-53) *Economía política cristiana o investigaciones sobre la naturaleza y las causas del pauperismo en Francia y en Europa y sobre los medios de socorrerlo y de prevenirlo*. 5 vols., Madrid, Imp. de la Esperanza, a cargo de D.A. Pérez Dubrull.

WARD, B. (1779) *Proyecto económico en que se proponen varias providencias, dirigidas a promover los intereses de España, con los medios necesarios para su planificación.* [Incluye al final *Obra Pía. Medio de remediar la miseria de la gente pobre de España.*] Madrid, Joachin Ibarra, Impresor de Cámara, XXVIII + 400 pp.

11.2. LITERATURA CRITICA

AGUILAR DIOSDADO, A.; GARCIA LEON, G. (1988) *Reseña histórica del Paseo de San Pablo.* Ecija, Gráficas Sol, S.A.

ALBARRACIN TEULON, A. (1969) *La asistencia médica rural en la España del siglo XIX.* *Asclepio*, 21, 35-42.

ALBARRACIN TEULON, A. (1971) *Las Asociaciones Médicas en España durante el siglo XIX.* *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 10, 119-186.

ALBARRACIN TEULON, A. (1973)a *La titulación médica en España durante el siglo XIX.* *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 12, 15-79.

ALBARRACIN TEULON, A. (1973)b *La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX.* *Asclepio*, 25, 303-316.

ALBARRACIN TEULON, A. (1974) *La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX.* *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 13, 123-204.

ALBARRACIN TEULON, A. (1985-86) *Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX.* *Dynamis*, 5-6, 269-278.

ALVAREZ JUNCO, J. (1976) *La ideología política del anarquismo español (1869-1910).* Madrid, Siglo XXI Editores.

ALVAREZ JUNCO, J. (1986) La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones. En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI Edit., pp. 147-154.

ALVAREZ URIA, F. (1983) *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona, Tusquet Editores, S.A.

ALVAREZ URIA, F. (1986) Caridad, economía y asistencia en la España del siglo XIX. En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI de España, Ed., pp. 128-130.

APARICIO SIMON, J. (1956) *Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid*. Madrid, Aguilar.

ARRIZABALAGA, J. (1987-88) La teoría de la ciencia de Ludwig Fleck (1896-1961) y la historia de las enfermedades. *Dynamis*, 7-8, 473-481.

ARTOLA GALLEGO, M. (1983) *La burguesía revolucionaria (1808-1874)*. 9ª ed., Madrid, Alianza Editorial, S.A.

ARTOLA GALLEGO, M. (1978) La España de Fernando VII. En: *Historia de España* (dir. Ramón Menéndez Pidal). 2ª ed., Vol. 32, Madrid, Espasa-Calpe.

ASTRAIN GALLART, M. (1992) *La medicina del mar. Sanitarios y sanidad Naval al servicio del Rey: De Utrecht a Trafalgar (1712-1805)*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada.

BERNAL, A.M. (1972) Bourgeoisie rurale et prolétariat agricole en Andalousie pendant la crise de 1868. *Melanges de la Casa de Velazquez*, 7, 327-346.

- BERNAL, A.M. (1981)a *Hacia la formación de la Andalucía actual*. En: *Historia de Andalucía VII. La Andalucía liberal (1778-1868)*. Madrid, Cupsa Editorial-Editorial Planeta.
- BERNAL, A.M. (1981)b *Señoritos y Jornaleros: la lucha por la tierra*. En: *Historia de Andalucía VII. La Andalucía liberal (1778-1868)*. Madrid, Cupsa Editorial-Editorial Planeta, pp. 217-296.
- BURKE, M.A. (1977) *The Royal College of San Carlos. Surgery and Spanish Medical Reform in the Late Eighteenth Century*. Durhan, Duke University Press, 215 pp.
- BUSTOS RODRIGUEZ, M. (1983) *Los Cirujanos del Real Colegio de Cádiz en la encrucijada de la Ilustración (1749-1796)*. Cádiz, Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- CALLAHAN, W.J. (1978) *Caridad, sociedad y economía en el siglo XVIII. Moneda y Crédito*, nº 146 (septiembre), 65-77.
- CALLEJA FOLGUERA, M.C. (1988) *La reforma sanitaria en la España Ilustrada*. Madrid, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 393 pp.
- CARASA SOTO, P. (1985) *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid, Secretariado de Publicaciones Universidad de Valladolid.
- CARASA SOTO, P. (1987) *Pauperismo y revolución burguesa (Burgos, 1750-1900)*. Valladolid, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 666 pp.
- CASTEL, R. (1980) *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid, Ed. de la Piqueta.

CASTRO ALFIN, D. (1990) Las necesidades sociales y su cobertura: 1800-1868. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 69-100

CLAVIJO Y CLAVIJO, S. (1925) *Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada*. San Fernando, Tipografía de F. Espín Peña, 418 pp.

CLAVIJO y CLAVIJO, S. (1944). *La trayectoria hospitalaria de la Armada española*, Madrid, Instituto Histórico de la Marina.

COLEMAN, W. (1984) *Death is a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Londres, The University of Wisconsin Press.

COMELLES i ESTEBAN, J.; DAURA i MATEU, A.; ARNAU i OLIVE; MARTIN GONZALEZ, F. (1991) *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls, Institut d'Estudis Vallencs, 413 pp.

CRUZ MARTINEZ, R. (1990) La frustración de un sistema unificado de seguros sociales: la República y la Guerra Civil. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*, Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 361-394.

CUESTA BUSTILLO, J. (1988) *Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración*. [Los seguros sociales en la España del siglo XX, vol. 2], Madrid, M^o. de Trabajo y Seguridad Social, 922 pp.

CUESTA BUSTILLO, J. (1990) El proceso de expansión de los seguros sociales obligatorios. Las dificultades. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*,

Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 287-320.

- CHATFIELD, C. (1984) *The Analysis of Time Series: An Introduction*. 3ª. ed., Londres, Chapman and Hall, 286 pp.
- DANON, J. (1978) *Visió històrica de l'Hospital general de Santa Creu de Barcelona*, Barcelona, Fundació Salvador Vives Casajuana.
- ELIAS, N. (1987) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México, Fondo de Cultura Económica, 581 pp.
- ESTRADA CARRILLO, Vicente (1988). *El Hospital de Nuestro Padre Jesús Nazareno de Luque*, Córdoba, Excma. Diputación Provincial.
- FAURE, O. (1990). The social history of health in France: a survey of recent developments. *Social History of Medicine*, 3, 437-452.
- FERNANDEZ DOCTOR, Asunción (1987) *El Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia en el siglo XVIII*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.
- FERRER, D. (1983). *Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz*. 2ª ed., Cádiz, Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- FLOUD, R. (1975) *Métodos cuantitativos para historiadores*. Madrid, Alianza Editorial, 237 pp.
- FONTANA, J. (1983) *Cambio económico y actitudes políticas en la España del siglo XIX*. 5ª ed., Barcelona, Ed. Ariel, 213 pp.

