

**UN DIÁLOGO ENTRE LA DEMOGRAFÍA HISTÓRICA  
Y LA HISTORIA DE LA MEDICINA:  
LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA  
HISTORIA DEL REGISTRO DE LAS CAUSAS DE MUERTE  
(BLOOMINGTON, 11-14 DE NOVIEMBRE DE 1993)**

*Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA  
Universidad de Granada*

**ABSTRACTS**

*Entre los días 11 y 14 de noviembre de 1993, se celebró en Bloomington la "Conferencia Internacional sobre la Historia del Registro de las Causas de Muerte", organizada por la Universidad de Indiana. Se presentaron 7 ponencias y 27 comunicaciones encuadradas en las siguientes sesiones:*

- 1. La formación de los sistemas nacionales de registro*
- 2. El desarrollo de las clasificaciones internacionales*
- 3. Teoría médica, causas de enfermedad y causas de muerte*
- 4. Razones del registro de las causas de muerte*
- 5. Estudios de casos*
- 6. Modo de registro de las causas de muerte*
- 7. Problemas actuales.*

*El debate teórico más importante que se suscitó giró en torno a la validez de los registros de causas de muerte en el pasado como fuente para el estudio de la población; pese a que, como era previsible, no se llegó a un consenso, la reunión propició un interesante diálogo entre la demografía histórica y la historia de la medicina.*

*Between the 11th. and 14th. November 1993, it took place in Blomington the "History of Registration of Causes of Death Conference", organized by the University of Indiana. There were 7 papers and 27 comuncations in the framework of the following sessions:*

- 1. The creation of national registry offices*
- 2. The development of international classifications*
- 3. Medical theory, causes of illness and death causes*
- 4. Grounds for the recording of death causes*

5. *Study of different cases*
6. *Method of recording death causes*
7. *Problems today*

*The most important theoretical problem to arise was the one concerning the validity of the recordings of death causes made in the past as a source for the study of the population. Even if, as foreseen, a general agreement was not reached, the meeting made possible a highly interesting exchange between historical demography and the history of medicine.*

*Durant les jours 11 au 14 Novembre 1993, a en lien à Bloomington la "Conférence Internationale sur l'Histoire du Régistre des Causes de Mort", qui fut organisée par l'Université d'Indiana. On y présenta 7 rapports et 27 communications encadrées dans les conférences suivants:*

1. *Formation de systèmes nationales de registre*
2. *Le développement des clasificacions internationales*
3. *Téorie médicale, les causes de maladie, et les causes de mort*
4. *Raison du régistre des causes de mort*
5. *Études de cas particuliers*
6. *Mode d'enregistrement des causes de mort*
7. *Problèmes actuels.*

*Le débat téorique plus important fut celui qui traita le thème de la "validité" des anciens registres de causes de mort, como source d'étude de la population. Même s'il n'eut pas de consensus, cette reunion permit un intéressant dialogue.*

**UN DIÁLOGO ENTRE LA DEMOGRAFÍA HISTÓRICA  
Y LA HISTORIA DE LA MEDICINA:  
LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA  
HISTORIA DEL REGISTRO DE LAS CAUSAS DE MUERTE  
(BLOOMINGTON, 11-14 DE NOVIEMBRE DE 1993)**

*Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA*  
*Universidad de Granada*

Haciendo buenas las perspectivas teóricamente planteadas con reiteración desde distintos ámbitos, y plasmadas en reuniones europeas como las de Annecy (Pérez Brignoli, 1988; Schofield, Reher y Bideau, 1991) o, entre nosotros, la Reunión-Taller de Valencia sobre "Expresiones diagnósticas y causas de muerte" (junio 1993), se ha celebrado recientemente en la Universidad norteamericana de Indiana, con formato cerrado, el encuentro internacional e interdisciplinar del que informamos a continuación.

Su organización corrió a cargo del *Population Institute for Research and Training*, que dirige George Alter, y el *Center for the History of Medicine*, encabezado por Anne Carmichael, ambos de la Universidad convocante, que contaron con el patrocinio de los *National Institute on Aging* y *National Institute of Child Health and Human Development* de los Estados Unidos. Hemos de comenzar señalando la seriedad del trabajo organizativo, que se comenzó a plasmar en una primera circular de noviembre de 1991, y que ha culminado, hasta el momento, no sólo con el estupendo y largo fin de semana de reunión en el campus de Bloomington

ton, sino con la edición y circulación precongresual de 17 de las 27 comunicaciones (de las 10 restantes se obtuvo copia *in situ*). Se acordó la publicación de los materiales, tras abrir un período de revisión que acabó el 1 de enero de 1994, en la serie de *Working Papers* que mantiene el *Population Institute* de Indiana.

