

Análisis de la transición demográfica y sanitaria en Casas de Juan Núñez (Albacete, España) durante el período 1871–2005

Jaime de las Heras Salord¹
María Isabel Porras Gallo

Resumen:

Los cambios en las tasas de mortalidad y la distribución de sus causas que se asocian a la Transición Demográfica, han sido relacionados principalmente con la evolución de factores sociales, políticos, económicos y científicos. En el presente trabajo se estudia esta evolución en la población de Casas de Juan Núñez mediante análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo y en el Registro Civil. Los resultados muestran que sólo las mejoras socio-culturales y, particularmente, de la vivienda, pueden asociarse a la disminución de la mortalidad en la infancia, sobre todo por causa infecciosa. Esta circunstancia, asociada al descenso de la natalidad, constituye el principal componente de dicha Transición. La escala microsociológica de este estudio permite la aportación de informaciones novedosas, esencialmente en el ámbito de lo cualitativo.

Palabras clave: transición demográfica, transición sanitaria, causas de muerte, factores socioeconómicos, Casas de Juan Núñez (Albacete, España).

Résumé:

Les changements des taux de mortalité et de la distribution de leurs causes, liés à la Transition Démographique, ont été attribués surtout à l'évolution des facteurs sociaux, politiques, économiques et scientifiques. Dans ce travail on étudie cette évolution à la ville de Casas de Juan Núñez à l'aide des informations extraites des enquêtes de terrain et des renseignements tirés des Actes de

1 Universidad de Castilla la Mancha (Jaime.Heras@uclm.es).

l'État Civil. Les résultats montrent que seul le progrès social et, surtout, celui du logis, peuvent être liés à la chute de la mortalité à l'enfance, dont la plupart a été due à de causes infectieuses. Cette circonstance, même que la chute de la natalité, est à la base de la Transition. L'échelle microsociologique de cette étude permet l'apport d'informations nouvelles, surtout en ce qui concerne aux descriptions qualitatives.

Mots clés: Transition Démographique, Transition Sanitaire, causes de mort, facteurs socioéconomiques, Casas de Juan Núñez (Albacete, Espagne).

Abstract:

Changes in mortality rates and distribution of their causes associated with the Demographic Transition have been specially related to the evolution of social, politic, economic and scientific factors. This work studies this evolution in the village of Casas de Juan Núñez through the analysis of data from the fieldwork and the Registry Office. Our results show that only social progress and, specially, better housings can be associated with the infant mortality rates decrease, especially due to infectious causes. This circumstance joined to the birth rates decrease are the Demographic Transition basis. The micro-sociological level of this study is interesting because of its original information, fundamentally concerning the qualitative sphere.

Key Words: demographic transition, sanitary transition, death causes, socio-economic factors, Casas de Juan Núñez (Albacete, Spain).

INTRODUCCIÓN²

La reevaluación del papel desempeñado por la mortalidad en la transición demográfica y la formulación de las teorías de la transición epidemiológica y, más tarde, la de la transición sanitaria otorgaron gran protagonismo a los estudios centrados en el análisis del descenso de la mortalidad que acompañó el tránsito de un régimen demográfico tradicional a otro moderno. Desde diferentes ámbitos se prestó especial atención al análisis de la relación entre la evolución de los

2 Este trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de investigación de la Consejería de Educación y Ciencia-JCCM (PII1109-0114-0843) titulado «La asistencia antipoliomielítica en España en el siglo XX (los casos de Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha): aspectos médicos, sociales y políticos».

patrones epidemiológicos y los procesos de modernización registrados -que implicaban mejoras socio-económicas y cambios en el acceso a los servicios de salud-. Esta línea de investigación, que ha sido bastante fructífera, ha mostrado la gran complejidad del fenómeno de la transición epidemiológica y la conveniencia de seguir realizando investigaciones para un mejor conocimiento de los distintos factores implicados y de su jerarquización. Con esta finalidad se plantea esta investigación microsociológica, centrada en la localidad de Casas de Juan Núñez, que se ubica en la comarca de la Manchuela, provincia de Albacete, y cuenta en la actualidad con 1410 habitantes según datos del INE. El objetivo general de nuestro trabajo es estudiar la evolución de la mortalidad en la citada localidad albaceteña entre 1871 y 2005, prestando especial atención a los cambios registrados en las principales causas de muerte y tratando de establecer su posible relación con las modificaciones producidas en los indicadores socioeconómicos a lo largo del citado período.³ De esta manera se obtendrá un conocimiento sobre la transición demográfica en Casas de Juan Núñez y cuáles fueron los posibles factores implicados en la transición epidemiológica y sanitaria de dicha localidad y, con ello, se aportarán elementos que ayuden a hacer valoraciones más amplias.

Como es sabido, la transición demográfica no se efectuó al mismo ritmo en todos los países europeos (Dupâquier, 1998). España, como otros países del Sur de Europa, la realizó tardíamente (Vidal, 1994: 111-114), debido, en buena medida, a la desidia de sus Gobiernos en materia de Salud Pública. Las iniciativas tomadas en la segunda mitad del siglo XIX, principalmente la Ley General de Sanidad de 1855, apenas mejoraron las penosas condiciones higiénico-sanitarias.⁴ De ahí que, de las tres etapas epidemiológicas descritas por Omran en

3 En este trabajo se exponen los primeros resultados de un trabajo más amplio en curso, que dará lugar a la Tesis Doctoral «La sociedad de Casas de Juan Núñez frente a la enfermedad» de Jaime De las Heras Salord.

4 En lo que atañe a la salud en el medio rural, como se indicará más adelante, ninguna de las disposiciones comprendidas en la Ley de Sanidad de 1855 dieron su fruto. El control epidemiológico, que esa legislación encuadraba dentro del concepto de *Sanidad interior*, lejos de organizarse de forma eficaz no pasó de ser un conjunto de funcionarios de escasa cualificación y operatividad, cuya actividad y permanencia fluctuaban con los cambios políticos (Molero y Jiménez, 2000: 45-46).

1971, España se encontraba en el último tercio del siglo XIX al final de la primera, la de pestilencias y hambrunas.⁵ Sufrió todavía algunos brotes epidémicos, siendo el más importante el cólera de 1885. La creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología en 1899, tras un laborioso proceso (Porras, 1998), tampoco se acompañó de una rápida materialización de las medidas que incluía, como fue el caso de las brigadas sanitarias provinciales que tardaron en establecerse y generalizarse.⁶ Igualmente, las esperanzas de paliar el retraso sanitario con la aprobación de la Instrucción General de Sanidad en 1904, no se cumplieron.⁷ Su ejecución no satisfizo y fracasó en diversos aspectos, como la vigilancia y el control epidemiológico (Barona, 2006: 83-86). A pesar de ello, a finales del siglo XIX y principios del XX, se produjo una caída de la mortalidad en España, debido fundamentalmente a una reducción de la mortalidad infantil y juvenil. No obstante, el cambio fue muy desigual entre la sociedad rural y la urbana.⁸ La bibliografía de las últimas décadas ha tratado de desvelar las características del descenso de la mortalidad en nuestro país y de los diferentes factores implicados. Haciéndose eco del debate suscitado en torno a lo ocurrido en Europa⁹, se ha relacionado la au-

5 La segunda etapa epidemiológica es la de descenso y desaparición de las pandemias y la tercera la del predominio de las enfermedades degenerativas (Omran, 1971: 516-536). Olshansky y Ault (1986) añadieron una cuarta etapa dominada por la morbilidad y el predominio de las enfermedades degenerativas. Otros autores identifican a continuación una quinta etapa, caracterizada por la reemergencia de enfermedades transmisibles (Bernabeu-Mestre y Robles, 2000: 46). Investigaciones recientes, como la de Mckeown (2009) han cuestionado también la división de Omran.

6 En 1924, esta institución aún no existía en las provincias de Álava, Baleares, Ciudad Real, Coruña, Murcia y Navarra. (Barona Vilar, 2002: 73).

7 Las dificultades que rodearon su aprobación impidieron que adoptara el formato de Ley, teniendo que ser promulgada por Real Decreto bajo el título de Instrucción General de Sanidad. Las figuras de los inspectores municipales de Sanidad que debían crearse a partir de esa normativa apenas tuvieron realidad hasta treinta años después (Rodríguez Ocaña, 1994: 22-23).

8 Los valores de ${}_4q_1$ y q_0 eran más elevados en el medio urbano que en el rural en la segunda mitad del siglo XIX, manteniéndose así hasta 1930. En esa fecha, ${}_4q_1$ se igualaron en ambos entornos, mientras que el q_0 rural superó al valor urbano (Gómez, 1985).

9 Schofield y Reher (1994) analizan, en un trabajo ya clásico, los principales factores –mejora en la nutrición y en las condiciones socioeconómicas de la población, medidas de las Administraciones Públicas en materia de Salud Pública, avances

sencia de medidas de Salud Pública y las pobres condiciones de la vivienda con el mantenimiento de altas tasas de mortalidad. Para Muñoz Pradas (2005: 283), la mortalidad al inicio del período que se estudia habría sido determinada por factores locales (las temperaturas, la alimentación, la densidad de población y la urbanización), públicos (disponibilidad de personal sanitario y grado de alfabetización) y económicos (fluctuaciones de los precios de los cereales y porcentaje de población que trabajaba en la industria y en la agricultura). En el caso de la infancia, la mortalidad se ha explicado por una lactancia deficiente, las transgresiones alimentarias, las tasas altas de abandono de niños y la falta de escolarización (Barona, Bernabeu-Mestre y Perdiguero, 2005: 66-67). La caída de la mortalidad juvenil se ha relacionado con la implementación de medidas de higiene alimentaria (Reher, 1998: 547-548). Desde la teoría de la Transición Sanitaria habría que añadir el papel de los factores sociales y de comportamiento, como la transición de riesgos tradicionales a riesgos modernos, y los cambios en la forma de asistencia sanitaria (Bernabeu-Mestre y Robles, 2000: 47-48). Respecto de la mortalidad infantil, la mayor supervivencia fue, para Robles y Pozzi (1997: 189-195), consecuencia de una mejor asistencia y cuidado de los niños en el ámbito familiar y comunitario. Otros estudios priman factores como el aislamiento y las mejoras higiénicas y nutricionales (Torrents, 1996: 186-189). Para Sanz y Ramiro (2002: 173-184), la aportación médico-curativa sólo disminuyó la mortalidad infanto-juvenil en el caso de la viruela y, en menor medida, de la difteria. El debate dista de estar completamente cerrado, se reconoce la complejidad del proceso y las dificultades para su completo conocimiento. Se echan en falta estudios centrados en poblaciones rurales, que cuenten con series largas. De ahí que con el análisis de lo ocurrido en Casas de Juan Núñez se busque contribuir a esclarecer el papel que estos factores han desempeñado en el descenso de la mortalidad que acompañó la Transición demográfica.

científico-médicos, disminución de virulencia de algunas enfermedades o descenso de las temperaturas- barajados para explicar el descenso de la mortalidad en Europa durante la Transición demográfica, y concluyen reconociendo la complejidad del fenómeno y la necesidad de estudios interdisciplinarios para conocer el peso de cada uno de ellos.