- FOUCAULT, M. (1980) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 7ª. ed., México, siglo XXI eds., 293 pp.
- FOUCAULT, M. (1986) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*, 13ª. ed., Madrid, Siglo XXI de España Editores, S.A., 314 pp.
- GARCIA GUERRA, D. (1980). El hospital real de Santiago en el siglo XVIII. Aspectos del ejercicio médico. *Asclepio*, 32, 211-228.
- GARCIA GUERRA, D. (1983) *El Hospital Real de Santiago (1499-1804)*. La Coruña, Fundación Pedro Barrié de la Maza.
- GARZON GARZON, Juan M. (1985). *El Real hospital de Madrigal*, Avila, Excma. Diputación Provincial.
- GÖCKENJAN, G. (1985) *Kuiriesen und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen welt*. Frankfurt a. M., Suhrkamp.
- GRANJEL, L.S. (1972) Legislación sanitaria española del siglo XIX. *Cuad. Hist. Med. Esp.*, 11, 255-308.
- GRANJEL, L.S. (1979) *La Medicina española del siglo XVIII*. Salamanca, Ed. Universidad de Salamanca, 285 pp.
- GRANJEL, L. S.; GOTI ITURRIAGA, J. L. (1983) *Historia del Hospital de Basurto*, Bilbao, Santo Hospital civil de Basurto.
- GRANSHAW, L.; PORTER, R. (eds.) (1989) *The hospital in history*. London, Routledge, 273 pp.

- HERR, R. (1971) *Hacia el derrumbe del Antiguo Régimen: Crisis fiscal y desamortización bajo Carlos IV. Moneda y Crédito*, nº118, (septiembre), pp. 37-100.
- HERR, R. (1974) *El significado de la desamortización en España. Moneda y Crédito*, nº 131, (diciembre).
- HILDRETH, M.L. (1987) *Doctors, Bureaucrats and Public Health in France, 1888-1902*. New York-London, Garland Publ. Ing.
- HIMMELFARB, G. (1988) *La idea de pobreza. Inglaterra a principios de la era industrial*. México, Fondo de Cultura Económica
- HONT, I.; IGNATIEFF, M. (1983) *Needs and justice in the Wealth of Nations: an introductory essay*. En: *Wealth and Virtue. The Shaping of Political Economy in the Scottish Enlightenment*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1-44.
- IBORRA, P. (1885-86) *Memoria sobre la institución del Real Protomedicato*. [Repr. facsimilar por J. Riera, *Historia del Protomedicato en España (1477-1822)*. Valladolid, Universidad de Valladolid, 1977].
- IMHOF, Arthur E. (1977). *The hospital in the 18th century: for whom? The Charité Hospital in Berlin, the Navy Hospital in Copenhagen, the Kongsberg Hospital in Norway*. En: *The Medicine Show. Patients, physicians and the perplexities of the health revolution in modern society*. (P. Branca, ed.), New York, Science History Publications, pp. 141-163.
- JETTER, D. (1976) *Das Krankenhaus: Geschichte und Gliederung*. En: *Handbuch der Sozialmedizin* (M. Blohmke et al., eds.), Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, vol. 3, pp. 317-323.
- JETTER, D. (1977) *Grundzüge der Krankenhausgeschichte 1800-1900*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

- JETTER, D. (1966-1987) *Geschichte des Hospitals*, 6 vols., Stuttgart
- JIMENEZ DE SALAS, M. (1958) *Historia de la Asistencia social en España en la edad Moderna*. Madrid, C.S.I.C., 372 pp.
- JIMENEZ DE SALAS, M. (1972) Beneficencia. En: *Diccionario de Historia Eclesiástica de España*. Madrid, C.S.I.C., vol. 1
- KEEL, O. (1985) The politics of health and the institutionalization of clinical practices in Europe in the second half of the Eighteenth Century. En: Bynum, W.F.; Porter, R. (eds.) *William Hunter and the eighteenth Century medical World*. Cambridge, C.U.P., 207-256.
- KRAUSE, M. (1990) La legislación sobre beneficencia y su práctica en el cambio de siglo. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 193-238.
- LABISCH, A. (1979-80). Krankenhauspolitik in der Krankenhausgeschichte. *Historia Hospitalium*, H. 13, 217-233.
- LABISCH, A. (1985) Doctors, workers and the scientific cosmology of the industrial world: The social construction of "Health" and the "Homo Hygienicus". *Journal of Contemporary History*, 20, 599-615.
- LOPEZ ALONSO, C. (1986) Memoria introductoria. En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI, pp. 9-37.
- LOPEZ ALONSO, C. (1988) *Locura y sociedad en Sevilla. Historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*. Sevilla, Diputación Provincial, 329 pp.

- LOPEZ ALONSO, C. (1990) La asistencia social en la España del Antiguo Régimen. La acción pública no estatal. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid, Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 27-66.
- LOPEZ PIÑERO, J.M. (1964), El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial. En: *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, pp. 109-208.
- LOPEZ PIÑERO, J.M. (1984) M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 239 pp.
- LOPEZ KELLER, E. (1990) Hacia la quiebra de la mentalidad liberal: las resistencias al cambio. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*. Madrid, Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 137-160.
- MACIAS DELGADO, J. (1987), Los apuntes sobre el bien y el mal de España. Notas para la Historia del pensamiento económico español. *Moneda y Crédito*, nº 183, (diciembre), 47-75.
- MARTINEZ CUADRADO, M. (1985) *La burguesía conservadora (1874-1931)*. *Historia de España* Alfaguara VI. 7ª. ed. (OJO), Madrid, Alianza editorial.
- MARTINEZ PEREZ, J. (1989) *La Medicina Legal en la enseñanza Médico-Quirúrgica de la Ilustración*. Madrid, Editorial de la Universidad Complutense de Madrid, 665 pp.
- MARTINEZ QUINTEIRO, E. (1990) El nacimiento de los seguros sociales, 1900-1918. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*. Madrid, Centro

de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 241-286.

MARX, K. (1984) La producción de la plusvalía relativa. En: *El Capital. Crítica de la Economía política*, 2ª ed. (esp.), 18ª reimp., vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 250-422.

MAZA ZORRILLA, E. (1985) *Valladolid, sus pobres y la respuesta institucional (1750-1900)*, Valladolid, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Valladolid.

Mc KEOWN, T. (1976) *The modern rise of population*, London, Edward Arnold

MENENDEZ NAVARRO, A. (1990) El Real Hospital de Mineros de Almadén. Génesis y florecimiento de un proyecto asistencial (1752-1809). *Dynamis*, 10, 93-130.

MENENDEZ NAVARRO, A. (1992) *La salud de los mineros. Riesgos ocupacionales y asistencia sanitaria en las minas de mercurio de Almadén, 1750-1900*. Tesis Doctoral, Universidad de Granada.

MERCADER RIBA, J.; DOMINGUEZ ORTIZ, A.; HERNANDEZ SANCHEZ-FARBA, M. (1971) *Historia de España y América. Burguesía industrialización y obrerismo. Los Borbones del siglo XVIII en España y América* (dirigida por J. Vicens Vives). Tomo IV, 2ª ed., Barcelona, Ed. Vicens-Vives,

MIQUEL PARELLADA, José M.; SANCHEZ REAL, José (1959) *Los hospitales de Tarragona*, Tarragona, Excma. Diputación Provincial.

MONTERO GARCIA, F. (1988) *Orígenes y antecedentes de la previsión social*. [Los seguros sociales en la España del siglo XX,

vol. 1]. Madrid, M^o. de Trabajo y Seguridad Social, 344 pp.

MORALES MOYA, A. (1987) Política social. En: *Historia de España. La Epoca de la Ilustración. vol.I. El Estado y la Cultura (1759-1808)*. [Fundada por Ramón Menéndez Pidal; Dirigida por José María Jover Zamora] Tomo XXXI, Madrid, Espasa Calpe, pp. 249-296.

MUÑOZ GARRIDO, R. (1967) *Ejercicio legal de la Medicina en España*. Salamanca, ediciones del Seminario de Historia de la Medicina española.

MUÑOZ MACHADO, S. (1975) *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos.

