
Modelo demográfico y problemas sanitarios

Antonio Fernández García

Arbor CLXIX, 666 (Junio 2001), 323-342 pp.

Un modelo premoderno

Desde el punto de vista de la demografía histórica el cambio de siglo se significó en España por la multiplicación de los recuentos de población. A partir de la obra de Malthus y Riccardo todos los pensadores sociales del siglo XIX habían reconocido la trascendencia de los fenómenos poblacionales para el conocimiento analítico y prospectivo de las sociedades, tesis que habían influido en la obra de Fermín Caballero y de Manuel Colmeiro¹ y contribuido a la fundación de institutos especializados, entre otros la Junta de Estadística del Reino y el Instituto Geográfico y Estadístico, y a la realización de censos nacionales periódicos, de elaboración teóricamente decenal pero que en la línea divisoria de las dos centurias se apretó con la edición de los Censos nacionales de 1897 y 1900. Sucesivos empadronamientos madrileños, en 1885, 1886, 1895, varias revisiones del padrón, el estudio de la población española entre 1886 y 1892 efectuado por el Instituto Geográfico y Estadístico y la aparición en los años noventa de Boletines y Anuarios estadísticos y demográficos proporcionan al historiador de la población un repertorio que se califica por la fiabilidad y minuciosidad de los datos. Aclaremos que más allá de la exactitud de las cifras escuetas nos interesará destacar las vertientes sociales deducibles de los indicadores demográficos, sobre el supuesto de que constituyen un signo preciso de la calidad de vida de los individuos.

A lo largo del siglo XIX la evolución del censo de la Villa había pasado por cuatro fases². Partiendo en 1800 de una población que oscilaba, según los diferentes recuentos, entre los 176.000 y 200.000

habitantes, hasta 1845 Madrid no creció en términos censales, frenada por los mismos factores que paralizaran la evolución de la población peninsular y por alguno específico, que hemos indicado en otra ocasión; entre 1845 y 1860 experimentó un ritmo de crecimiento notable, propulsado por la formación de una red articulada de transporte y por el desarrollo del aparato estatal propio del régimen liberal; en los años 60 se produjo una sorprendente parálisis y una pequeña contracción provocada por las crisis política, financiera y agraria de los últimos años del reinado isabelino; desde 1869 a 1900 la capital vivió tres décadas de crecimiento sostenido aunque de menor gradiente que el de los años 50, hasta alcanzar los 539.835 habitantes que el Censo de 1900 le reconocía.

La denominada revolución demográfica había aparecido en estrecha relación con la revolución industrial, de donde se infiere que la tardía y geográficamente localizada industrialización española se interrelaciona con el retraso en la modernización del modelo demográfico. De los indicadores propios del ciclo demográfico moderno ninguno ofreció tanta trascendencia como la contracción de las tasas de mortalidad y de manera especialmente influyente la reducción, si bien tardía, de la mortalidad infantil. «La combinación de una tasa de fecundidad alta y continuada con una mortalidad infantil decreciente dio lugar en Inglaterra a la familia victoriana», escribió Wrigley³, autor de estudios clásicos sobre la población inglesa y londinense. Si tomamos como referente el modelo inglés hemos de concluir que el madrileño presentaba arcaísmos que no nos permiten hablar de un modelo de transición hasta los primeros años del siglo XX ni de modernización demográfica plena hasta los años veinte. Cinco rasgos definían el modelo madrileño fin de siglo: superiores tasas de mortalidad con respecto a la natalidad, persistencia de una mortalidad infantil elevada, desniveles acusados en las tasas de mortalidad diferencial, flujo inmigratorio continuo como elemento compensador del crecimiento vegetativo negativo, e intermitentes crisis de sobremortalidad. Este modelo arcaico, correspondiente a una época protoindustrial, comenzaría a entrar en crisis en los años posteriores a 1900, si bien todavía ataques epidémicos intermitentes —el de mayor envergadura, la gripe de 1918-1919— y mortalidad infantil alta frenaran el paso al ciclo moderno.

El crecimiento vegetativo negativo es el indicador clave, el que traduce las difíciles condiciones de vida de parte de la población. «Madrid, ciudad de la muerte», así la calificó Revenga⁴ en un trabajo de principios de siglo, calificación ampliada en editoriales y artículos de fondo de los principales rotativos, especialmente «El Imparcial», que

dedicó una serie a este fenómeno de la supremacía de la muerte en una época histórica en la que las naciones más adelantadas habían conseguido rebajar sus índices. En 1890, cuando Madrid sufrió el embate de una doble epidemia de gripe y viruela ⁵ además de un amago amenazador del vibrión del cólera, perdió en el diferencial de natalicios y óbitos 4.743 habitantes. En los años siguientes la situación comenzó a mejorar, pero todavía la mortalidad tendría potencia para frenar el crecimiento censal de no mantenerse el flujo migratorio. Veamos el balance que ofrecía en la Villa el engranaje de la natalidad y mortalidad en los años inmediatos a 1900.