Las comunicaciones iban firmadas por 33 autores, 11 de ellos mujeres, que cubrían un amplio espectro de espacios disciplinares (demografía, demografía histórica, historia de la medicina, historia, filosofía, antropología) y geográficos. Dado el diseño de la reunión, a los anteriores sólo hay que sumar, como participantes, los 7 ponentes, que abrían o cerraban las distintas sesiones, y los presidentes de las mismas, así como unas pocas personas más procedentes de los centros organizadores o de los patrocinadores. El listado de los ponentes es suficientemente representativo de la pluralidad alcanzada: Harry Rosenberg (Centro Nacional de Estadísticas Demográficas, EE.UU.), Massimo Livi Bacci (Historia de la Población, Universidad de Florencia), Guenter Risse (Historia de la Medicina, Universidad de California-San Francisco), John Eyler (Historia de la Medicina, Universidad de Minnesota), Robert Lee (Historia Económica, Universidad de Liverpool), David S. Reher (Historia de la Población, Universidad Complutense de Madrid) y Stephen Kunitz (Ciencias Socio-sanitarias, Universidad de Rochester). La procedencia geográfica, a grandes rasgos, se repartía al 50% entre europeos (con españoles y británicos como grupos más numerosos) y otros, aunque la cuenca noratlántica era ampliamente mayoritaria. No hubo más representación del hemisferio sur que una investigadora procedente de Nueva Zelanda.

Las sesiones se abrieron con la dedicada a "La formación de los sistemas nacionales de registro" (5 comunicaciones), a la que siguió "El desarrollo de las clasificaciones internacionales" (1 com.) y "Teoría médica, causas de enfermedad y causas de muerte" (4 com.). A continuación, "Razones del registro de las causas de muerte" (3 com.), junto con "Estudios de casos" (5 com.) y "Modo de registro de las causas de muerte" (5 com.), que, en realidad, podrían haberse repartido entre la primera y la cuarta sesión, por la similitud de contenidos, para acabar con la sesión dedicada a "Problemas actuales" (4 com.).

La organización había previsto, de forma inteligente, acumular la presentación de las comunicaciones, a las que se concedió un tiempo máximo de 10-12 minutos cada una, de forma que conforme avanzaba la reunión fuese habiendo más tiempo para la discusión. También de forma inevitable hubo una explosión polemizadora en la tarde del primer día,

después de celebradas cuatro sesiones y presentadas 13 comunicaciones y 4 ponencias. Algunas expresiones poco meditadas de John Eyler desataron una polémica casi feroz, que produjo, por la misma urgencia con que se desarrolló, un cierto enviciamiento de posturas. Afortunadamente, la labor de los siguientes ponentes, en particular Robert Lee y Stephen Kunitz, actuó de bálsamo y permitió que las siguientes discusiones, en especial las de la mañana del domingo 14 de noviembre, durante la sesión consagrada exclusivamente a comentario general, discurren por cauces de mayor entendimiento.

El título de este último período de la reunión, tal y como figuraba en el programa inicial, era: *Establishing a Dialogue between History of Medicine, Historical Epidemiology, and Historical Demography*. Lo he utilizado para titular este comentario porque encierra una definición correcta de lo acontecido en Bloomington esos días de noviembre pasado. Ante la imposibilidad de entrar con detalle en todas las cuestiones suscitadas, del calibre que la nómina de las sesiones deja entrever y que pronto serán accesibles a todos a través de la publicación prometida, me voy a limitar a señalar los puntos cruciales, a mi entender, de dicho debate.

Desde la perspectiva de la aportación de datos novedosos, la Conferencia consiguió reunir el más amplio panorama de estudios monográficos sobre la instauración de los Registros Civiles o similares en el mundo industrial, desde la perspectiva de los registros de muertes: fechas, legislación, motivaciones, personalidades, referentes a -por orden de presentación en las jornadas- Dinamarca, Japón, Alemania, España, Países Bajos, Inglaterra y Gales, Noruega, Baviera, la ciudad-estado de Bremen y Suecia. La profundidad de cada acercamiento particular es notoria y su conjunto supera en mucho la información que suministran otras obras generales, como la *Histoire de la Démographie*, de J. y M. Dupquier (1985).