MURKEN, Axel H. (1988) *Von Armenhospital zum Grossklinikum. Die Geschichte des Krankenhaus vom 18. Jarhundert bis zum Gegenwart*. Köln, DuMont Buchverlag.

NADAL, J. (1971) *La Población española (Siglos XVI A XX)*. 2^a. ed., ed. Ariel, 239 pp.

NADAL, J. (1986) *El fracaso de la Revolución industrial en España, 1814-1913*. Barcelona, Ed. Ariel, 314 pp.

OJEDA MARTIN, M. (1988) *Inventario del Archivo Municipal de Ecija*. Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla, 396 pp.

ORTIZ GOMEZ, T. (1987) *Médicos en la Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer*. Granada, Fundación Averroes, 281 pp.

ORTIZ GOMEZ, T.; VALENZUELA, J.; RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1991) *Etica y profesión en la medicina española del siglo XIX: los Elementos de moral médica (1831) de Félix Janer (1781-*

1865). En: *Actas del IX Congreso Nacional de Historia de la Medicina* (Zaragoza, 21,22 y 23 de septiembre de 1989), Zaragoza, Univesidad de Zaragoza, Secretariado de publicaciones, tomo I, pp. 291-302.

ORTIZ GOMEZ, T.; QUESADA OCHOA, C.; ASTRAIN GALLART, M. (1991) Los profesionales sanitarios en el Antiguo Reino de Granada a través del Catastro de Ensenada (1751-1754). En: *ACTAS del 2º Congreso Internacional de Historia de Anadlucía. Granada-Córdoba, abril de 1991, (en prensa).*

PALACIO MORENA, J.I. (1988) *La institucionalización de la reforma social en España (1883-1924). La Comisión y el Instituto de Reformas Sociales.* Madrid, Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.

PALOMEQUE, M.C. (1980) *Derecho del trabajo e ideología.* Madrid, Akal Editor, 122 pp.

PELLING, M. (1983) *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865.* Oxford, Oxford University Press, 342 pp.

PEREZ MOREDA, V. (1980) *La crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX.* Madrid, Siglo XXI Eds., 526 pp.

PEREZ GARZON, J.S. (1980) *La revolución burguesa en España: los inicios de un debate científico, 1966-1979.* En: *Historiografía española contemporánea. X Coloquio del Centro de Investigaciones Históricas de la Universidad de Pau. Balance y resumen.* Manuel Tuñón de Lara (dir.). Madrid, Siglo XXI de España, Ed., pp. 91-138.

PEREZ LEDESMA, M. (1986) *La Comisión de Reformas Sociales y la cuestión social durante la Restauración.* En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social.* Madrid, Siglo XXI Edit., pp. 155-165.

- PESET, M.; PESET, J.L. (1972) *Muerte en España (Política y Sociedad entre la Peste y el Cólera)*. Madrid, Seminarios y Ediciones, S.A.
- PESET, M.; PESET, J.L. (1974) *La universidad española (siglos XVIII-XIX). Despotismo ilustrado y revolución liberal*, Madrid, Taurus ediciones, S.A.
- RICO-AVELLO, C. (1969) *Historia de la sanidad española, 1900-1925*. Madrid, imp. E. Giménez, 402 pp.
- RIERA, J. (1969) Los hospitales especializados en el siglo XIX. *Asclepio*, 21, 335-343.
- RILEY, J. (1987) *The eighteenth century campaign to avoid disease*. London, The MacMillan Press, 213pp.
- RISSE, G.B. (1986) *Hospital Life in Enlightenment Scotland. Care and Teaching at the Royal Infirmary of Edinburg*. Cambridge, Cambridge University Press, 450 pp.
- RISSE, G.B. (1987) Hospital History. New sources and methods. En: *Problems and methods in the history of medicine*, Roy Porter and Andrew Wear eds., Londres, Croom Helm ltd., pp. 175-203.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1983). *El cólera de 1834 en Granada. Enfermedad catastrófica y crisis social*. Granada, Universidad de Granada.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1985-86) La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona. *Dynamis*, 5-6, 279-306.
- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1986) Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX. En: *De la Beneficencia al*

bienestar social. *Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI de España Editores, pp. 227-266.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1987-88) El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, 7-8, pp. 145-170.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1988) *La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1888-1923*. Madrid, Ministerio de Sanidad y consumo, 280 pp.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1990) La asistencia médica colectiva en España hasta 1936. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión*. Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales, pp. 321-360.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1991) La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. *Epidèmies de 1889-90 i 1918-19*. En: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut, pp. 131-156.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1992)a La estadística en la administración sanitaria española del siglo XX. En: *I Encuentro Marcelino Pascua. Estadísticas demográfico-sanitarias*. Madrid, 14 de junio de 1991. Madrid, M^o de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología, pp. 47-78.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1992)b La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. En: *II Encuentro Marcelino Pascua. Instituto de Salud Carlos III*. Madrid, 12 de junio de 1992. En prensa.

RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1992)c Industry health hazards and Medicine in Spain, 1850-1936. An approach to the medical discourse. En: *Arbeitsbedingte Gesundheitrisiken und soziale*

Sicherungen in der Geschichte. Universität Bremen, Mai 1992. En prensa.

RODRIGUEZ OCAÑA, E.; ROSADO CAMACHO, E.; MORENO RODRIGUEZ, R.M. (1985-1986) La polémica en torno a la ley de libertad de enseñanza en España, vista a través del periodismo médico (1861-1874). *Dynamis*, 5-6, 245-258.

ROSEN, G. (1949) Levels of Integration in Medical Historiography. A review. *J. Hist. Med.*, 4, 460-467.

ROSEN, G. (1951) The new history of medicine. A review. *J. Hist. Med.*, 6, 516-522.

ROSEN, G. (1958)a *A History of Public Health*. New York, M. D. Publications, 551 pp.

ROSEN, G. (1958)b Critical levels in historical process. A Theoretical exploration dedicated to Henry Ernest Sigerist. *J. Hist. Med.*, 13, 179-185.

ROSEN, G. (1963) The Hospital: Historical Sociology of a Community Institution. En: *The Hospital in modern Society*. Freidson, E. (ed.), London, The Free Press of Glencoe, pp. 1-36.

ROSEN, Georges (1985)a. Los hospitales, la atención médica y la política social en la Revolución francesa. En: *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, Siglo XXI editores, pp. 254-283.

ROSEN, G. (1985)b El cameralismo y el concepto de policía médica. En: *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI ed., pp. 138-162.

- ROSENBERG, Charles E. (1979). Inward vision and outward glance. The shaping of the American hospital, 1880-1914. *Bull. Hist. Med.*, 53, 346-391.
- RUMEU DE ARMAS, A. (1944) *Historia de la previsión social en España. Cofradías-Gremios-Hermandades-Montepíos*. Madrid, Revista de Derecho Privado, 709 pp.
- SALMON, F.; GARCIA BALLESTER, L.; ARRIZABALAGA, J. (1990) *La Casa de Salud Valdecilla. Origen y antecedentes*. Santander, Universidad de Cantabria- Asamblea Regional de Cantabria.
- SAMANIEGO MONEU, M. (1988) *La unificación de los seguros sociales a debate. La Segunda República*. [Los seguros sociales en la España del siglo XX, vol. 3] Madrid, M^o. de Trabajo y Seguridad Social, 538 pp.
- SANCHEZ JIMENEZ, J. (1984) La población, el campo y las ciudades. En: *Historia de España. Los comienzos del siglo XX. La población, la economía, la sociedad (1898-1931)*. [Fundada por Ramón Menéndez Pidal; Dirigida por José María Jover Zamora] Tomo XXXVII, Madrid, Espasa Calpe, pp. 175-436.
- SARRAILH, J. (1957) *La España Ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII*. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- SCHIFFCZYCK, D. (1985) *Die intellektuelle Revolution im europäischen Krankenhausbau um 1800*. Bern, P. Lang.
- SHERWOOD, J. (1988) *Poverty in Eighteenth-Century Spain. The women and children of the Inclusa*. Toronto, University of Toronto Press.
- SIMON SEGURA, F. (1976) Aspectos del nivel de vida del campesinado español en la segunda mitad del siglo XIX. La alimentación. *Económicas y Empresariales*, 3, 133-149.