1. MATERIAL Y MÉTODOS

La principal fuente de obtención de los datos demográficos ha sido el Registro Civil de Casas de Juan Núñez.¹⁰ A partir de los registros de defunción se elaboró una base de datos con los siguientes campos: nombre y dos apellidos, fecha de la defunción, sexo, edad, causa, profesión, nombre del médico que certificó la defunción, origen, estrato social y número referencia del asiento (número libro + número de orden). En los nacimientos se incluyó: nombre y dos apellidos, fecha de nacimiento, sexo, profesión de los padres y origen de los padres.

Se han consultado los Padrones Municipales de 1900, 1945 y 1965 para conocer la distribución de la población por edades a lo largo del tiempo así como la estratificación social. Esta fuente, junto con la anterior, nos han permitido elaborar y ajustar los indicadores demográficos calculados: tasa bruta de mortalidad, tasa bruta de natalidad, tasa de mortalidad por causa epidémica, tasas de mortalidad por causas infecciosas y no infecciosas, tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad juvenil. Para evitar los sesgos en estas dos últimas tasas,¹¹ se han calculado los cocientes de mortalidad q_0 ¹² y ${}_4q_1$.¹³

10 El Registro Civil del Ayuntamiento de Casas de Juan Núñez, se conserva casi íntegro, excepto los nacimientos de 2/9/1871 a 26/12/1874 y las defunciones de 26/8/1873 a 5/1/1875, que se han perdido.

11 Los sesgos de la tasa de mortalidad infantil son debidos, por un lado, a venir referida al número de nacimientos registrados y al subregistro de nacimientos habido hasta 1975, ya que, por aplicación del artículo 30 del Código civil español, únicamente se registraban como nacidos vivos los que hubieran sobrevivido más de 24 horas, y, por otro, a la no coincidencia en el tiempo los nacimientos y las defunciones (muchos niños fallecidos menores de un año habían nacido en el año anterior). En cuanto a la tasa de mortalidad juvenil se deben realizar ajustes para evitar el sesgo relacionado con la variabilidad interanual en el número de nacimientos y defunciones.

12 Este indicador aporta mayor precisión al considerar no sólo los individuos fallecidos en un determinado año sino también los del año anterior, y al incluir en el cálculo elementos estabilizadores como ecuaciones de tendencias testadas estadísticamente. En este trabajo se han aplicado las de Sanz (1999: 28-30).

$$q_{0(T)} = 1000 \cdot d_0 / [(Nv_{(T)} \cdot fNv) + Nv_{(T-1)} \cdot (1-fNv)]$$

d_0 = Fallecidos menores de un año en el año T
 $Nv_{(T)}$ = n.º de nacidos vivos en T
 $Nv_{(T-1)}$ = n.º de nacidos vivos en el año anterior
 fNv = $-0,0014 \cdot TMI + 0,8805$

13 Se ha aplicado la ecuación propuesta por Sanz Gimeno a partir de Dopico y Reher:

Dada la escasa magnitud de los valores poblacionales y, para evitar la obtención de gráficas con frecuentes y bruscas oscilaciones, los valores de los parámetros anteriores se han agrupado en períodos quinquenales para facilitar su lectura e interpretación. Esta medida no se ha aplicado en la mortalidad de tipo epidémico para visibilizar los años concretos en que han tenido lugar los brotes. El número anual de habitantes en los períodos intercensales se ha estimado mediante la técnica de progresión geométrica a partir de los Censos oficiales utilizando los datos de población de hecho.¹⁴ Esta metodología se ha utilizado igualmente para efectuar una aproximación a la estratificación por edades entre los Padrones Municipales. Para facilitar la comparación con otras series, hemos clasificado las causas de muerte en tres grupos: inciertas, infecciosas y no infecciosas.¹⁵ Las infecciosas se han agrupado en: transmisibles por agua y alimentos, por el aire y por otras vías (McKeown, 1978:65). Al objeto de evaluar comparativamente los indicadores locales con los nacionales y provinciales, se han utilizado los datos del Instituto Nacional de Estadística y los de la bibliografía que se cita a lo largo del texto.

Otra fuente de información utilizada ha sido la propia población de Casas de Juan Núñez. Se ha llevado a cabo un trabajo de campo para recopilar información acerca de la realidad social de la localidad en el pasado para valorar en qué medida han podido influir las variaciones de los factores sociales en los indicadores demográficos. La estrategia empleada ha sido la propia del trabajo etnográfico, es decir la observación participante y la entrevista semiabierta.¹⁶ Esta última ha sido realizada sobre una muestra representativa de la población local,

${}_4q_{1(T)} = \text{difuntos de 1 a 4 años en T} / [\text{n.º nacimientos (media } {}_T, T-1 \text{ y } T-2) - \text{n.º defunciones (idem)}]$

14 Así, entre dos censos A y L, $L = A \times R^{n-1}$. De donde la razón geométrica $R = (L/A)^{1/(n-1)}$. Un término de la sucesión es igual al anterior multiplicado por esta razón (Cólera, 1998: 48).

15 *Inciertas*, cuando el término utilizado no nos ha permitido precisar el tipo de proceso nosológico con una aproximación razonable. *Infecciosas*, cuando tenemos constancia de dicha naturaleza, o es razonable suponerla a partir del análisis del término y su descripción en otros estudios. *No infecciosas*, en el caso de todas las demás causas (traumáticas, degenerativas, vásculo-cerebrales, etc).

16 Para su aplicación se ha seguido la metodología sugerida por Hammersley y Atkinsons (1994) y Velasco y Díaz de Rada (2009: 17-136).

formada por cincuenta individuos seleccionados al azar entre los mayores de cincuenta años y distribuidos proporcionalmente por sexo y grupos de edad. Se han considerado los siguientes criterios de exclusión: deterioro cognitivo moderado-grave, hipoacusia severa –frecuente en ancianos- y deseo expreso de los seleccionados. En estas entrevistas, realizadas entre los meses de enero y marzo de 2010, se han sondeado aspectos como la evolución histórica de la oferta de trabajo, convivencia con animales, cambios en la vivienda, en la alimentación, en la demanda sanitaria y en los tipos de asistencia, así como en el acceso a recursos como el agua potable y la luz eléctrica.¹⁷ Se han elegido estos items por su papel como expresión de las desigualdades y las evidencias señaladas por la bibliografía sobre su asociación con una elevación de las tasas de mortalidad infantil.¹⁸ Para el cotejo e interpretación de los datos y resultados obtenidos nos hemos servido de documentación del Archivo Municipal de Casas de Juan Núñez y del Histórico Provincial de Albacete, así como de la bibliografía que se irá citando.

2. RESULTADOS

2.1. Evolución de los indicadores socioeconómicos

La pirámide de población de Casas de Juan Núñez es, en la actualidad, de tipo regresivo. Antes de comenzar con la exposición de los resultados, conviene tener presente que su economía estuvo basada históricamente en la agricultura y la ganadería, y que, como veremos, ello condicionó de modo importante la vida de su población durante la mayor parte del periodo estudiado.

17 El uso de esta técnica se fundamenta en dos hechos: 1) la común falta de registro de esas variables sociales, y 2) la valoración que la propia población hace de las mismas.

18 De hecho, Bernabeu-Mestre, Caballero, Galiana y Nolasco (2006: 187-188) han relacionado las tasas de mortalidad infantil hasta un 150% más elevadas en Castilla-La Mancha, Castilla-León y Extremadura que en otras provincias españolas, con un acceso al agua corriente, inodoro, baño, lavadero, calefacción, cocina, alumbrado, radio y gas por debajo del 50% durante el primer franquismo. La correlación entre mortalidad infantil y factores sociales está presente en numerosos estudios (Dopico, 1986: 389-391; Silva y Durán 1990: 473-480).

2.1.1. Asistencia sanitaria

En Casas de Juan Núñez, la primera plaza de Médico Titular se creó en 1875 para atender a los pacientes de la Beneficencia Municipal y a los igualados.¹⁹ Más allá de la consulta clínica, al igual que en otros lugares de España, las pretensiones higienistas de los médicos titulares de dicha localidad chocaron con frecuencia con los intereses de los caciques locales. Aunque en la capital, Albacete, existía un hospital de Beneficencia que también atendía a pacientes privados, nos consta que fue escasamente utilizado por la población de Casas de Juan Núñez.²⁰ De hecho, la información obtenida mediante el trabajo de campo realizado ha puesto de relieve que la atención a la enfermedad en dicha localidad siguió el modelo tradicional de asistencia basada en la medicina doméstica y popular hasta los años sesenta del siglo XX. Fue, por tanto, una minoría la que se servía de los recursos de la asistencia médico-curativa,²¹ que desde 1950 contó con un consultorio médico municipal en Casas de Juan Núñez y desde 1957 con un hospital del Seguro en la ciudad de Albacete. Entre las razones que pueden explicar este comportamiento cabría mencionar la escasa repercusión que la puesta en marcha del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1944 tuvo en la citada localidad al quedar excluidos los trabajadores del campo.²² Esta situación cambió sensiblemente tras la aplicación del Decreto de 1957, que incluyó a los trabajadores agrarios entre los

19 El sistema de igualas, basado en un pago fijo periódico al médico para cubrir las visitas que se generasen en un determinado período de tiempo, se mantuvo hasta 1983. La asistencia a partos, venéreas, agresiones y cirugía solía quedar fuera de su cobertura.

20 El Hospital de San Julián dio asistencia a la población de Albacete desde antes de 1475. Se mantuvo a expensas de bienes propios, subvenciones y donaciones, y fue gestionado por distintas instituciones religiosas. En 1835, en aplicación de la ley de Beneficencia de 1822, adquirió la categoría de Hospital Municipal. La Ley de Beneficencia de 1849 lo elevó a Hospital Provincial. Aparte de su función como establecimiento de Beneficencia también atendía a militares y a otros pacientes mediante pago (Sánchez, 2005: 70-83).

21 Asistencia médica recibida directamente de los profesionales -también denominada Medicina profesional, científica u occidental- que, junto a las Medicinas popular y folk constituyen los tres sectores de cuidado de la salud (Keinman, 1978: 86-87).

22 El SOE fue creado en 1942, aunque no se puso en marcha hasta 1944 (Rodríguez, 1990 y 2001; García, 1990; Porras, 2007).

beneficiarios del SOE y, sobre todo, tras la transformación en un sistema de Seguridad Social, cuyo efecto se evidenció a partir de 1967.²³ Así, la proporción de afiliados al SOE en la provincia de Albacete, de economía esencialmente agraria, se mantuvo en un 8% de la población total entre 1948 y 1960, subiendo al 12% en dicho año. No obstante, en 1971, la afiliación a la Seguridad Social en la provincia de Albacete rozaba el 23% de la población, siete puntos porcentuales por debajo de la media nacional.²⁴ No fue hasta los años ochenta cuando la práctica totalidad de la población de Casas de Juan Núñez contó con esa asistencia sanitaria pública, aunque el carácter universal de la misma no se produjo hasta la Ley General de Sanidad de 1986.