Desde el punto de vista de la discusión teórica, se planteó, ni más ni menos, la validez de esos registros de causas de muerte como fuente para la historia de la población. De manera más precisa, se trató de la articulación de las perspectivas anacrónica y diacrónica en la consideración histórica de las mismas. ¿Existe un objeto de estudio de las causas de la mortalidad histórica que esté naturalmente dado? A este respecto se observaron dos líneas, cuyas formulaciones extremas resultaban irreductibles: donde unos subrayaban la *objetividad* del registro anacrónico, que únicamente debemos traducir a nuestra terminología actual (vía Clasificación Internacional de Causas de Muerte, o similar, como ejemplo práctico de defensa de la ontogenia nosológica a través de la continuidad de la

ciencia médica), otros resaltaban la *naturaleza cultural* de los mismos, por ende su significado original y único en el contexto de su producción, lo que conlleva un rechazo a toda "traducción" por desfiguradora. El grupo primero estuvo capitaneado por historiadores de la población, y algún médico historiador, mientras que del segundo las figuras destacadas fueron historiadores de la medicina y algún demógrafo (no historiador) en activo. Otra parte de los participantes, que no me atrevo a cuantificar, pero en la que me incluyo, nos sentimos especialmente bien representados por las intervenciones ya citadas de Robert Lee (discusión general de las sesiones quinta y sexta) y Stephen Kunitz (resumen general), que asumían los dos rangos de problemas.

En efecto, para poder establecer un vínculo entre las causas de muerte y el estado de salud de una población en el pasado hemos de considerar distintos aspectos. En primer lugar, y como advirtió la comunicación presentada por Edward Higgs, el registro de una muerte es un acto *administrativo*. Esto debe conducirnos a esclarecer el contexto funcional en que tiene lugar, como novedosamente propone el mencionado autor para el Registro Civil británico, lo que desvela el sentido marginal dentro del mismo de la obra de William Farr, por ejemplo; o bien nos hace plantearnos de qué modo se agrupaban los diagnósticos dados por los médicos dentro de las categorías de las clasificaciones en vigor (N. Williams). Del mismo modo, hemos de considerar que por ser un hecho más relacionado con la práctica que con la ciencia médica, como mostraron numerosas comunicaciones (Ann Jannetta, Lynda Bryder, John Rogers, Naomi Williams), en muchas ocasiones en manos de personas no cualificadas técnicamente, en otras sometido a presiones sociales de un orden ajeno al mundo científico-médico (la no identificación de muertes por supuestas "enfermedades vergonzantes", por ejemplo), su anotación ni necesariamente corresponde a la realidad conocida por el facultativo ni tiene por qué ajustarse a las definiciones de los libros de texto. Una consideración ulterior, de no menor calado, es que los Registros obedecieron a un ansia de vigilar las colectividades y de ajustar el funcionamiento de determinadas políticas (Hallie Kitner), por lo que su uso fue de inmediato convertido en arma arrojadiza (la comunicación de Chris Hamlin muestra el diagnóstico *político* por Farr de lo que los médicos locales pensaban que eran muertes por hambre).

Desde el punto de vista médico, y al menos desde la aparición de la peste en la Europa del siglo XIV, se ha pretendido el dominio de las enfermedades colectivas mediante el registro de su morbilidad, no de mortalidad, lo cual ha conducido, a través de un proceso primero limitado a

los brotes epidémicos y luego extendido a la vigilancia sanitaria de las fronteras, al establecimiento de listas de enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O.) desde finales del siglo XIX; de hecho, los médicos españoles hicieron presión, desde que se estableció la Comisión General de Estadística del Reino (1856), para conseguir la mayor amplitud en la recogida de datos vitales, anteriores al momento de la muerte, incluyendo no sólo la mención de la enfermedad que causó la muerte, sino los antecedentes individuales, familiares y medioambientales relevantes, basado en la superioridad del diagnóstico *intra vitam*. Y este interés es el que condujo a los intentos -frustrados- de desarrollar una vía propia, sanitaria, de registro, independiente del aparato estadístico (comunicación de E. Rodríguez Ocaña y J. Bernabeu Mestre). Desde la perspectiva epidemiológica, la consideración de un determinado diagnóstico como causa de muerte ha de completarse con la de los factores de riesgo y las causas predisponentes; de otro modo, resulta imposible enlazar la vida con la muerte en grandes números de una forma que tenga sentido a la luz de los conocimientos actuales.

Y una palabra final sobre el ontologismo nosológico, esto es, sobre la defensa de la existencia, definida y discreta, de las enfermedades como seres o cosas. Desde la perspectiva clínica está claro que es una posición superada, que la medicina ha rechazado abiertamente desde mediados del siglo XIX, aun cuando la demostración de la etiología microbiana produjo su renacimiento momentáneo. Recordemos las palabras de Bouchut (1818-1891): "Lo que llamamos enfermedad no constituye un ser aparte, con sus caracteres propios y específicos, como el animal o la planta". No existe la enfermedad, existen los enfermos: ellos son los seres concretos y definidos, y en su realidad individual (es decir: genética, biográfica y social particular) se plasman determinados problemas de salud que revisten caracteres peculiares en cada caso. Sin embargo, la visión "asistencial" parece enfrentada a la "científica", en el sentido que empleó Claude Bernard. La "filosofía inconsciente" de los médicos académicos, la que se desprende de su actividad diaria, se inclina más rotundamente hacia el positivismo. De este modo, se puede entender cómo Charcot (1825-1893), años después de Bouchut, pudo decir: "Las enfermedades son de lo más antiguo y nada acerca de ellas ha cambiado. Somos nosotros los que cambiamos al aprender a reconocer en ellas lo que antes no percibíamos" (cita que merece un lugar de privilegio en el frontispicio de un libro de texto de lo más usual en nuestras Facultades, el tratado de *Medicina Interna* iniciado por A.V. Domarus (1881-1945) y continuado por Pedro Farreras (1916-1968) y Ciril Rozman).