- SOUBERYROUX, J. (1980) Pauperismo y relaciones sociales en el Madrid del siglo XVIII (I). *Estudios de Historia Social*, 12-13, pp. 7-228.
- SOUBEYROUX, J. (1982) El encuentro del pobre y la sociedad: asistencia y represión en el Madrid del siglo XVIII. *Estudios de historia social*, 20-21, 7-226.
- SOURNIA, J.-Ch. (1989) *La médecine révolutionnaire (1789-1799)*. Paris, Editions Payot.
- TRINIDAD FERNANDEZ, P. (1986) Asistencia y previsión social en el siglo XVIII. En: *De la beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid, Siglo XXI ed.
- TRINIDAD FERNANDEZ, P. (1990) Trabajo y pobreza en la primera industrialización. En: *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*. Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 131-136.
- TUÑÓN DE LARA, M. (1977) *Medio siglo de cultura española, 1885-1936*. Madrid, Tecnos.
- USANDIZAGA SORALUCE, M. (1964). *Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona 1760-1843*, Barcelona, Instituto Municipal de Historia.
- USANDIZAGA, M. (1948) *Historia del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid (1787-1828)*. Madrid, CSIC
- VANZAN MARCHINI, I. Eli-Elena (1991). Italian scholars and the social history of medicine. *Social History of Medicine*, 4, 103-116.
- VICENS VIVES, J.; NADAL, J.; ORTEGA, R. (1971) Los siglos XIX y XX. En: *Historia de España y América*, vol. 5, J. Vicens

Vives (ed.). 2ª ed., Barcelona, Ed. Vicens-Vives, pp. 8-513.

VICENS VIVES, J. (1974)a Coyuntura económica y reformismo burgués. En: *Coyuntura económica y reformismo burgués y otros estudios de historia de España*. 4ª ed., Barcelona, Ed. Ariel, pp. 17-58.

VICENS VIVES, J. (1974)b La industrialización y el desarrollo económico de España de 1800 a 1936. En: *Coyuntura económica y reformismo burgués y otros estudios de historia de España*. 4ª. ed. Barcelona, Ed. Ariel, pp. 143-156

VILLACORTA BAÑOS, F. (1989) *Profesionales y Burócratas. Estado y poder corporativa en la España del siglo XX, 1890-1923*. Madrid, Siglo XXI Eds. S.A.

VILLOTA VILLOTA, F. (1987) Un bosquejo del sistema sanitario español (1800-1987). *Moneda y Crédito*, nº 183, 25-46.

12. APENDICE ESTADISTICO

TABLA A.1

SERIES MENSUALES DE INGRESOS, ESTANCIAS, ALTAS Y MUERTES EN EL HOSPITAL DE S. SEBASTIAN (1837-1942). PRECIOS DEL TRIGO (1838-1900).

AÑO	MES	INGRESOS	ESTANCIAS	ALTAS	MUERTES	PRECIO TRIGO
1837	1					
	2					
	3	19	108	4	1	
	4	17	535	17	2	
	5	18	394	18	2	
	6	23	329	23	3	
	7	19	284	9	3	
	8	13	289	20	0	
	9	20	331	15	2	
	10	21	610	12	3	
	11	17	555	16	4	
	12	20	531	14	3	
1838	1	18	403	16	1	44,2
	2	14	332	12	7	41,7
	3	32	549	22	2	41,7
	4	20	714	21	5	45,3
	5	28	571	14	6	47,8
	6	22	459	26	2	43,8
	7	29	554	21	1	44,4
	8	25	617	21	6	36,9
	9	32	554	26	2	38,9
	10	35	872	18	4	42,1
	11	18	810	25	2	43,9
	12	20	524	22	4	43,8
1839	1	19	521	16	2	43,4
	2	16	491	8	4	44,4
	3	19	698	11	3	40,9
	4	24	741	25	0	35,3
	5	17	592	25	1	32,6
	6	15	535	12	3	29,8
	7	17	426	17	2	29,9
	8	20	534	11	4	30,1
	9	11	496	9	3	31,1
	10	8	397	7	6	30,7
	11	16	470	5	4	30,7
	12	19	658	17	2	30,4
1840	1	6	510	5	1	31,4
	2	13	467	3	0	31,6
	3	17	623	11	2	30,5
	4	21	738	17	1	32,6
	5	11	727	17	4	34,2
	6	18	445	16	5	30,3
	7	11	421	13	1	34,6
	8	12	355	9	4	34,7
	9	10	358	5	2	33,9
	10	11	480	6	4	34,9

	11	7	460	3	1	32,9
	12	6	487	6	4	31,6
1841	1	9	391	6	5	30,5
	2	5	361	3	1	30,5
	3	10	398	4	2	31,9
	4	12	454	10	4	32,6
	5	9	380	5	7	34,6
	6	11	301	11	2	32,1
	7	10	299	8	3	32,8
	8	8	310	5	0	33,8
	9	11	355	8	2	33,4
	10	15	491	5	4	34,8
	11	13	530	15	1	34,5
	12	12	453	11	3	34,5
1842	1	19	410	12	2	36,6
	2	10	391	11	3	35,6
	3	8	351	6	1	38,4
	4	28	727	12	1	41,1
	5	12	761	16	3	37,1
	6	14	514	22	0	37,4
	7	25	489	18	4	36,8
	8	19	557	14	2	38,8
	9	24	610	17	6	37,5
	10	29	732	23	3	38,5
	11	18	579	22	2	39,6
	12	16	448	6	8	39,5
1843	1	6	357	12	5	38,9
	2	17	473	5	1	37,7
	3	7	461	10	3	36,9
	4	29	631	6	1	33,6
	5	9	954	13	0	29,5
	6	13	556	25	3	30,5
	7	13	350	10	6	27,6
	8	18	440	10	2	27,6
	9	12	365	14	2	28,9
	10	24	552	8	2	28,4
	11	18	849	12	2	34,4
	12	14	557	21	5	29,7
1844	1	18	74	9	7	32,2
	2	11	582	7	2	35,8
	3	6	499	9	1	36,3
	4	28	830	8	1	32,5
	5	11	873	19	2	29,5
	6	10	549	18	2	29,7
	7	19	559	9	2	28,2
	8	16	736	14	3	28,6
	9	12	543	10	4	29,6
	10	29	930	10	0	29,6
	11	13	989	15	2	29,5
	12	11	747	21	4	29,9
1845	1	5	475	7	3	27,9
	2	7	445	3	1	28,5
	3	7	490	6	2	26,5
	4	16	685	5	5	26,5
	5	13	816	14	0	26,5
	6	20	693	17	2	24,9