CUADRO 1. Natalidad y mortalidad madrileñas en torno a 1900

Años	Nacimientos	Defunciones	c. v.
1894	16.033	15.639	394
1895	15.756	17.950	-2.194
1896	15.949	18.151	-2.202
1897	15.413	14.595	-182
1898	15.629	15.191	438
1899	15.473	15.931	-458
1900	15.479	17.406	-1.927
1901	15.908	17.284	-1.376
1902	15.832	14.411	1.421
1903	16.216	15.900	316
1904	15.887	15.243	644
1905	16.081	15.932	149

Fuentes: Anuarios municipales, Anuario Estadístico de España, Hauser.

Aunque en este cuadro recogemos las estimaciones más favorables, se percibe que en bastantes años de esta serie —1895, 1896, 1897, 1899, 1900, 1901— los óbitos superan a los nacimientos, si bien a partir de 1902 ⁵, a pesar de las oscilaciones de la mortalidad, se produce un cierto equilibrio y el inicio del despegue relativo de la natalidad.

La pérdida biológica de población no constituía un fenómeno singular de Madrid, puesto que durante las primeras fases de la revolución industrial todos los centros urbanos la experimentaron en diverso grado, hasta el punto de que se denominó a las ciudades «sepultureras de hombres», pero antes del final de siglo las grandes ciudades europeas habían salido de esa peligrosa situación mediante la aplicación de

políticas de higiene social. En 1884 informes del doctor Recio y trabajos de «El Imparcial» constataban que la tasa de mortalidad de 3,14% de Madrid era únicamente rebasada por la de 4,19% de Alejandría, en un periodo en que se citaba el puerto egipcio como centro focal de las plagas, y superaba el 2,46 de Lisboa, 2,24 de París, 1,41 de Londres, 1,19 de Berlín, 1,09 de Roma, y otras ciudades en mejor situación, como Amsterdam, cuya tasa no excedía, creemos que circunstancialmente, el 0,76%. Más meticulosas fueron las estadísticas elaboradas en 1892 por el Instituto Geográfico y Estadístico, que calculaban para Madrid durante el septenio anterior, una tasa de 3,28%, superior a la de 2,64 de Budapest, 2,42 de Viena, 2,26 de Glasgow, 1,95 de Berlín⁷. Incluso Hamburgo, cuyas condiciones sanitarias quedaron en evidencia en la terrible epidemia de cólera de 1893, había ofrecido en el septenio el envidiable índice de 1,68.

Habría de ser sometida a revisión crítica cada una de las tasas de mortalidad de estas ciudades, sin embargo para nuestro propósito baste constatar la mala situación comparativa de Madrid, no sólo señalada por las tablas estadísticas sino además por la prensa, revistas y publicaciones especializadas de la época. El 10 de abril de 1898, en horas inciertas ante el rumbo de las relaciones con los Estados Unidos, que abocaban a una guerra inexorable, se abría en Madrid el IX Congreso Internacional de Demografía e Higiene. Trece secciones, diez consagradas a temas de higiene y tres a demografía, se repartieron el temario de conferencias y debates. Las malas condiciones higiénicas de la Villa sede salieron a relucir en varias ocasiones.

La estabilización de un cv de signo positivo la mayoría de los años nos permite afirmar que a partir de 1902 se produjo la entrada en un ciclo de transición. La superioridad de la natalidad con respecto a la mortalidad nos sitúa ante una población dotada biológicamente de poder de avance, capaz de crecer por sí misma, a pesar de que sin los flujos migratorios el despegue hubiera sido todavía titubeante. Y decimos de transición porque persistían arcaísmos demográficos, como hemos indicado, tanto por lo que a la mortalidad infantil se refiere como por las crestas de sobremortalidad de carácter epidémico.

Para el conocimiento de la sociedad madrileña ofrece mayor relevancia la comprobación de la convivencia de varios modelos demográficos correspondientes a diferentes espacios urbanos⁸. En los distritos humildes, con índices altos de natalidad y mortalidad y mayor incidencia de la mortalidad catastrófica, se dibujaban modelos demográficos más arcaicos que en los distritos donde residían las capas superiores de la pirámide social. Es un aspecto sobre el que vamos a insistir.

El cruce de dos tendencias: inmigración y mortalidad infantil

El signo negativo del crecimiento vegetativo requería que la inferioridad de la natalidad se viera compensada con aportes de población foránea; en este juego la inmigración aparece como el factor compensador y dinamizador en la evolución de la población madrileña. Los sucesivos empadronamientos, en los cuales se consigna la procedencia de los habitantes, nos permiten medir este fenómeno, que en el siglo XX alcanzaría un ritmo todavía más acelerado no obstante fuera a lo largo del último cuarto del siglo XIX cuando había resultado decisivo para corregir la erosión de la alta mortalidad.