La perspectiva científica impone ciertas condiciones, la sistematización y la generalización, como un requisito obligado para la reproducción y aumento de los conocimientos, actividades presididas por determinadas ideas directrices, cambiantes, como pueden ser la crisis humoral, la centralidad de la lesión orgánica, el desarreglo funcional, la etiología microbiológica u otras. Dichas ideas se plasman en estrategias técnicas concretas, que afectan nuestra capacidad de percibir. Si es relativamente fácil rastrear, a partir de un relato vívido, la secuencia de hechos biológicos que identifican un ictus cerebral (pérdida brusca del conocimiento, rubicundez extrema, suspensión motora, con rápida advertencia de parálisis facial, etc.), es mucho más difícil advertir la misma claridad a través de los tiempos en, por ejemplo (y es el caso de la mayor parte de la patología), los padecimientos isquémicos del corazón. Éstos se diagnostican a partir de una semiología en la que participan la electrocardiografía, los rayos X y ciertas determinaciones bioquímicas en sangre; teniendo en cuenta que tales técnicas se han puesto a punto entre 1890 y 1950, aproximadamente, se entiende que, para fechas anteriores, sea muy difícil encontrar pruebas de dichos padecimientos o incluso garantizar la exactitud de dicho diagnóstico, en el caso de encontrarlo, salvo mediante necropsia, algo inmensamente minoritario en el contexto poblacional global. Cuando se encontraban juntas la afectación respiratoria y la cardíaca, durante buena parte del siglo XIX se dio preferencia en el certificado diagnóstico a la primera; a partir de 1921, en el Reino Unido, se recomendó justamente lo contrario, al igual que, después de 1925, se incluyó el diagnóstico de "degeneración miocárdica con arterioesclerosis" dentro del grupo de "enfermedades del corazón", separándolo de "enfermedades de la sangre y de los grandes vasos", donde aparecía hasta entonces. Ambos hechos identifican el ascenso de la atención por el corazón -justificado por Bartley (1985) en términos políticos-, algo que alcanza hasta nuestros días, sobre los que cuelga -bien que con menos presión que durante los sesenta y setenta- la amenazante espada de Damocles de una "epidemia coronaria", advertida con posterioridad a la II Guerra Mundial. Pero dicha epidemia puede considerarse, hasta cierto punto, como un artefacto: sólo entonces se podía medir la incidencia del infarto de miocardio, puesto que sólo desde ese momento *sabíamos* identificarlo.

Algunos han visto el problema del diagnóstico retrospectivo como una cuestión de diacronía terminológica, algo que no se comentó estrictamente durante la Conferencia, pero que tiene importancia en nuestro medio. La recogida paciente de los significados y su ordenación en tesauros estructurados según categorías semánticas genero-específicas, asociadas o



de equivalencia, sin embargo, no basta para superar la distancia contextual entre unas y otras formulaciones. Hasta qué punto nuestra percepción cambiante cambia la construcción de lo percibido no es algo que debamos discutir aquí, puesto que es uno de los problemas centrales que abordan la sociología y la filosofía de la ciencia y, a mi parecer, en líneas muy afines en la actualidad.

¿Quiere esto decir que no es posible la acumulación en series largas de registros de causas de muerte? Pues yo diría que sí, si es que pretendemos hacerlo ignorando los problemas señalados: burocráticos, médicos, sociales. La fuerza del acercamiento puramente cuantitativo se debilita en tanta mayor medida cuanto evite la precisión cualitativa. Conseguir la mejor síntesis, ésa es la tarea.

## **Bibliografía**

- DUPAQUIER, J. y M., 1985, *Histoire de la Démographie*, Lib. Perrin, Paris.
- PÉREZ BRIGNOLI, H., 1988, "Seminario sobre: «La Medicina y el descenso de la mortalidad», Lac d'Annecy, junio de 1988", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, VI, 3, 119-127.
- SCHOFIELD, R., REHER, D.S. y BIDEAU, A. (eds.), 1991, *The Decline of Mortality in Europe*, Clarendon Press, Oxford.
- BARTLEY, M., 1985, "Coronary heart disease. A disease of affluence or a disease of industry", en: WEINDLING, P. (ed.), *The Social History of Occupational Health*, Croom Helm, London, 137-153.