A la vista de lo comentado y de la información aportada por el trabajo de campo, se puede decir que el acceso generalizado de la población objeto de nuestro estudio a la atención médica se produjo en los años ochenta del pasado siglo, aunque un primer cambio importante se registró desde finales de los sesenta. Así, hasta esta última década, el cuidado de la infancia, el control del embarazo y la asistencia al parto fueron procesos casi ajenos a la medicina hegemónica, gestionados por la comunidad –las redes sociales y la familia extensa–, que determinaba las pautas y protocolos de actuación en cada caso. La asistencia al parto se llevó a cabo exclusivamente por parteras tradicionales. Además, las condiciones socioeconómicas se imponían con frecuencia, obligando a las mujeres embarazadas a trabajar hasta el momento mismo del parto, no siendo inusual que se produjese en el propio bancal de cultivo. Lejos de guardar reposo, algunas madres seguían trabajando tras permanecer una semana en cama alimentándose de sopas y caldos de gallina, dejando los bebés en las aguaderas de las caballerías, a cargo de familiares o en el mismo bancal, para poder amamantarlos a lo largo de la jornada de trabajo. Una transición en la atención al parto se produjo entre finales de los años sesenta y los ochenta del siglo XX, período durante el que se enviaban al hospital los partos distócicos y se atendían en el pueblo los normales.

23 Las reformas de 1957 y, sobre todo, el paso a un régimen de Seguridad Social, mediante la ley de 1963, que se materializó en 1967, propició la ampliación de la cobertura y la construcción de una red pública de instituciones asistenciales más amplia que la del SOE (García, 1990; Benjumea, 1990; Rodríguez, 2001).

24 Según datos del INE. <<http://www.ine.es/inebaseweb/pdfDispatcher.do?td=82889&ext=.pdf>> (consultado el 15-11-2010).

2.1.2. Trabajo

Las condiciones de trabajo fueron, hasta los años sesenta del siglo XX, las propias de una sociedad pre-industrial, basadas mayoritariamente en el trabajo de la tierra a jornal. Existía también un pequeño número de artesanos, una clase de propietarios y algunos funcionarios públicos. Los jornaleros vivían en situación de pobreza y su empleo por los propietarios se basaba en relaciones de patronazgo. La estacionalidad del trabajo motivaba la migración temporal a otros lugares, con frecuencia desplazándose la familia entera. Así, la siega era más precoz en Andalucía, pudiéndose echar jornales ya en el mes de Mayo en la provincia de Jaén. Se continuaba con la de Casas de Juan Núñez y poblaciones cercanas y se terminaba en poblaciones de Teruel, donde era más tardía, prolongándose todo el mes de agosto. En septiembre se realizaba la cosecha del arroz en Valencia –que duraba unas cuatro semanas– donde no era raro contraer el paludismo y, seguidamente, la vendimia en el pueblo, en Villamalea o en Madrigueras –algunos trabajadores se desplazaban a poblaciones francesas durante este período, donde los sueldos eran mejores y se les proporcionaba cobertura por la Seguridad Social francesa–. Al término de la vendimia, empezaba la temporada del azafrán, con una duración media de tres semanas. A partir de su fin y hasta la cosecha de la oliva, en enero, se trabajaba recogiendo esparto o leña, ocupaciones que volvían a generar empleo tras dicha cosecha, junto con la cava de las oliveras.

La introducción del cultivo del champiñón en los años sesenta del pasado siglo supuso un importante impulso económico para Casas de Juan Núñez, aunque no cambió el carácter pre-industrial de su economía. Por el contrario, el industrialismo de los sesenta motivó el éxodo de más de un 30 % de su población hacia zonas industrializadas y generó una drástica despoblación: la localidad pasó de 1973 a 1500 habitantes entre 1960 y 1975.²⁵

25 Según datos del INE: <<http://www.ine.es/intercensal/intercensal.do?jsessionid=AE388C3D1B85F20C2BECA038D1AAD296.intercensal02?search=1&cmbTipoBusq=0&textoMunicipio=casas+de+juan+nu%F1ez&btnBuscarDenom=Consultar+selecci%F3n>> (consultado el 15-11-2010).

2.1.3. Vivienda

La vivienda albergó, desde el inicio de nuestra serie, a la familia nuclear. Las entrevistas realizadas han puesto de relieve una convivencia estrecha entre personas y animales hasta finales de los años treinta, siendo muy frecuente dormir con los animales. En el período estudiado existieron cinco tipos de viviendas, según se desprende del trabajo de campo realizado y de la consulta de los Padrones municipales:

— las aldeas, o agrupaciones de dos o más familias que administraban una propiedad agrícola y ganadera para sus propietarios. Las viviendas contaban con una cocina y dos habitaciones, en las que se distribuían para dormir los miembros de la familia, compartiendo normalmente la misma cama hasta entre cuatro o cinco personas. En época de siega, algunos miembros de la familia dormían en los establos junto al resto de jornaleros. Supusieron una notable dispersión geográfica de la población hasta los años setenta, en que empezaron a ser abandonadas.

— las cuevas, como la que se muestra en el gráfico 1, donde se alojaba el segmento más pobre de la sociedad. Contaban con dos o tres piezas en las que se hacinaban las familias con los animales de labranza. Se agrupaban en dos barrios, el más reciente de los cuales fue construido durante la Segunda República Española. La última cueva habitada se desalojó a finales del siglo XX.²⁶

— las casas-cueva, que introducían algunas mejoras al modelo anterior. Tenían una parte hecha de obra y se ubicaban en un entorno más urbano. Este tipo de viviendas, junto con las cuevas, albergaron al 25% de la población hasta la quinta década del siglo XX, según se desprende de la información aportada por el Padrón municipal.

— las viviendas hechas enteramente de obra, con mayor holgura y gruesos muros, aunque escasa ventilación. Con todo, poseían mejores condiciones higiénicas que las cuevas y casas-cueva, y la convivencia con animales –mulas, cerdos, etc- era menos habitual.

— por último, las viviendas construidas en piedra, amplias, ventiladas y bien decoradas, en las que se alojaban las personas con mejores

26 Estas cuevas se conservan íntegras en su mayoría.

FIGURA 1

Cuevas en Casas de Juan Núñez.



FUENTE: <http://www.alatoz.com/turismo.htm> (consultado el 10-5-2010).

recursos, los propietarios. En sus patios solía existir una caseta que hacía las veces de inodoro.

2.1.4. Higiene y salud pública

Las disposiciones comprendidas en la Ley de Sanidad de 1855 para mejorar las condiciones higiénico-sanitarias del medio rural dieron muy escaso fruto en Casas de Juan Núñez, que se limitó básicamente a la redacción de las Ordenanzas Municipales de 1867, que tuvieron escaso cumplimiento, por ejemplo en la eliminación de residuos. Igualmente, se retrasó la instauración de las brigadas sanitarias, ligadas a la creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII. De hecho, en nuestra localidad no se constata su existencia hasta 1924 y tampoco se registra ninguna actuación suya. Por otro lado, las reformas llevadas a cabo en 1925, con la creación de las Juntas Provinciales de Sanidad, no introdujeron en la mayor parte de los pueblos, como el que nos ocupa, otra modificación que el nombramiento de una Junta Municipal de Sanidad y la edición de un Reglamento por cuyo cumplimiento nadie vigiló. La ley de Servicios Sanitarios de 1934 tampoco be-

nefició a Casas de Juan Núñez, que no tenía la consideración de Centro Primario de Salud por lo que no gozaba de un programa de higiene como su vecina Casas Ibáñez que contaba con servicios antivenéreos, antituberculosos, de sanidad escolar y de protección a la infancia –la Gota de Leche–. En la memoria de 1934 de la Inspección Provincial de Sanidad de Albacete, dirigida por Pérez-Mel, no se recoge ninguna acción efectuada en el pueblo, del que se consignan exclusivamente algunos datos de estadística demográfico-sanitaria (Inspección Provincial de Sanidad de Albacete, 1934). Tampoco se han constatado acciones higiénico-sanitarias institucionales entre esta fecha y 1940, fecha en la que, como veremos, la mortalidad inició un descenso con mayor pendiente.

Debido a su elevado precio, la mayoría de los vecinos tuvo únicamente acceso a la luz eléctrica durante la noche hasta los años sesenta del siglo XX. Antes de esa fecha, la iluminación procedía de candiles de aceite y lámparas de carburo. Dichos elementos constituyeron la única fuente de iluminación en las aldeas. La población de Casas de Juan Núñez no dispuso de agua corriente hasta 1968. Hasta ese año se solía disponer de agua de aljibe o pozo para los usos generales y el municipio proporcionaba el agua para la bebida, que era de mayor calidad y procedía del pozo municipal, ubicado en la calle de los pozos. En 1970, el pueblo pudo disponer de una red de alcantarillado. La gestión de residuos se realizaba hasta ese momento mediante pozos ciegos y basureros en los corrales de cada vivienda, que se vaciaban periódicamente o se utilizaban como fertilizantes. Se daba por tanto escaso cumplimiento a las normativas locales sobre Sanidad, reflejadas tanto en las Ordenanzas Municipales de 1867 y en el Reglamento de Régimen Interior de la Junta Municipal de Sanidad de 1925, como en normativas posteriores.

2.1.5. Alimentación²⁷

Los recursos alimentarios nunca fueron escasos a lo largo del período estudiado, con excepción de los años de la Guerra Civil y la posguerra hasta 1950. En la nutrición infantil la lactancia natural era mantenida hasta los 22 o 24 meses y se complementaba a menudo con leche de cabra, incluso desde los quince días de vida. No obstante, el

27 Toda la información procede del trabajo de campo realizado. Este tema se desarrollará más ampliamente en la Tesis Doctoral, actualmente en fase de elaboración.

suplemento más frecuente hasta los años cincuenta fueron las gachas de harina tostada, confeccionadas con harina tostada, azúcar, agua y un poco de aceite. Estas gachas se administraban a veces en edades muy tempranas, con menos de un mes de edad, lo que ocasionaba frecuentes diarreas y vómitos que acababan a veces con la vida de los lactantes.

Lo expuesto hasta ahora parece indicar que la mejora de los indicadores socioeconómicos aquí analizados comenzó a finales de los años treinta con el abandono progresivo de la convivencia entre personas y animales y la sustitución paulatina de las cuevas y casas-cuevas por viviendas de obra a partir de 1945. Nuevas mejoras se introdujeron a finales de los años sesenta y comienzos de los setenta, tanto en el acceso a la atención sanitaria como en el ámbito de la Higiene Pública, situación que se acentuó a partir de los ochenta del siglo XX.

3. EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEMOGRÁFICOS

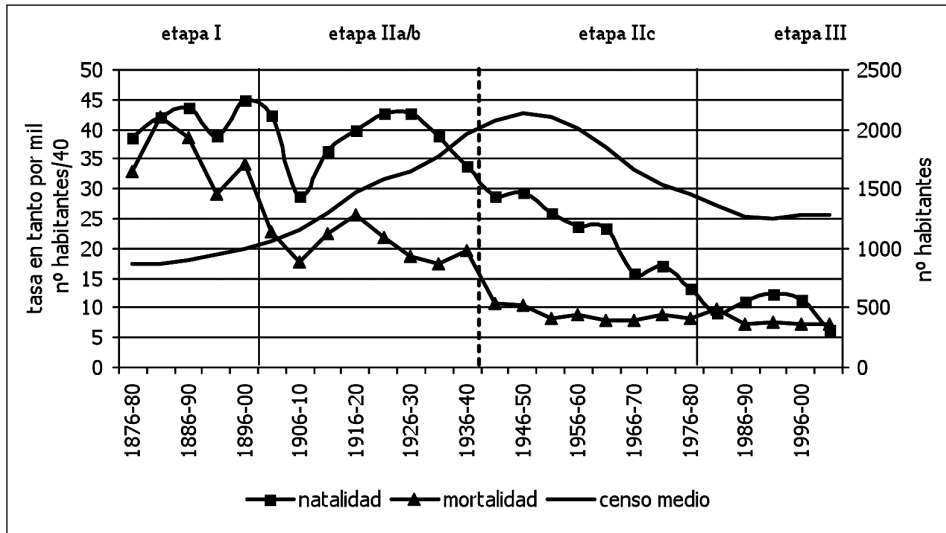
3.1. La natalidad a lo largo del período

Las tasas de natalidad estuvieron en torno al 40 por mil al principio del período y, salvo una caída temporal durante la primera década del siglo XX, mantuvieron esos valores hasta los años treinta de dicho siglo (Gráfico 2). A partir de entonces se produjo una caída del 20% en la década 1931-1940, pasando a cifras próximas al 33 por mil. Esta tasa siguió descendiendo durante los años de la posguerra, perdiendo otro 20% en los siguientes veinticinco años. A partir de 1965 se produjo otra caída mantenida pasándose de tasas de un 20 a un 15 por mil, valores que se mantuvieron hasta mediados de la década de los años ochenta. A partir de ese momento la tasa de natalidad volvió a descender manteniéndose en valores alrededor valores por debajo del 10 por mil hasta el final de la serie (6,34 por mil). El enfrentamiento entre la política neomalthusiana de la República y el discurso pro-natalista del primer franquismo, dirigido esencialmente a las mujeres,²⁸ parece que tuvo su correlato en Casas de Juan Núñez.