	7	17	657	12	5	23,6
	8	9	508	15	3	23,6
	9	20	434	15	1	22,1
	10	23	599	12	3	23,7
	11	18	734	20	5	23,7
	12	14	583	9	5	26,7
1846	1	16	605	14	1	26,8
	2	14	561	6	2	26,7
	3	9	591	9	5	25,0
	4	19	643	4	1	24,2
	5	10	871	12	2	25,2
	6	14	745	10	5	26,8
	7	16	769	20	3	31,4
	8	20	590	11	2	35,7
	9	29	765	20	4	36,7
	10	27	824	18	4	39,8
	11	28	978	15	7	44,2
	12	16	852	24	2	42,2
1847	1	23	901	9	6	42,3
	2	21	880	8	9	45,8
	3	17	1066	18	2	57,4
	4	46	990	23	8	65,4
	5	46	1469	37	10	73,1
	6	58	1556	48	6	57,3
	7	50	1514	55	5	44,7
	8	34	1025	29	5	46,1
	9	28	914	33	4	45,4
	10	39	1299	26	2	47,4
	11	42	1116	37	6	51,4
	12	26	939	26	13	57,7
1848	1	29	768	14	8	57,1
	2	32	1022	20	6	52,3
	3	25	1118	16	6	50,9
	4	32	1334	28	3	41,2
	5	18	922	26	1	35,9
	6	34	920	31	4	34,8
	7	25	795	23	8	29,6
	8	26	776	21	4	30,5
	9	21	662	13	7	30,0
	10	38	1048	15	9	31,5
	11	46	1197	31	7	31,1
	12	23	1160	30	4	32,7
1849	1	33	1049	21	9	32,4
	2	24	1009	25	3	36,5
	3	11	802	18	3	40,4
	4	14	621	16	0	34,1
	5	41	1312	19	3	30,2
	6	18	1080	35	2	30,4
	7	27	853	17	1	30,3
	8	22	835	16	4	29,6
	9	36	954	25	5	31,4
	10	53	1611	32	6	31,1
	11	39	1585	31	11	29,4
	12	36	1262	36	8	29,5
1850	1	28	1154	27	6	
	2	28	1033	13	4	

	3	13	1194	20	9	
	4	28	916	16	2	
	5	27	1040	28	6	
	6	40	953	35	3	
	7	39	1036	30	4	
	8	37	1233	25	5	
	9	14	889	22	6	
	10	52	1238	26	9	
	11	46	1269	42	8	
	12	22	1110	26	7	
1851	1	37	969	26	6	
	2	27	1066	14	4	
	3	23	1217	28	3	
	4	42	1014	21	6	
	5	31	1690	23	7	
	6	17	1027	41	6	
	7	24	655	19	4	
	8	37	821	27	3	
	9	43	906	30	2	
	10	59	1685	43	4	
	11	53	1402	56	9	
	12	36	1228	39	6	
1852	1	42	1025	19	11	
	2	32	1099	30	8	
	3	32	1238	28	5	
	4	48	1183	22	9	
	5	42	1583	44	5	
	6	43	1115	44	5	
	7	43	1114	34	11	
	8	46	1208	34	5	
	9	34	1119	43	6	
	10	75	1653	44	7	
	11	46	1500	52	7	
	12	40	1137	34	12	
1853	1	30	956	24	7	
	2	25	876	17	7	
	3	33	1080	20	10	
	4	40	1568	22	4	
	5	23	1343	28	9	
	6	31	960	30	5	
	7	33	941	39	4	
	8	28	898	26	7	
	9	30	746	26	11	
	10	51	1188	26	9	
	11	37	1228	37	5	
	12	23	841	27	7	
1854	1	40	879	21	10	38,1
	2	27	854	16	7	44,2
	3	23	967	21	7	48,3
	4	42	1163	20	8	46,6
	5	35	1324	29	3	37,2
	6	25	1079	42	0	33,1
	7	33	801	37	3	30,5
	8	33	793	22	6	31,6
	9	23	749	27	8	29,9
	10	32	654	11	6	30,4

	11	30	1027	22	4	35,0
	12	20	773	24	12	37,6
1855	1	30	708	17	3	42,0
	2	14	561	21	4	38,8
	3	18	612	11	3	38,1
	4	18	636	16	1	37,2
	5	19	748	12	4	34,3
	6	18	557	27	2	33,4
	7	29	557	18	6	34,1
	8	36	651	23	9	36,8
	9	42	827	27	10	40,5
	10	46	877	32	12	43,3
	11	27	875	27	3	42,4
	12	16	858	18	2	43,5
1856	1	16	749	14	2	48,7
	2	19	688	18	1	48,5
	3	13	634	13	3	48,8
	4	12	692	10	1	53,0
	5	17	642	16	4	56,9
	6	24	580	19	4	60,4
	7	36	654	29	4	67,8
	8	42	776	31	5	68,8
	9	38	811	40	6	67,0
	10	45	929	22	10	74,6
	11	46	1015	37	11	83,7
	12	42	1012	32	12	88,8
1857	1	30	895	25	6	95,3
	2	26	881	20	2	94,3
	3	30	906	23	7	83,4
	4	10	693	23	1	82,6
	5	22	616	17	3	86,3
	6	48	1183	26	4	78,5
	7	38	1120	37	10	55,9
	8	36	883	23	7	60,2
	9	30	1094	25	7	62,4
	10	67	1518	43	8	61,9
	11	50	1578	39	7	54,4
	12	37	1334	44	9	49,5
1858	1	19	1049	17	12	51,3
	2	19	765	17	5	49,0
	3	21	747	14	8	44,7
	4	18	795	11	2	43,7
	5	33	1207	20	1	41,4
	6	20	970	28	3	40,8
	7	39	943	34	6	43,3
	8	42	1120	24	6	43,1
	9	36	1156	36	5	42,3
	10	52	1367	40	6	43,6
	11	26	1199	21	10	40,8
	12	27	977	34	4	42,8
1859	1	29	921	16	7	46,5
	2	19	887	15	6	47,4
	3	18	878	11	7	50,0
	4	17	830	17	3	57,0
	5	33	971	19	6	53,2
	6	23	772	40	3	55,1

	7	25	537	18	2	55,4
	8	17	593	16	2	53,5
	9	30	690	17	7	51,7
	10	38	1111	20	6	58,4
	11	36	1217	34	8	63,1
	12	25	703	26	3	65,4
1860	1	15	654	16	9	60,5
	2	19	554	12	3	59,5
	3	14	608	14	5	58,9
	4	28	620	8	5	52,0
	5	22	1039	20	1	48,8
	6	41	950	41	4	44,7
	7	26	787	27	3	41,1
	8	23	772	25	4	45,0
	9	28	736	16	6	49,1
	10	45	1303	13	6	51,0
	11	30	1101	44	4	49,8
	12	34	1045	25	8	49,7
1861	1	25	1166	22	6	49,0
	2	29	940	18	7	49,2
	3	36	1097	29	5	48,6
	4	40	1286	21	6	47,5
	5	26	1472	27	4	45,6
	6	22	1036	40	1	42,4
	7	25	820	24	1	43,2
	8	53	1074	31	4	45,1
	9	28	1277	24	10	46,6
	10	54	1469	37	6	50,4
	11	38	1414	34	6	49,4
	12	29	1227	35	6	48,9
1862	1	23	1122	18	4	47,5
	2	24	1094	16	3	46,2
	3	26	1248	28	0	46,4
	4	37	1179	23	3	45,9
	5	38	1641	31	2	46,2
	6	31	1359	47	9	49,3
	7	43	1131	27	3	54,8
	8	25	1320	23	4	54,9
	9	35	1302	19	8	54,8
	10	39	1448	28	10	57,4
	11	34	1536	32	6	59,8
	12	31	1628	23	4	60,7
1863	1	27	1697	23	8	61,3
	2	15	1217	23	4	63,1
	3	22	1368	9	3	63,3
	4	18	1421	18	3	72,0
	5	22	1484	19	3	64,4
	6	27	1544	18	4	54,9
	7	34	1664	34	7	45,6
	8	24	1276	24	1	47,1
	9	33	1364	17	1	48,0
	10	36	1756	34	2	48,2
	11	30	1583	37	5	47,5
	12	36	993	27	7	49,2
1864	1	38	1282	21	7	51,1
	2	32	1294	27	6	51,0