28 Un análisis de la política natalista del primer franquismo y del papel asignado a la mujer española en esos objetivos, figura en Bernabeu-Mestre (2002a: 123-143).

Así, la tendencia descendente de la natalidad entre 1936 y 1946 no mantuvo tanta pendiente, produciéndose incluso la estabilización de la tasa tras la Guerra Civil.

FIGURA 2
La transición demográfica en Casas de Juan Núñez 1876-2005



Nota: El quinquenio 1871-1876 no figura por el importante sesgo de los valores obtenidos al faltar información en varios años.

3.2. MORTALIDAD

3.2.1. Evolución de la tasa bruta de mortalidad y transición demográfica

Una visión general sobre la Transición Demográfica y sus etapas en Casas de Juan Núñez²⁹ se puede apreciar en el gráfico 2, que muestra la evolución de las tasas de natalidad y de mortalidad general a lo largo del período estudiado.

²⁹ Para una mayor información sobre las fases iniciales de la Transición Demográfica en Casas de Juan Núñez, véase De las Heras (2006).

La transición demográfica estaría constituida por tres fases: pretransicional, transicional y postransicional, distinguiendo Noin tres subetapas en la segunda fase.³⁰ Las elevadas tasas de mortalidad y natalidad –alrededor del 40 por mil– al principio del gráfico 1 son características de la etapa pretransicional, con una sobremortalidad debida a los brotes epidémicos. A partir de 1900 este factor se ha atenuado en gran medida, la mortalidad desciende aunque la natalidad muestra altas tasas que se mantuvieron hasta 1930. Hacia 1940, los valores de la tasa de mortalidad llegaron prácticamente a su mínimo, es aquí donde deberíamos considerar el inicio de la tercera subetapa transicional de Noin, ubicando la etapa tercera o postransicional hacia 1980, cuando ambas tasas llegaron a sus valores mínimos. El crecimiento poblacional no corresponde con el modelo tradicional de transición demográfica, lo que debe atribuirse a los cambios migratorios locales acontecidos a partir de 1950, cuando empezó una serie de olas de emigración de la población autóctona a las zonas industrializadas en busca de trabajo. La tasa de mortalidad mantuvo valores entre 30 y 40 por mil desde el inicio del período estudiado hasta comienzos del siglo XX, cuando se produjo una disminución, alcanzándose valores inferiores al 20 por mil hasta el final de la cuarta década. A partir de 1941 su valor osciló en torno al 10 por mil y, en los últimos años del siglo XX, disminuyó hasta registrar un valor de 2,39 por mil en 2001.

La evolución de la mortalidad bruta y de la natalidad siguió en Casas de Juan Núñez un curso parecido a lo señalado por Blanes (2007: 310) para la media nacional, en donde, tras la gran epidemia de gripe de 1918-1919, ambos parámetros siguieron un descenso paralelo hasta confluír en valores en torno al 10 por mil a finales de los setenta. Este descenso se interrumpió durante los años de la Guerra Civil española y fue en ambos contextos más acentuado hasta el inicio de la década de los cincuenta. El incremento que la mortalidad nacional mantuvo en la inmediata posguerra no parece tener reflejo en nuestra serie, como

30 En la primera desciende la mortalidad pero la natalidad se mantiene alta con lo que comienza el crecimiento de la población. En la segunda sigue descendiendo la mortalidad, la natalidad empieza a disminuir y el tamaño poblacional muestra altos índices de crecimiento. En la tercera la mortalidad ya ha llegado al mínimo y la natalidad sufre un brusco descenso. La población sigue creciendo en esta última subetapa, pero de modo menos acusado que en las anteriores (Noin, 2007: 188-189).

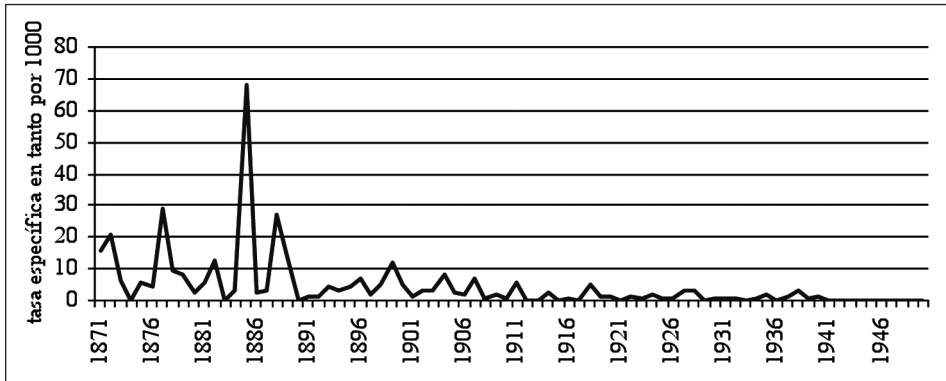
tampoco se constatan las importantes oscilaciones que se produjeron en la natalidad en el conjunto del país.

3.2.2. Mortalidad por causas epidémicas

Como se puede observar en el gráfico 3, el inicio de nuestro estudio se ubica en la etapa final de las grandes epidemias en Europa. Este hecho se ve reflejado en la aparición de sucesivos brotes epidémicos, cuya intensidad va disminuyendo progresivamente entre 1872 y 1938, con excepción de la epidemia de cólera de 1885.³¹

FIGURA 3

Distribución de la mortalidad epidémica en Casas de Juan Núñez.



FUENTE: Elaboración propia.

La tabla 1 incluye los principales brotes epidémicos identificados con expresión de sus tasas específicas de mortalidad, la causa de muerte y las edades afectadas. Podemos observar cómo en las últimas décadas del siglo XIX predominaron las causas infecciosas de tipo digestivo, como la disentería, la fiebre tifoidea o el cólera morbo asiático, mientras que, a partir del inicio del siglo XX, estas causas tienen una

³¹ Otros rubros diagnósticos, como la viruela, que han evolucionando históricamente en forma epidémica, no se han comportado de ese modo en la población y período estudiados. Se produjeron defunciones aisladas por viruela los años 1875 (un caso), 1879 (dos casos), 1897 (un caso) y 1914 (dos casos).

TABLA 1

Año	Tasa específica de mortalidad x 1000	Causa	Edades afectadas
1871	10,97	Disentería	1-2 años
1872	19,33	Disentería	1-3 años
1877	26,58	Difteria	0-4 años
1882	6,86/5,71	Tifoidea/disentería	15-39 años/<1 año
1885	60,21/6,81	Cólera/difteria	NE /0-4 años
1888	26,82	Difteria	0-9 años
1889	14,35	Difteria	0-9 años
1899	7,02	Sarampión	0-1 años
1904	7,44	Sarampión	0-6 años
1907	6,15	Gripe	0-9 y 60-79 años
1911	5,67	Sarampión	0-6 años
1918	4,07	Gripe	25-59 años
1927	1,83	Gripe	0-2 y 60-64 años
1928	2,42	Tifoidea	NE
1938	3,06	Gripe	0-9 y 60-79 años

FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

NE: no se circunscribió a un grupo específico de edad.

representación puntual –un brote de tifoidea en 1928-, cobrando protagonismo las infecciones por vía respiratoria. Se produjeron dos brotes epidémicos de sarampión (1904 y 1911), y cuatro de gripe (1907, 1918, 1927 y 1938).

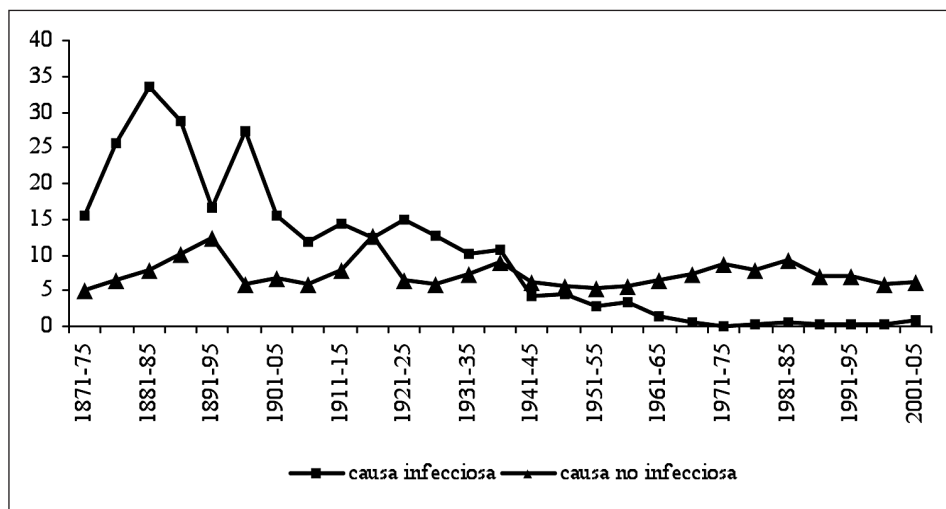
La mayor mortalidad -con una tasa de 60 por mil- fue provocada por la epidemia de cólera de 1885, que tuvo también gran repercusión a nivel nacional (Fernández, 1990). Llama la atención el menor impacto local de la gripe de 1918-1919 frente a lo sucedido en España -6,973 por mil en 1918 (Pascua, 1935: tabla n.º 27)-, aunque alcanzó valores superiores a los registrados en la ciudad de Madrid (Porrás, 1997: 56) y a la media de la provincia de Albacete (Echeverri, 1993: 86-93). No obstante, al igual que en otros lugares, su magnitud real pudo quedar encubierta en otros diagnósticos de muerte (Porrás, 1997: 56-63; Echeverri, 1993: 118-120). Las epidemias de sarampión y difteria, otras

causas importantes de mortalidad, se correspondieron parcialmente con las registradas en España -sarampión en 1883, 1898, 1900, 1905, y difteria en 1884 y 1890- (Sanz y Ramiro, 2002: 159-172).