	3	24	1386	23	2	48,2
	4	30	1341	28	3	45,1
	5	37	1462	33	6	39,2
	6	50	1420	56	4	39,4
	7	26	1334	27	5	43,2
	8	46	1448	32	6	43,6
	9	34	1279	30	5	42,6
	10	38	1557	24	4	41,4
	11	37	1690	28	6	40,3
	12	34	1644	29	6	39,7
1865	1	27	1628		9	43,0
	2	27	1393		5	43,3
	3	39	1603		6	42,2
	4	28	1702		1	42,1
	5	38	1657		3	40,4
	6	32	1571		8	40,3
	7	38	1472		4	41,2
	8	33	1377		3	41,4
	9	40	1191		4	42,2
	10	46	1872		4	42,9
	11	28	1671		9	42,2
	12	30	1499		9	45,5
1866	1	38	1692		7	47,4
	2	31	1453		3	48,5
	3	24	1573		3	49,9
	4	37	1689		4	49,9
	5	33	1843		3	49,1
	6	33	1603		1	50,6
	7	40	1885		4	45,6
	8	45	1701		1	43,5
	9	46	1709		6	41,7
	10	66	2065		3	44,1
	11	47	2110		7	47,0
	12	48	1788		11	50,2
1867	1	57	1921		15	53,5
	2	23	1521		5	54,9
	3	40	1618		8	56,8
	4	62	1682		8	56,9
	5	54	2029		7	64,9
	6	55	1761		4	56,6
	7	51	1632		4	59,7
	8	50	1621		4	64,8
	9	55	1752		9	75,3
	10	57	1902		16	76,6
	11	61	2104		4	85,8
	12	53	2134		7	89,8
1868	1	35	2204		5	89,7
	2	43	2053		3	90,9
	3	43	2069		7	99,0
	4	46	1912		4	87,3
	5	56	2020		6	76,8
	6	70	2067		10	63,2
	7	57	2273		11	64,0
	8	62	2099		9	62,3
	9	57	1995		10	59,6
	10	66	2281		4	56,7

	11	74	2283	9	57,5
	12	55	2298	7	57,7
1869	1	48	2094	7	57,9
	2	40	1950	6	53,8
	3	54	2477	3	53,9
	4	57	2517	11	58,8
	5	58	2382	6	56,6
	6	51	2204	7	45,8
	7	49	2308	7	44,9
	8	48	2031	9	46,7
	9	61	1957	4	47,1
	10	62	2161	12	47,9
	11	51	2022	11	51,1
	12	36	1618	10	53,5
1870	1	42		10	54,1
	2	13		9	55,6
	3	14		3	50,2
	4	16		3	49,4
	5	26		1	50,2
	6	45		5	46,1
	7	47		3	46,0
	8	34		7	51,6
	9	28		3	48,4
	10	38		8	50,3
	11	45		7	53,0
	12	33		13	51,2
1871	1	28		10	52,4
	2	15		3	55,9
	3	19		4	56,9
	4	31		3	49,8
	5	32		3	45,5
	6	41		2	40,2
	7	24		3	37,1
	8	24		5	36,6
	9	16		3	36,0
	10	25		4	36,2
	11	27		5	34,3
	12	29		6	37,1
1872	1	20		5	35,5
	2	20		1	35,0
	3	24		6	35,0
	4	26		4	34,1
	5	13		2	30,1
	6	30		2	28,0
	7	30		2	28,0
	8	14		4	31,0
	9	27		2	29,5
	10	31		8	30,4
	11	36		8	31,5
	12	30		5	34,9
1873	1	25		3	33,6
	2	25		3	33,0
	3	21		3	31,4
	4	28		5	30,4
	5	27		4	29,2
	6	23		1	30,7

	7	47	3	32,8
	8	34	5	34,7
	9	31	4	34,2
	10	28	11	35,5
	11	20	7	35,8
	12	28	10	37,4
1874	1	17	6	37,0
	2	29	3	37,0
	3	17	7	42,2
	4	34	2	54,0
	5	23	3	60,0
	6	22	1	58,7
	7	30	7	62,7
	8	21	4	64,7
	9	33	3	63,0
	10	35	6	62,0
	11	25	7	65,5
	12	18	5	62,7
1875	1	31	6	59,4
	2	21	7	58,4
	3	30	9	52,7
	4	29	4	56,0
	5	32	8	60,1
	6	36	6	53,0
	7	47	11	46,0
	8	47	7	48,7
	9	50	5	51,9
	10	44	3	53,9
	11	45	13	56,0
	12	41	13	53,6
1876	1	37	15	52,2
	2	32	7	51,0
	3	36	4	52,2
	4	56	9	52,8
	5	39	6	51,1
	6	43	6	47,2
	7	38	13	38,0
	8	42	8	38,1
	9	35	10	39,4
	10	33	13	42,1
	11	30	10	43,3
	12	52	9	45,5
1877	1	49	3	46,7
	2	36	9	49,8
	3	33	10	50,6
	4	24	5	45,7
	5	30	4	45,6
	6	38	3	41,3
	7	41	7	39,1
	8	32	7	42,0
	9	39	5	42,8
	10	36	2	42,8
	11	26	3	42,2
	12	29	7	43,3
1878	1	21	7	46,6
	2	28	3	46,5

	3	31	4	46,0
	4	27	2	48,5
	5	51	3	45,2
	6	37	8	44,9
	7	26	5	48,0
	8	32	3	49,3
	9	34	7	51,0
	10	39	12	54,0
	11	37	9	56,5
	12	38	7	58,5
1879	1	45	6	57,0
	2	35	3	59,0
	3	29	8	66,3
	4	43	3	68,5
	5	53	5	67,4
	6	59	8	60,0
	7	43	4	47,0
	8	44	5	48,0
	9	47	4	48,8
	10	51	6	50,0
	11	46	5	56,0
	12	43	2	55,5
1880	1	48	9	53,2
	2	32	4	53,5
	3	31	8	50,0
	4	32	4	41,0
	5	30	7	42,7
	6	34	5	40,8
	7	38	2	40,5
	8	25	2	41,0
	9	45	5	39,8
	10	46	6	40,5
	11	35	5	40,0
	12	47	3	40,5
1881	1	38	9	41,5
	2	32	8	42,5
	3	40	2	41,8
	4	47	2	45,3
	5	49	2	49,2
	6	58	7	47,5
	7	59	7	56,0
	8	78	4	55,0
	9	41	6	55,3
	10	57	5	56,0
	11	21	5	57,0
	12	17	7	56,0
1882	1	31	9	59,5
	2	31	8	59,5
	3	36	9	65,0
	4	18	4	72,3
	5	40	7	79,0
	6	25	5	75,0
	7	40	4	75,0
	8	37	3	69,0
	9	25	5	71,5
	10	32	6	72,5