3.2.3. Mortalidad por causas infecciosas

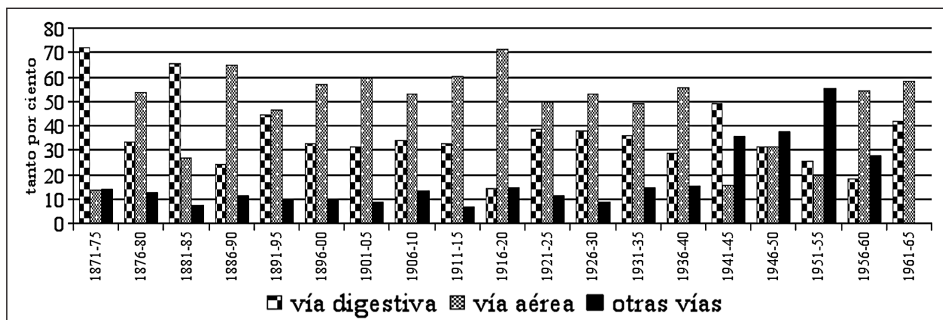
En Casas de Juan Núñez la mortalidad por causas infecciosas se mantuvo por encima de las no infecciosas hasta los años cuarenta del siglo XX (gráfico 4). Analizando estas causas por las vías de entrada, se constata un predominio de la vía de transmisión aérea a lo largo del siglo XX, exceptuando el quinquenio 1941-1945, durante el cual se invirtió esta tendencia siendo más frecuentes los fallecimientos por causa infecciosa de transmisión digestiva (gráfico 5). Debe recordarse que fue en este quinquenio cuando se inició –con carácter ya permanente y de forma muy importante- la disminución de la mortalidad bruta, a expensas básicamente de las causas infecciosas. Los procesos infecciosos más importantes durante el período estudiado fueron las gastroenteritis, el cólera, la disentería y la tifoidea entre los de tipo digestivo, y las bronquitis, neumonías, tuberculosis, meningitis, la difteria, la gripe y –en menor medida- el sarampión entre los de tipo respiratorio.

FIGURA 4
Tasas de mortalidad por causas infecciosas y no infecciosas
en Casas de Juan Núñez 1871-2005



FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

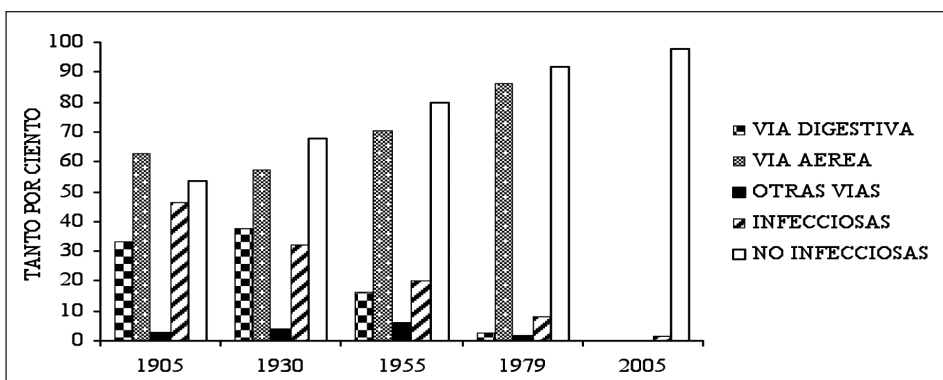
FIGURA 5
Evolución de la mortalidad por causas infecciosas según vía de entrada.
Casas de Juan Núñez 1871-1965



FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

A nivel nacional, se advierten algunas diferencias con lo ocurrido en Casas de Juan Núñez. Por un lado, las causas no infecciosas –que ya superaban a las infecciosas en 1905, como muestra el gráfico 6-, fueron creciendo a lo largo del siglo XX. Por otro, los procesos infecciosos, cuya vía de transmisión más frecuente fue la aérea, disminuyeron progresivamente hasta representar, a finales del siglo XX, tan solo el 1-2% de todas las defunciones.

FIGURA 6
Mortalidad por causas en España durante el siglo XX



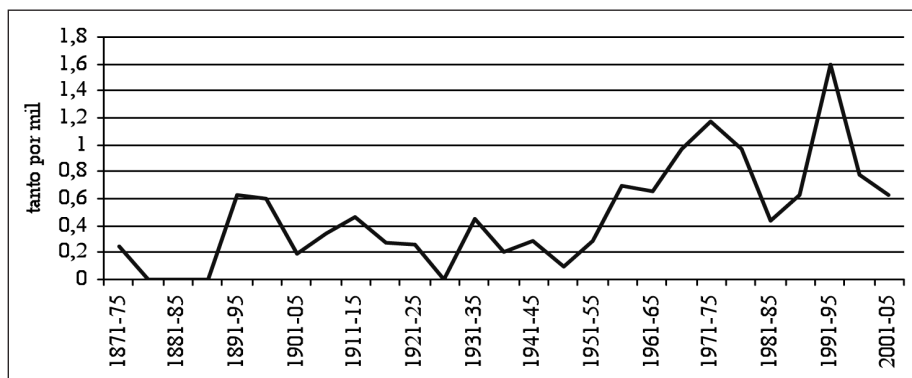
Nota: Los histogramas se expresan en porcentaje del total de defunciones, que se dividen entre procesos infecciosos y no infecciosos. Para los procesos infecciosos se especifica sobre el total de los mismos, el porcentaje de cada una de las tres vías de entrada: digestiva, aérea y otras vías. Elaboración propia a partir de datos del Anuario Estadístico de España del INE (<http://www.ine.es/inebaseweb/25687.do>).

3.2.4. Mortalidad por procesos degenerativos

A mediados del siglo XX las defunciones por cáncer y procesos cardiovasculares habían aumentado en Casas de Juan Núñez (gráficos 7 y 8). En el primer caso, existe una clara tendencia alcista desde el quinquenio 1951-1955 (0,28 por mil) hasta un máximo (1,6 por mil) en 1991-1995; mientras que en el segundo el ascenso es más precoz, siendo evidente desde el quinquenio 1936-1940 (2,85 por mil) hasta un máximo en 1981-1985 (8 por mil). Como sabemos, este incremento de las causas degenerativas en la mortalidad caracteriza la etapa pos-transicional.

FIGURA 7

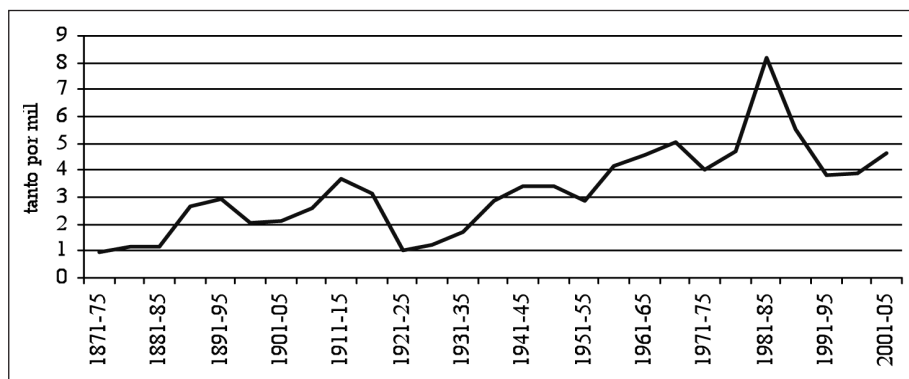
Mortalidad por cáncer en Casas de Juan Núñez 1871-2005



FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

FIGURA 8

Mortalidad por causa cardiovascular en Casas de Juan Núñez 1871-2005



FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

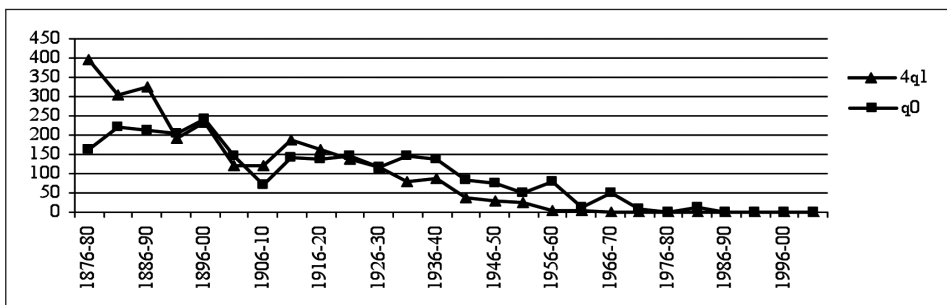
Si se compara con las tasas nacionales se observa un comportamiento paralelo con mayor coincidencia en el caso de las enfermedades cardiovasculares, cuya tasa de mortalidad en 1990 en España era del 3,2 por mil en hombres y 3,7 en mujeres (Gómez, 1997: 44-48), y en Casas de Juan Núñez era 3,83 para ambos sexos en el quinquenio 1991-1995. En cambio la mortalidad por cáncer, aunque en ambos casos tiene un comportamiento ascendente, fue en 1990 muy superior en el territorio nacional (2,47 por mil en hombres y 1,49 en mujeres), posiblemente debido a un subregistro local por ocultación de dicha causa.³²

3.2.5. Análisis de la mortalidad en la infancia

Como se puede ver en el gráfico 9, los resultados de la mortalidad en la infancia muestran unos valores diferentes para los cocientes de mortalidad q_0 y $4q_1$. El primer indicador, q_0 , se sitúa en valores entre 160 y 240 en las tres últimas décadas del siglo XIX. Durante las primeras décadas del XX sufre una importante caída, con valores entre 115 y 140 hasta el final de los años cuarenta. A partir de 1941 la cifra se reduce a valores por debajo de ochenta, que siguen disminuyendo de manera más rápida a partir de los años sesenta. En este último período se alcanza en varias ocasiones el valor 0, que se mantiene ya prácticamente estable desde el año 1971 hasta el final de la serie.

FIGURA 9

Evolución de q_0 y $4q_1$ en Casas de Juan Núñez 1876-2005 (corrección de Dopico-Reher)



Nota: El quinquenio 1871-1876 no se ha reflejado por no disponer de información en varios años.

FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

³² Con esta práctica se pretendía evitar la estigmatización social asociada a algunas enfermedades como el cáncer (Bernabeu, 1994:64).

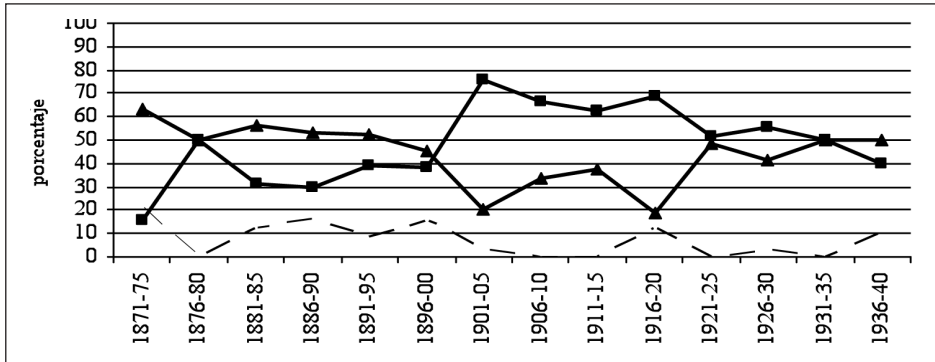
En lo que se refiere a ${}_4q_1$ se observa una evolución más irregular y dominada por «dientes de sierra». Se aprecian valores muy elevados al inicio del período estudiado, coincidiendo con los brotes de difteria de 1877 y 1888-1889, que generaron en este colectivo valores anuales superiores a 800 y 600 respectivamente, con una línea basal en torno a 200. Al inicio del siglo XX observamos, como en el caso anterior, una caída hasta valores alrededor de 100 –interrumpida por la epidemia de sarampión de 1911 y, en menor medida, por la de gripe de 1938- y, a partir de 1941, la cifra desciende bruscamente a 30, desde donde mengua suavemente durante tres décadas alcanzando el 0 en 1963, a partir de cuya fecha no se produjo ninguna defunción en este grupo de edad.

El encuentro entre q_0 y ${}_4q_1$ se produjo en el quinquenio 1891-1895, pero en la segunda década se separaron de nuevo debido a la mayor mortandad entre el colectivo juvenil a causa del brote de sarampión de 1911 –que no se correspondió con ninguno de los principales brotes a nivel nacional- y a un incremento de mortalidad entre abril y agosto de 1919 por procesos etiquetados como meningitis tuberculosa, meningitis y tuberculosis, que constituyeron el 43% de las muertes acontecidas ese año entre dicho grupo de edad. Por todo ello su cruce no se produjo hasta 1930, siendo desde esa fecha q_0 superior a ${}_4q_1$.

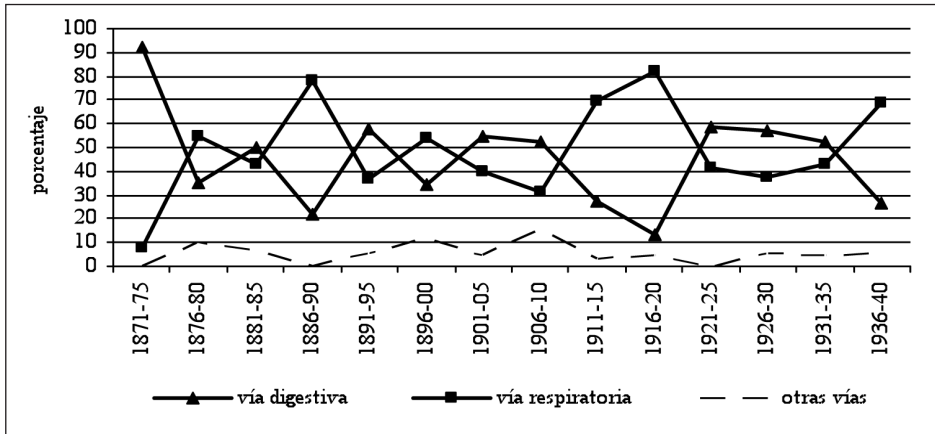
A lo largo del período de estudio predominaron las causas de tipo infeccioso, tanto en la mortalidad infantil como juvenil. Como refleja el gráfico 10, las infecciones transmitidas por vía aérea se alternaron con las de vía digestiva. En el caso de la mortalidad juvenil la alternancia fue continua a lo largo de todo el período, pero en el de la mortalidad infantil se advierten tres períodos bien diferenciados. Así, en las tres últimas décadas del siglo XIX predominaron las causas digestivas, a continuación lo hicieron las aéreas hasta la cuarta década del siglo XX, a partir de la cual cobraron protagonismo de nuevo las digestivas. Entre 1915 y 1921 existe un número no habitual de causas de muerte en lactantes menores de seis meses etiquetadas bajo el rubro de atrepsia, posiblemente correspondieran a procesos infecciosos por vía digestiva, no obstante se han considerado como causas no infecciosas en el presente estudio.³³

33 En relación al término «atrepsia», se deben hacer algunas precisiones. Algunos autores encuadran este proceso dentro de las enfermedades infecciosas, como Sanz y

FIGURA 10
Mortalidad infantil por causa infecciosa



Mortalidad juvenil por causa infecciosa

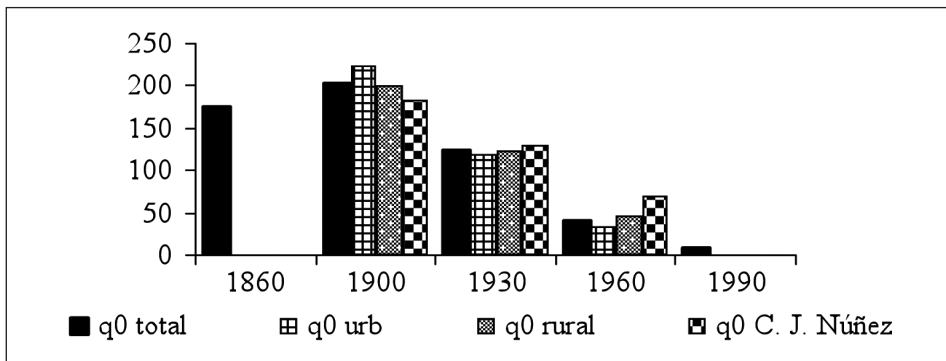
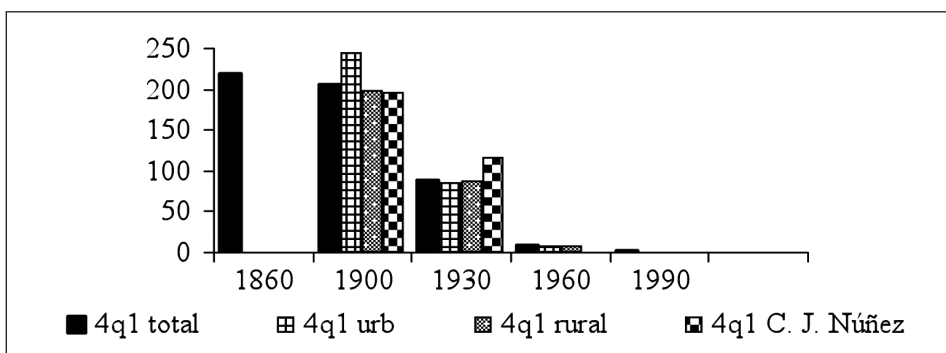


FUENTE: Registro Civil. Elaboración propia.

Ramiro (2002: 188) o Bobadilla y Peral (2002: 151), otros lo incluyen entre los procesos no infecciosos, como Bernabeu, Ramiro, Sanz y Robles (2003: 173). Según Comby (1902: 289-300), el término fue acuñado por Parrot en 1874 y describe un proceso originado en la mala alimentación del lactante por escasez de leche, emparentado con el raquitismo. En nuestro caso se ha interpretado como proceso no infeccioso. No obstante, es posible que en el bienio 1917-18, esta expresión diagnóstica pudiera enmascarar causas infecciosas, ya que en ese período se hallan 21 de los 49 casos de atrepsia constatados y sólo cinco fallecimientos por infecciones digestivas. En este caso podría tratarse de una «moda diagnóstica», hecho ya descrito a propósito de este término por diversos investigadores, como se indica en Bernabeu, Ramiro, Sanz y Robles (2003: 179).

Como muestra el gráfico 11, tanto q_0 como ${}_4q_1$ –que presentaban un patrón «rural» a principios del siglo XX, con ambas tasas por debajo del valor que tenían en el medio urbano, sobre todo q_0 - descendieron a lo largo de la Transición demográfica con más lentitud en Casas de Juan Núñez que en la media española, inclusive que el componente rural de la evolución nacional. Como sucedió en la media nacional, la caída de la mortalidad juvenil en Casas de Juan Núñez se produjo de manera más acentuada que la de la mortalidad infantil, y se mantuvo menor que esta última desde 1930.

FIGURA 11

Evolución de q_0 en España y Casas de Juan Núñez 1860-1990Evolución de ${}_4q_1$ en España y Casas de Juan Núñez 1860-1990

FUENTE: para España (total) hasta 1960: Sanz y Ramiro, 1997. Para España en 1990 y valores «urbano/rural»: Ramiro y Sanz, 1999. Para Casas de Juan Núñez: elaboración propia.

El incremento de la mortalidad infantojuvenil en las ciudades a principios del siglo XX se atribuye principalmente a los riesgos asociados a la industrialización. La corrección de esta tendencia, llegando a su inversión en el caso de la mortalidad infantil, se debió a la implementación de medidas de Salud Pública que no alcanzaron al ámbito rural.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como cabía esperar, la Transición Demográfica en Casas de Juan Núñez es la característica de los países desarrollados de Occidente, aunque se realizó algo más tardíamente que en España y presenta una mella en el tamaño poblacional a partir de los años cincuenta por la emigración registrada hacia las zonas industriales del país, producida en el contexto del éxodo rural que provocó la industrialización realizada en el segundo período franquista. A diferencia de lo ocurrido a nivel nacional, las causas de muerte no infecciosas no predominarán sobre las infecciosas hasta el quinquenio 1941-1945. Se registró un aumento progresivo de las defunciones por procesos degenerativos, característico de la etapa postransicional, que fue más precoz en el caso de las enfermedades cardiovasculares, alcanzándose unas tasas similares a las del resto del país en 1990. Sin embargo, esta situación no se dio con la mortalidad por cáncer, cuya tasa en esa misma fecha era inferior a la nacional. Siguiendo lo señalado por Bernabeu (1995: 64), nos inclinamos a interpretar dicho fenómeno como un subregistro local por ocultación de dicha causa de muerte con la finalidad de evitar la estigmatización social asociada a dicha enfermedad.

Llama la atención la evolución de la natalidad a lo largo del siglo XX. A diferencia de lo ocurrido a nivel nacional, se produce una importante caída en el quinquenio 1906-1910 (en el que se mantuvo entre el 25 y el 30 por mil), que se puede relacionar con los efectos del cólera de 1885 y de las epidemias de difteria de 1888 y 1889 en la población infantil (menores de 9 años). Por otro lado, el descenso iniciado en 1930 se mantuvo hasta el final de la serie con una pendiente menor durante el franquismo, registrándose una estabilización de la tasa desde el final de la Guerra Civil hasta el quinquenio 1946-1950, que se puede interpretar como un efecto del discurso pro-natalista del

régimen franquista. El descenso mantenido desde 1950, que se acentuó a partir de 1965, coincide con lo ocurrido en otras zonas rurales, como las de Madrid (Sanz, 1999: 53), que tuvieron también una fuerte emigración hacia las zonas industrializadas.

La evolución de la mortalidad en Casas de Juan Núñez a lo largo del período 1871-2005 muestra tres etapas claramente diferenciadas, todas marcadas por una tendencia descendente pero con diferentes pendientes. En la primera, hasta los inicios del siglo XX, acontecen los últimos brotes epidémicos severos, a continuación existe una segunda etapa más o menos estable que duró hasta el final de la Guerra Civil española y que coincide con las dos primeras subetapas de la fase de Transición demográfica. Tras la guerra, se produjo un importante descenso de la mortalidad hasta alcanzar una tasa de 10 por mil en el quinquenio 1941-1945 en el que, como hemos indicado, por primera vez las muertes por causas no infecciosas superaron a las infecciosas. Mientras que la primera caída de la mortalidad general se puede correlacionar con la desaparición progresiva de las epidemias que asolaron a España durante las postrimerías del siglo XIX, la importante caída registrada tras la Guerra Civil resulta más difícil de explicar, sobre todo teniendo en cuenta las situaciones de penuria que toda guerra impone a la población y, además, la situación previa de zona subdesarrollada y cuyas diferencias socioeconómicas con las provincias mejor dotadas se vieron incrementadas bajo el primer franquismo (Bernabeu Mestre, Caballero Pérez, Galiana Sánchez, Nolasco Bonmatí, 2006: 198). Nuestra hipótesis explicativa, sobre la que luego volveremos, es que esta última caída de la mortalidad general tuvo relación principalmente con las mejoras introducidas en las viviendas: el abandono de la convivencia con los animales desde finales de los años treinta y desde 1945 la sustitución progresiva de las cuevas y casas-cuevas por viviendas de obra más ventiladas y con menor hacinamiento al disponer de mayor número de habitaciones. Dichas mejoras habrían tenido un destacado papel en el descenso de las muertes de naturaleza infecciosa y, por ende, en la caída de la mortalidad juvenil y, en menor medida, de la mortalidad infantil.