	11	44	15	75,5
	12	37	8	73,0
1883	1	30	12	71,0
	2	35	4	63,0
	3	34	2	63,5
	4	39	8	63,0
	5	27	3	65,6
	6	48	14	55,0
	7	44	9	40,8
	8	31	3	41,0
	9	41	7	41,0
	10	41	5	42,5
	11	46	8	45,8
	12	45	5	45,0
1884	1	38	9	43,0
	2	36	1	41,8
	3	40	17	42,0
	4	35	7	41,8
	5	43	5	39,5
	6	41	7	36,0
	7	51	7	34,4
	8	25	7	37,0
	9	35	7	36,0
	10	45	5	36,5
	11	37	5	36,5
	12	35	10	37,0
1885	1	40	14	37,0
	2	34	7	36,0
	3	22	7	37,5
	4	38	1	44,8
	5	41	6	38,5
	6	48	8	41,0
	7	35	7	39,5
	8	34	3	41,8
	9	32	7	43,0
	10	26	6	44,0
	11	35	3	47,0
	12	24	3	43,3
1886	1	41	4	44,5
	2	24	4	44,0
	3	33	5	45,0
	4	30	6	42,5
	5	7	5	42,5
	6	27	4	37,5
	7	41	6	40,5
	8	24	1	39,8
	9	45	1	40,3
	10	42	5	41,0
	11	40	6	46,0
	12	43	3	47,0
1887	1	45	6	48,0
	2	34	5	48,8
	3	24	3	47,0
	4	30	5	46,5
	5	40	6	51,0
	6	54	6	45,0

	7	43
	8	40
	9	41
	10	39
	11	37
	12	27
1888	1	45
	2	36
	3	39
	4	38
	5	32
	6	46
	7	38
	8	45
	9	35
	10	44
	11	28
	12	27
1889	1	35
	2	38
	3	27
	4	32
	5	39
	6	53
	7	41
	8	40
	9	45
	10	46
	11	42
	12	34
1890	1	36
	2	30
	3	40
	4	41
	5	42
	6	41
	7	30
	8	37
	9	18
	10	33
	11	42
	12	41
1891	1	51
	2	28
	3	37
	4	45
	5	32
	6	32
	7	35
	8	27
	9	44
	10	51
	11	32
	12	19
1892	1	28
	2	29

	8	39,5
	9	40,0
	5	41,0
	7	41,5
	7	40,5
	9	41,5
10		38,5
	6	42,5
	6	44,0
	4	46,0
	6	44,5
	5	41,5
	7	39,0
	6	39,0
	5	40,0
	8	40,0
	5	44,5
	5	42,0
	8	41,5
	3	43,0
	5	49,0
	5	41,0
	3	42,0
	9	40,8
	7	40,0
	4	39,8
	7	38,5
	6	39,0
	4	41,0
	5	44,0
	6	42,5
	3	42,5
	8	42,5
	3	41,0
	10	39,8
	4	38,0
	7	39,0
	.	38,0
	1	40,5
	8	42,0
	7	43,5
	13	42,0
	9	42,5
	3	43,5
	6	44,0
	5	42,0
	9	45,5
	4	40,5
	4	42,0
	2	42,5
	9	44,0
	10	44,5
	4	45,3
	6	43,0
	1	43,0
	4	45,5

	3	39
	4	37
	5	37
	6	49
	7	59
	8	47
	9	35
	10	56
	11	57
	12	45
1893	1	55
	2	49
	3	25
	4	34
	5	43
	6	40
	7	54
	8	45
	9	42
	10	35
	11	67
	12	44
1894	1	33
	2	39
	3	28
	4	25
	5	30
	6	25
	7	41
	8	31
	9	27
	10	45
	11	50
	12	25
1895	1	34
	2	19
	3	27
	4	30
	5	33
	6	33
	7	32
	8	40
	9	50
	10	48
	11	48
	12	42
1896	1	53
	2	28
	3	34
	4	41
	5	37
	6	36
	7	40
	8	57
	9	46
	10	43

6	46,0
5	49,0
8	51,0
9	50,5
7	56,7
6	55,0
3	55,5
8	58,8
4	63,0
2	63,0
3	57,5
8	57,2
5	59,0
3	57,5
8	58,5
4	47,0
7	47,8
7	51,2
5	50,7
4	52,5
4	50,0
8	54,0
14	52,5
5	47,0
2	48,5
6	46,3
5	45,9
3	40,5
9	36,7
5	34,5
1	34,3
2	36,8
6	34,5
5	35,0
5	35,0
4	40,0
7	39,5
3	40,0
4	40,5
7	33,0
6	33,5
4	34,3
7	33,5
2	33,0
7	33,0
4	34,7
11	34,8
5	43,0
5	35,1
4	37,1
0	42,2
3	35,8
9	47,0
9	47,0
6	49,5
10	57,5

	11	43	6	54,5
	12	41	8	52,8
1897	1	47	9	57,7
	2	50	9	56,5
	3	40	6	59,8
	4	47	9	54,5
	5	50	8	59,0
	6	30	10	42,0
	7	42	8	46,0
	8	29	8	44,0
	9	38	1	48,0
	10	39	4	56,1
	11	42	16	59,5
	12	25	8	57,7
1898	1	27	7	61,0
	2	33	8	61,0
	3	31	9	61,0
	4	30	7	61,0
	5	24	7	61,0
	6	24	8	65,0
	7	20	0	5,5
	8	23	3	50,5
	9	53	7	58,5
	10	139	1	58,5
	11	132	5	60,0
	12	108	14	60,0
1899	1	34	7	59,6
	2	12	2	59,6
	3	24	6	59,1
	4	26	2	58,1
	5	9	2	58,0
	6	26	6	53,5
	7	28	3	53,1
	8	19	7	52,4
	9	26	9	50,8
	10	24	7	54,0
	11	36	5	55,5
	12	27	10	55,0
1900	1	26	3	54,8
	2	27	5	53,0
	3	28	9	54,5
	4	19	10	53,3
	5	20	4	51,5
	6	27	3	49,3
	7	35	6	52,0
	8	39	4	51,8
	9	31	2	49,8
	10	34	7	55,5
	11	19	6	55,5
	12	27	4	54,2
1901	1	21	4	
	2	21	6	
	3	25	4	
	4	18	3	
	5	19	4	
	6	14	5	

	7	28	4
	8	36	0
	9	23	4
	10	17	3
	11	24	4
	12	17	4
1902	1	26	5
	2	11	0
	3	17	1
	4	14	1
	5	11	0
	6	10	2
	7	20	3
	8	30	2
	9	21	2
	10	27	1
	11	8	4
	12	12	0
1903	1	30	2
	2	16	2
	3	25	2
	4	18	1
	5	22	5
	6	20	3
	7	9	1
	8	15	3
	9	16	3
	10	20	1
	11	24	4
	12	20	4
1904	1	21	4
	2	12	3
	3	23	3
	4	20	2
	5	28	4
	6	22	3
	7	21	3
	8	25	5
	9	29	2
	10	31	1
	11	23	2
	12	28	2
1905	1	27	7
	2	27	6
	3	17	6
	4	23	5
	5	31	2
	6	33	6
	7	28	5
	8	22	5
	9	28	3
	10	27	4
	11	16	4
	12	22	5
1906	1	26	2
	2	23	5

	3	19	4
	4	14	4
	5	18	5
	6	27	5
	7	10	4
	8	22	2
	9	18	6
	10	19	4
	11	17	9
	12	12	4
1907	1	33	2
	2	15	5
	3	20	5
	4	24	3
	5	20	3
	6	19	2
	7	15	4
	8	27	2
	9	23	1
	10	33	7
	11	28	4
	12	19	1
1908	1	17	5
	2	17	2
	3	17	5
	4	14	2
	5	14	2
	6	15	5
	7	24	4
	8	23	2
	9	18	2
	10	20	3
	11	14	2
	12	22	5
1909	1	22	2
	2	22	1
	3	35	3
	4	21	7
	5	20	5
	6	19	2
	7	27	6
	8	21	1
	9	15	5
	10	23	3
	11	33	4
	12	19	2
1910	1	22	3
	2	27	2
	3	19	2
	4	25	2
	5	22	0
	6	21	2
	7	27	4
	8	16	5
	9	21	3
	10	16	2

	11	20	4
	12	22	2
1911	1	31	3
	2	5	1
	3	20	3
	4	22	1
	5	15	3
	6	25	5
	7	19	4
	8	28	3
	9	23	0
	10	22	4
	11	22	3
	12	19	3
1912	1	22	3
	2	13	2
	3	14	6
	4	11	1
	5	5	1
	6	8	0
	7	12	2
	8	8	2
	9	12	4
	10	12	1
	11	10	3
	12	8	2
1913	1	10	2
	2	15	2
	3	26	4
	4	15	3
	5	6	4
	6	12	2
	7	12	4
	8	12	0
	9	6	1
	10	5	3
	11	22	4
	12	24	2
1914	1	23	7
	2	10	5
	3	21	4
	4	13	2
	5	19	4
	6	23	1
	7	8	1
	8	11	2
	9	19	0
	10	12	1
	11	23	6
	12	17	4
1915	1	17	2
	2	22	3
	3	19	3
	4	10	2
	5	12	2
	6	22	3

	7	15		4
	8	25		2
	9	10		0
	10	16		2
	11	24		3
	12	23		4
1916	1	22		9
	2	10		2
	3	28		1
	4	23		3
	5	20		3
	6	13		5
	7	20		2
	8	19		1
	9	30		1
	10	23		1
	11	19		2
	12	19		4
1917	1	29		4
	2	16		2
	3	26		3
	4	20		2
	5	19		3
	6	18		2
	7	28		6
	8	25		3
	9	28		6
	10	37		2
	11	33		6
	12	26		4
1918	1	25		2
	2	22	967	2
	3	16	988	3
	4	3	679	6
	5	8	519	1
	6	15	553	4
	7	19	618	6
	8	12	588	3
	9	9	564	1
	10	15	668	3
	11	26	659	8
	12	18	612	6
1919	1	14	659	4
	2	15	631	2
	3	21	715	1
	4	13	782	3
	5	23	791	3
	6	24	743	5
	7	19	763	3
	8	16	853	2
	9	7	646	0
	10	18	648	0
	11	20	711	4
	12	21	729	4
1920	1	17	715	6
	2	16	527	4

	3	21	860	6
	4	8	504	4
	5	24	580	1
	6	18	576	0
	7	35	846	1
	8	41	1083	0
	9	20	969	3
	10	24	1019	1
	11	32	1026	3
	12	37	969	7
1921	1	25	997	2
	2	17	676	3
	3	18	903	3
	4	19	886	1
	5	20	741	3
	6	25	666	2
	7	24	784	1
	8	21	687	1
	9	16	701	6
	10	20	737	3
	11	32	838	7
	12	66	1065	6
1922	1	18	956	1
	2	17	784	2
	3	24	930	5
	4	23	878	3
	5	17	838	4
	6	31	836	0
	7	17	921	1
	8	22	740	2
	9	24	718	3
	10	25	804	3
	11	31	857	3
	12	29	1062	4
1923	1	14	720	4
	2	34	730	3
	3	13	738	0
	4	16	753	1
	5	29	793	3
	6	22	738	2
	7	27	868	4
	8	30	977	4
	9	25	864	2
	10	23	817	1
	11	22	789	3
	12	34	851	5
1924	1	24	735	5
	2	22	948	2
	3	19	1007	4
	4	20	807	2
	5	26	1075	0
	6	20	1220	3
	7	27		6
	8	26		1
	9	13		1
	10	23		1

	11	25	8
	12	33	5
1925	1	21	4
	2	13	2
	3	24	3
	4	25	1
	5	26	6
	6	19	8
	7	29	5
	8	19	4
	9	16	0
	10	12	1
	11	24	3
	12	18	3
1926	1	20	4
	2	20	4
	3	14	4
	4	19	3
	5	21	2
	6	14	5
	7	23	1
	8	16	6
	9	13	2
	10	18	5
	11	25	2
	12	17	4
1927	1	20	6
	2	9	1
	3	22	7
	4	21	1
	5	16	2
	6	27	1
	7	23	3
	8	26	4
	9	21	4
	10	29	1
	11	31	5
	12	27	3
1928	1	26	1
	2	25	7
	3	23	4
	4	16	0
	5	20	2
	6	25	1
	7	28	3
	8	27	3
	9	28	2
	10	27	1
	11	29	4
	12	25	5
1929	1	25	4
	2	31	1
	3	28	1
	4	31	5
	5	32	4
	6	14	2

	7	31	5
	8	24	0
	9	18	1
	10	32	4
	11	32	0
	12	20	3
1930	1	30	4
	2	19	5
	3	17	0
	4	9	4
	5	28	1
	6	21	3
	7	24	4
	8	33	1
	9	26	2
	10	19	6
	11	27	3
	12	18	2
1931	1	32	6
	2	26	4
	3	18	6
	4	20	4
	5	18	3
	6	26	2
	7	18	6
	8	16	2
	9	20	2
	10	19	6
	11	22	3
	12	15	4
1932	1	23	5
	2	37	1
	3	25	2
	4	21	2
	5	13	4
	6	18	4
	7	28	2
	8	25	6
	9	21	2
	10	20	4
	11	21	2
	12	25	3
1933	1	27	2
	2	20	6
	3	26	4
	4	18	1
	5	20	3
	6	22	5
	7	26	3
	8	29	4
	9	24	2
	10	24	0
	11	18	0
	12	15	3
1934	1	36	10
	2	28	2

	3	32	6
	4	33	1
	5	26	3
	6	12	2
	7	18	4
	8	12	0
	9	12	5
	10	7	2
	11	6	2
	12	18	5
1935	1	11	2
	2	12	5
	3	16	3
	4	15	3
	5	13	1
	6	17	4
	7	22	0
	8	18	3
	9	19	2
	10	12	3
	11	12	3
	12	11	4
1936	1	19	3
	2	20	6
	3	25	3
	4	25	0
	5	32	4
	6	23	2
	7	1	2
	8	12	3
	9	8	7
	10	1	0
	11	3	1
	12	6	3
1937	1	5	2
	2	4	3
	3	4	2
	4	6	1
	5	6	2
	6	12	1
	7	9	3
	8	2	1
	9	0	0
	10	4	1
	11	3	0
	12	1	1
1938	1	0	1
	2	2	1
	3	4	0
	4	5	1
	5	5	2
	6	2	0
	7	9	1
	8	3	0
	9	2	0
	10	4	1

	11	3	0
	12	3	2
1939	1	2	0
	2	2	0
	3	2	0
	4	8	1
	5	7	0
	6	7	1
	7	2	0
	8	10	1
	9	16	3
	10	14	0
	11	21	3
	12	14	2
1940	1	20	3
	2	29	4
	3	26	2
	4	39	2
	5	30	5
	6	26	2
	7	26	2
	8	28	2
	9	23	7
	10	24	3
	11	24	2
	12	20	3
1941	1	43	6
	2	39	6
	3	39	5
	4	27	9
	5	46	5
	6	32	6
	7	24	3
	8	32	6
	9	32	4
	10	22	6
	11	36	9
	12	31	3
1942	1	30	6
	2	29	7
	3	29	1
	4	18	7
	5	27	3
	6	31	1
	7	26	5
	8	39	0
	9	27	2
	10	35	5
	11	32	3
	12	31	2

FUENTE: AME: libros registro de ingresos ... (1348-1369); libros de entrada y salida de fondos de beneficencia (1430-1471); Precios medios, leg. 1098, libs. 1863-1912).