Ahora bien, qué factores contribuyeron a la reducción de la mortalidad epidémica en los años finales del siglo XIX y principios del XX. A tenor de los resultados de nuestra investigación ya expuestos, parece guardar poca relación con la implementación de medidas de Salud Pública, dado el retraso y el escaso desarrollo que ellas tuvieron en el

medio rural y, en particular, en Casas de Juan Núñez. Parece reforzar esta hipótesis lo ocurrido con la epidemia de cólera de 1885, que tuvo una repercusión mucho mayor en dicha localidad que en otras zonas próximas, como se puede ver en la tabla 2.³⁴ Teniendo en cuenta que se trataba de una patología en la que las medidas de Higiene Pública podían haber modificado sustancialmente el número de decesos, cabe pensar que no debieron adoptarse ese tipo de medidas o, al menos, no se ejecutaron con excesivo celo.³⁵ Por el contrario, sí parece que se aplicaron en Villalgordo del Júcar, cuya tasa de mortalidad fue casi un 60% inferior a la registrada en Casas de Juan Núñez (Almendros, 1988: nota 11).³⁶

TABLA 2

*Mortalidad causada por la epidemia de cólera de 1885 en varias localidades de la provincia de Albacete y promedio nacional.*³⁷

Localidad	Tasa x 1000	Fuente
Casas de Juan Núñez	60,21	Datos propios; INE
Villalgordo del Júcar	23,9-25,51	Almendros Toledo, 1988; INE
Casas Ibáñez	3,38	Navalón Martínez, 1996; INE
Albacete	35,6-40,85	Navarro Sabater, 1893; INE
España	7	Sanz Gimeno; Ramiro Fariñas, 2002

34 La mayor parte de las tasas de mortalidad por cólera en la zona de la Manchuela fueron más de un 50% inferiores a la de Casas de Juan Núñez (Valiente, Lillo y Valiente, 2009:137).

35 Un exponente de las dificultades encontradas para aplicar este tipo de medidas en situaciones de epidemia, es lo ocurrido en Carcelén, distante pocos kilómetros de Casas de Juan Núñez, durante la epidemia de viruela de 1897. Como ha señalado, Feo (2002:83-100), los requerimientos del médico de la villa no obtuvieron inicialmente respuesta alguna de los poderes civiles provinciales, y escasa del local, no se respetó el aislamiento de los enfermos y la *linfa de vacuna* fue proporcionada varios meses después.

36 En dicha localidad se aplicaron las medidas recomendadas en el Boletín Oficial de la Provincia de Albacete n.º 72, de 17-6-1885, consistentes en fumigaciones, lazaretos y cordones sanitarios.

37 Las tasas de Villalgordo del Júcar, Casas Ibáñez y Albacete se han calculado a partir de los datos contenidos en los artículos que se refieren. En el caso de Villalgordo y Albacete aparecen dos tasas: la primera se ha obtenido por interpolación de los datos censales según el INE y la segunda a partir de la población aproximada que los autores de esos artículos refieren. Los datos del INE pueden hallarse en <http://www.ine.es/intercensal/>.

Cabría también considerar cuál fue el papel desempeñado por el factor médico-curativo en la caída de la mortalidad general. Si en regiones de mayor desarrollo económico esta influencia se cuestiona, en las áreas rurales -como Casas de Juan Núñez- de economía preindustrial, con una importante dispersión geográfica de la población, sistemas médicos basados en gran medida en la medicina doméstica y un acceso muy restringido a la medicina hegemónica hasta finales de los años sesenta,³⁸ cabría negarla. Ahora bien, creemos con Sanz y Ramiro (2002) que se podría reconocer cierto valor positivo de la vacuna contra la viruela y del suero antidiftérico, ya que no se ha advertido la existencia de ningún brote epidémico de viruela en el período estudiado y el último de difteria es anterior a la llegada del suero a nuestro país en 1895.

A la vista de la evolución registrada en la mortalidad infantil y juvenil de Casas de Juan Núñez durante el siglo XX, se puede decir que su descenso, aunque se produjera más lentamente que en la media española entre 1900 y 1930, fue responsable de la caída de la mortalidad general. Hemos advertido también el papel protagonista que en ello tuvo el descenso de la mortalidad juvenil, que, al igual que sucedió con la media nacional, fue más acentuado que el de la mortalidad infantil, inclusive tras la Guerra Civil. De forma que ${}_4q_1$ alcanzó el 0 en 1963 y desde esa fecha no se produjo ninguna defunción en este grupo de edad, mientras que en el caso de q_0 no ocurrió hasta 1971.

A la hora de explicar el comportamiento de ${}_4q_1$ y q_0 conviene recordar, por un lado, que la disminución en la velocidad de caída de ambos cocientes en las tres primeras décadas del siglo XX fue común en las regiones del sur y del interior de España (Ramiro y Sanz, 1999: 79-80). Por otro, es preciso señalar que la mayor lentitud en el descenso de q_0 se atribuye a la influencia en ese indicador del componente endógeno de la mortalidad, mientras que en ${}_4q_1$ el componente fundamental sería de carácter exógeno (Ramiro y Sanz, 1999: 84). Son causas exógenas las enfermedades infecciosas, la desnutrición o alimentación inadecuada y los accidentes, y causas endógenas la inmadurez del recién nacido, la malformación y debilidad congénita y los traumatismos del

38 Según informaciones recogidas en el trabajo de campo, la falta de recursos de los jornaleros para comprar medicamentos frenaba el acceso a la medicina hegemónica.

parto (Gómez, 1985:116). Teniendo esto presente, se podría explicar en parte la lentitud en el descenso de q_0 por la persistencia de la atención de los partos en Casas de Juan Núñez por la partera tradicional. Como vimos, no fue hasta finales de los años sesenta, cuando comenzaron a enviarse los partos distócicos al hospital de Albacete, mientras que los normales siguieron atendiéndose en el pueblo. Habría que considerar igualmente el papel que desempeñó la utilización de las gachas para alimentar a los lactantes hasta los años cincuenta.

Considerando lo expuesto en las páginas anteriores, se podría decir que la aportación médico-curativa al descenso de la mortalidad infantil y juvenil en Casas de Juan Núñez fue muy escasa antes de los años sesenta del siglo XX. Ello se debió principalmente a tres razones: la persistencia de modelos consuetudinarios basados en la medicina doméstica asistida por las redes sociales y las terapias tradicionales, la dispersión geográfica y la pobreza y, por último, una planificación de la asistencia sanitaria colectiva que desdeñó a las poblaciones rurales.³⁹ Tampoco parece que debió ser mucho mayor la contribución de las medidas de Salud Pública, ya que, como vimos, frecuentemente dichas medidas, encomendadas a las Corporaciones locales por las sucesivas legislaciones sanitarias, raramente pasaron de la constitución de Comisiones e instituciones que no llegaron a desempeñar acción alguna o lo hicieron tardíamente.⁴⁰ Tan sólo podríamos hablar de algunas iniciativas en los años veinte y en la II República, aunque Casas de Juan Núñez no contó con un Centro primario de Salud ni gozó de un programa de higiene propio.⁴¹ Por otra parte, las medidas locales de Higiene Pública en nuestra localidad apenas tuvieron significación

39 En ese contexto los médicos rechazaban las prácticas sanitarias populares y domésticas, a las que hacían responsables de la elevada mortalidad en la infancia (Bernabeu Mestre, 2002b, 151-158).

40 En el capítulo particular de la protección a la infancia, Casas de Juan Núñez debía nutrir esta contingencia a expensas del dinero recaudado en bailes y espectáculos, observándose dos únicas partidas en 1902 –antes de la promulgación de la ley de Protección de la Infancia de 1904– y en 1910 para tal fin en los presupuestos municipales (Fuente: Archivo municipal de Casas de Juan Núñez).

41 Como hemos adelantado, sí dispuso de todo ello Casas Ibáñez, estando abiertos a todos los vecinos todos sus servicios (Inspección Provincial de Sanidad de Albacete, 1934), pero resultaba en la práctica impensable para la mayoría de los vecinos de Casas de Juan Núñez.

antes de 1968, año en el que se dotó a la población de agua corriente y se iniciaron las obras de alcantarillado.

En nuestro caso, por tanto, la caída de la mortalidad infantil y juvenil, particularmente en el descenso producido tras la Guerra Civil, debió recaer fundamentalmente sobre el elemento socioeconómico. En primer lugar, habrían sido las mejoras en la vivienda, que pasó de las cuevas y casas-cueva -que constituían la cuarta parte de las viviendas en 1945- a las casas de obra. Mientras en las primeras era habitual la convivencia directa entre personas y animales –mulas, cerdos, etc-, en las segundas, más amplias, y con mejores condiciones higiénicas, este hecho era más infrecuente.

Como ya se ha dicho, a finales de la tercera década del siglo XX se abandonó progresivamente la convivencia con los animales y el alojamiento familiar tradicional en cuevas y casas-cueva, en condiciones de hacinamiento y ausencia de higiene, dio paso en los años cuarenta a viviendas de obra más ventiladas y con varias habitaciones, ocupadas en régimen de alquiler. En segundo lugar, cabe considerar la escasa influencia demográfica que tuvo la Guerra Civil Española en la población de Casas de Juan Núñez, por el carácter agrario de su economía. Así, mientras en las ciudades el retroceso sanitario durante la guerra y la posguerra fue muy importante, en el ámbito rural el acceso a los alimentos fue más asequible, a pesar de los esfuerzos del régimen franquista, que perseguía ciertas actividades de subsistencia como la caza o la rebusca.⁴²

Para finalizar, nos gustaría matizar el escaso papel atribuido a la medicina científica y a las medidas de Salud Pública en el descenso de la mortalidad en Casas de Juan Núñez. Por un lado, habría que valorar más positivamente el papel de la vacunación contra la viruela, por cuanto habría tenido además un efecto diferido positivo en la infancia, mediante la disminución de la fragilidad frente a otras infecciones (Skold, 1996). De igual manera, la desaparición de infecciones

42 El castigo por *espigar* –coger las espigas que quedan en el rastrojo tras la siega– incluía palizas, arrancamiento de uñas y, a las mujeres, rapado total de la cabeza y, a continuación, exhibición vergonzante ante el resto de la población. La Guardia Civil, a las órdenes de los poderes políticos locales, era la institución que ejecutaba esos *escarmientos*.

durante la niñez habría mejorado la resistencia frente a la tuberculosis (Bengtsson *et al.*, 2004). Por otro, no debemos olvidar las acciones de los profesionales de la Medicina destinadas a educar a la población para que mejorara su limpieza personal y tuviera un comportamiento más higiénico (Bourdelaís, 2010: 7-18), más adaptado a los planteamientos de la medicina científica en el cuidado de los niños o en la alimentación. El efecto de esta acción habría sido también diferido y, en el caso de Casas de Juan Núñez, muy probablemente por la permeabilización de la medicina doméstica y popular con elementos de la medicina hegemónica.

La ponderación de factores culturales y socioeconómicos que se han puesto de relieve en este estudio como responsables de la caída de la mortalidad en Casas de Juan Núñez obedece a unas coordenadas locales, que podrían tener su réplica en otros puntos de la geografía rural de nuestro país. De ahí el valor que posee un análisis microsociológico como el presente para «contrastar las hipótesis de carácter explicativo relacionadas con los determinantes o mecanismos causales que explican la presencia de la enfermedad» (Bernabeu Mestre, 1995: 102).

5. BIBLIOGRAFÍA

- ALMENDROS TOLEDO, J. M. (1988): «Un ejemplo de medicina rural durante la epidemia de cólera: Don Tomás Valera y Jiménez. Villalgordo del Júcar, 1885», *Al-Bassit*, 14, 23, pp. 5-19.
- BARONA, J. L., BERNABEU MESTRE, J. Y PERDIGUERO GIL, E. (2005): «Health Problems and Public Policies in Rural Spain», en BARONA, J. LL. y CHERRY, S. (Eds.) *Health and Medicine in Rural Europe (1850-1945)*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, pp. 63-82.
- BARONA VILAR, C. (2002): *Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- BARONA VILAR, C. (2006): *Las políticas de la salud: la sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, Valencia, Universitat de Valencia.
- BENGTSSON, T. *et al.* (2004): *Life under pressure*, Cambridge, MIT Press, cit. en BOURDELAIS, P. (2010): «Histoire de la Santé publique», en FASSIN, D. y HAURAY, B. (dirs), *L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 13-22, p. 17.
- BENJUMEA PINO, P. (1990): «Sanidad y desempleo». En *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 449-472.

- BERNABEU MESTRE, J. (1995): *Enfermedad y población*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- BERNABEU MESTRE, J. (2000): «La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933», *Revista Española de Salud Pública*, 74, 2000, pp. 1-13.
- BERNABEU MESTRE, J. (2002a): «Madres y enfermeras. Demografía y salud en la política poblacionista del primer franquismo, 1939-1950», *Revista de Demografía Histórica*, XX, I, pp 123-143.
- BERNABEU MESTRE, J. (2002b): «Cultura médica popular y evolución de la mortalidad: los cuidados de salud en la infancia durante la España contemporánea», *Revista de Demografía Histórica*, XX, II, pp. 147-162.
- BERNABEU MESTRE, J. y ROBLES GONZÁLEZ, E. (2000): «Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria», *Política y Sociedad*, 35, pp. 45-54.
- BERNABEU MESTRE, J., RAMIRO FARIÑAS, D., SANZ GIMENO A. y ROBLES GONZÁLEZ, E. (2003): «El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones», *Revista de Demografía Histórica*, XXI, I, pp. 167-193.
- BERNABEU MESTRE, J., CABALLERO PEREZ, P., GALIANA SANCHEZ, M.E, y NOLASCO BONMATÍ, A. (2006): «Niveles de vida y salud en la España del primer franquismo: las desigualdades en la mortalidad infantil», *Revista de Demografía Histórica*, XXIV, I, pp 181-201.
- BLANES LLORENS, A. (2007): *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*, Tesis no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona.
- BOBADILLA GÓMEZ, E. M. Y PERAL PACHECO, D. (2005): «Causas de mortalidad en Zahinos (Badajoz) de 1800 a 1999», *Revista de estudios extremeños*, 61, 1, pp 135-164.
- BOURDELAIS, P. (2010): «Histoire de la Santé publique», en FASSIN, D. y HAURAY, B (Dir), *L'état des savoirs*, Paris, Éd. La Découverte, pp. 13-22.
- CÓLERA, J. (1998): *Matemáticas*, Madrid, Ed. Anaya.
- COMBY, J. (1902): *Tratado de las enfermedades de la infancia*, Barcelona, Salvat editores.
- DOPICO, F. (1985-86): Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950), *Dynamis*, 5-6, pp. 381-396.
- DOPICO GUTIÉRREZ DEL ARROYO, F. y REHER, D. S. (1998): *El declive de la mortalidad en España 1860-1930*, Zaragoza, Monografías A. D. E. H., n.º 1.
- DUPÁQUIER, J. (1998): «Introduction», en BARDET, J. P. y DUPÁQUIER, J., *Histoire des populations de l'Europe II. La révolution démographique 1750-1914*, Librairie Arthème Fayard, pp. 1-17.
- ECHÉVERRI DÁVILA, B. (1993): *La gripe española: la pandemia de 1918-1919*, Madrid, Siglo XXI.
- FEO PARRONDO, F. (2002): «Las epidemias de viruela de Carcelén (1897) y de gripe de Casas de Ves (1900)», *Al-Bassit. Revista de estudios albacetenses*, 46, pp. 83-100.

- FERNÁNDEZ SANZ, J. J. (1990): *1885 el año de la vacunación Ferrán: trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*, Madrid, Fundación Ramón Areces.
- GARCÍA PADILLA, M. (1990): «Historia de la acción social: Seguridad social y asistencia, 1939-1975», en VVAA, *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 397-447.
- GOERLICH GISBERT, F. J. y PINILLA PALLEJÁ, R. (2005): «Esperanza de vida en España a lo largo del siglo XX», *Revista de Demografía Histórica*, II, XXIII, pp. 79-109.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1985): «El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 32, pp. 101-139.
- (1997): «La mortalidad en la España actual», *Política y sociedad*, 26, pp. 41-61.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994): *Etnografía*, Barcelona, Paidós básica.
- INSPECCIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD DE ALBACETE (1934): *Memoria del año 1934: Contenido: Introducción, Personal, Trabajos del Instituto de Higiene o Centro Terciario, Trabajos del Centro de Hellín, Trabajos de los Centros primarios, Estadísticas vitales de cada uno de los 86 Municipios de la Provincia, años 1921-33*, Albacete, Imprenta Antonio González. Edición sin paginar.
- KLEINMAN, A. (1978): «Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems», *Soc. Sci. & Med.*, 12, pp. 85-93.
- MCCKEOWN R. E. (1978): *El crecimiento moderno de la población*, Barcelona, Antoni Bosch, D.L.
- MCCKEOWN R. E. (2009): «The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics», *Am. J. Lifestyle Med.*, 3 (Suppl), pp. 19S-26S.
- MOLERO MESA J. y JIMÉNEZ LUCENA, I. (2000): «Salud y burocracia en España. Los cuerpos de sanidad nacional (1855-1951)», *Rev. Esp. Salud Pública*, 74, monográfico, pp. 45-79.
- MUÑOZ PRADAS, F. (2005): «Geografía de la mortalidad española del siglo XIX: una exploración de sus factores determinantes», *Boletín de la A.G.E.*, 40, pp. 269-310.
- NAVALÓN MARTÍNEZ, M. D. (1996): *Antropología médica de Casas Ibáñez*, Tesis no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- NAVARO y SABATER, E. (1893): *Apuntes para la topografía médica de Albacete*, Albacete, Imprenta de Luciano Ruiz.
- NOIN, D. (2007): *Géographie de la population*, Paris, Armand Colin.
- OLSHANSKY, S. J. & AULT, B. A. (1986): «The fourth stage of the epidemiologic transition. The age of delayed degenerative diseases», *Milbank Mem. Fund. Q.*, 64, pp. 355-391.
- OMRAN, A. (1971): «The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change», *The Milbank Quarterly*, 49, pp 516-536.

- PASCUA, M. (1935): *Mortalidad específica en España II. Mortalidad por sexos, grupos de edades y causas en el período 1911-1930*, Madrid, Publicaciones oficiales de la C.P.I.S.
- PORRAS GALLO, M. I. (1997): *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*, Madrid, Comunidad de Madrid-Editorial Complutense.
- PORRAS GALLO, M. I. (1998): «Antecedentes y creación del Instituto de Seroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII», *Dynamis*, 18, pp. 81-105.
- PORRAS GALLO, M. I. (2007): «Between the German Model and Liberal Medicine The Negotiating Process of the State Health Care System in France and Spain (1919–1944)», *Hygiea Internationalis* 6, 2, pp. 135–149.
- RAMIRO FARIÑAS, D. y SANZ GIMENO, A. (1999): «Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española. 1860-1990», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XVII, I, pp. 49-87.
- REHER, D. (1998): «Le monde ibérique». En BARDET, J. P. y DUPÂQUIER, J. (ed.), *Histoire des populations de l'Europe II. La révolution démographique 1750-1914*, Paris, Librairie Arthème Fayard, pp. 533-552.
- ROBLES GONZÁLEZ, E., GARCÍA BENAVIDES, F. y BERNABEU MESTRE, J. (1996): «La Transición Sanitaria en España desde 1900 a 1990», *Revista española de Salud Pública*, 2, Marzo-Abril, pp. 221-233.
- ROBLES GONZÁLEZ, E. y POZZI, L. (1997): «Las mortalidad infantil en los años de la Transición: una reflexión desde las experiencias italiana y española», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XV, I, pp. 165-199.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1990): «La asistencia médica colectiva en España, hasta 1936.», en VVAA, *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*, Madrid, Centro de publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 321-359.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1994): «La salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925», *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, pp. 11-27.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (2001): «The Politics Public Health in the State-managed Schemed of Health Care in Spain (1940-1990)», en LÖWY, I & KRIGE, J. (Eds) *Images of disease. Science, Public Policy and Health in Post-war Europe*, Luxemburg, Office for official publications of the European Communities, pp. 187-210.
- SÁNCHEZ IBÁÑEZ, J. M. (2005): *El Hospital de San Julián de Albacete*, Albacete, Ed. Instituto de Estudios Albacetenses.
- SANZ GIMENO, A. (1999): *La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX*, Madrid, Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Comunidad de Madrid.
- SANZ GIMENO, A. y RAMIRO FARIÑAS, D. (1997): «Estructuras internas de la mortalidad de la infancia (0-4 años) en la España del siglo XX», *Política y sociedad*, 26, pp. 125-142.

- SANZ GIMENO, A. y RAMIRO FARIÑAS, D. (2002): «La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte», *Cuadernos de Historia contemporánea*, 24, pp. 173-184.
- SCHOFIELD, R. S. y REHER, D. S. (1994): «El descenso de la mortalidad en Europa», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XII-I, pp. 9-32.
- SILVA AYÇAGUER, L. C. y DURÁN MACHO, E. (1990): «Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación», *Rev. Saúde publ.*, Sao Paulo 24(6), pp. 473-480.
- SKÖLD, P. (1996): *The two faces of smallpox*, Umea, DDB Umea University, cit en BOURDELAIS, P. (2010): «Histoire de la Santé publique», en FASSIN, D. y HAURAY, B (Dir), *L'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 13-22, p 17.
- TORRENTS, A. (1996): «La transición epidemiológica en la Cataluña rural: Sant Pere de Riudebitlles, 1880-1935», *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, II, pp. 173-200.
- VALIENTE, M., LILLO, M.^a P. y VALIENTE, J. L. (2009): *La epidemia de Cólera de 1885 en la Manchuela*, Valencia, Pentagraf editores.
- VELASCO, H. y DÍAZ DE RADA, Á. (2009): *La lógica de la investigación etnográfica*, Madrid, Ed Trotta.
- VIDAL, A. (1994): *La pensée démographique. Doctrines, théories et politiques de population*, Grenoble, Presse universitaire de Grenoble.