Por los Censos y padrones sabemos que invariablemente era superior el número de habitantes nacidos fuera de la Villa. El Censo de 1877 fue el primero que incluyó la procedencia por provincias y edades, indicando las proporciones de inmigrantes en cada distrito, datos que apuntan a las zonas más marginadas, ya que en términos globales la población recién llegada formaba bolsones de pobreza. Los empadronamientos de 1885 y 1886, utilizados para el Censo de 1887 y para el estudio que el Instituto Geográfico y Estadístico realizó sobre la población española entre 1886 y 1892, permiten comprobar la superioridad de los foráneos, puesto que en 1 de enero de 1888 vivían en la Corte 130.041 varones de fuera frente a 93.020 naturales de la capital, y 142.307 forasteras frente a las 105.925 madrileñas. Diez años más tarde, en 1898, la situación se había equilibrado un poco, porque mientras los 118.596 varones forasteros superaban a los 115.787 naturales de la villa, las 135.040 mujeres de provincias ya no prevalecían frente a las 139.650 nacidas en la capital⁹.

Frente a este flujo continuo se alzaba un dique, que frenaba la dilatación del censo. La mortalidad infantil ofrecía un carácter estructural, pues sus índices dependían de condiciones generales de higiene social y de los niveles de vida de las familias. Su clasificación por clases sociales fue medida para Barcelona por el doctor Comenge; esta diferenciación por niveles en relación a las condiciones del hogar se puede comprobar para Madrid a través de los libros de defunciones del Registro civil. A partir del listado de difuntos por edades hemos podido corroborar que en 1901 la mortalidad infantil era más alta en los distritos proletarios que en los que albergaban las viviendas de las clases con superior capacidad adquisitiva. En enero de 1901, en un mes crítico para determinadas patologías de la infancia, de los 191 fallecidos en el distrito de Palacio 80 no rebasaban los cuatro

años mientras en Universidad del total de 262 la cifra comprendida entre los 0 y 4 años alcanzaba 130 nombres, con lo que comprobamos que Universidad, distrito de calles estrechas y viviendas vetustas sufría una mortalidad infantil del 50% de la total, en tanto Palacio, donde coexistían al lado de barrios humildes otros de amplios espacios verdes y habitantes de elevado nivel, quedaba por debajo de esa cota. Del total de 17.284 óbitos en 1901, 3.730 correspondieron a los menores de un año (21,58%) y 3.350 al segmento de 1 a 4 años (19,38%), con lo que el total de fallecidos antes de cumplir los cinco años supuso el 40,96% del total, proporción terrible que por sí sola reflejaba uno de los índices más negativos de la población española en los inicios de siglo ¹⁰.

A pesar de que el juego de los índices demográficos comenzó a dibujar una tendencia positiva a partir de 1902, persistían altas cotas de mortalidad infantil, que preocupaban a las autoridades sanitarias ¹¹. En la Memoria demográfico-sanitaria de 1904 se decía: «La sombra de Herodes parece vagar satisfecha por las calles de la Villa», y en la del año siguiente, al producirse un incremento de los índices, se exclamaba con expresión más propia de editorialista escandalizado que de estadístico académico: «Madrid es un pueblo infanticida» ¹². Algunas patologías de la infancia aumentaban su potencia. En 1903 fallecieron por diarrea 931 niños menores de dos años, en 1904 eran 1.020 y en 1905 1.134, lo que equivalía a un incremento de 6,42 dígitos a lo largo del trienio, al pasar de una proporción de 29,05 por mil nacidos a 35,47. El equipo que elaboró las estadísticas demográficas no dejó de advertir que el factor determinante era el nivel económico de las familias. La proporción de recién nacidos fallecidos en las casas particulares, donde las familias pudientes recibían las atenciones médicas necesarias, se situaba en el bienio 1904-1905 en un 27,37 por mil; en los establecimientos hospitalarios, a los que acudían quienes carecían de medios, se elevaba al 127,36 por mil, lo que suponía una tasa cerca de cinco veces más alta.

Si examináramos este indicador en cada uno de los diez distritos de Madrid nos encontraríamos con una situación compleja, que requeriría un espacio del que no disponemos para su análisis. Pero si descendemos a la escala de los barrios y nos reducimos a una sola enfermedad, la disentería, comprobamos que se cebaba preferentemente en los niños de la clase menesterosa, pues siendo la mortalidad general por esta patología de un 35,47 por mil, casi la doblaba el barrio de Bellas Vistas (69,03), seguido por Hipódromo (53,24), Apodaca (49,18), Guindalera (48), que dibujaban áreas oscuras en el mapa urbano, mien-

tras Huerta del Bayo, Cuatro Caminos, Humilladero, se movían en torno a la media, y barrios de distritos distinguidos, casos de Almirante (5,32), Cañizares (5,13), Colón (4,39) o Fernando el Santo (4,05), señalaban espacios donde la higiene social, la calidad del urbanismo y la vivienda y el nivel de vida acomodado de las familias ofrecían a los niños una seguridad de la que carecían en otras zonas de la ciudad ¹³.

A lo largo de la primera década del siglo, mientras otros índices demográficos y sanitarios ofrecían una mejora clara de la situación, la mortalidad infantil oscilaba con tenacidad en torno a la cota del 40 por mil, y sólo mediada la segunda década pudo percibirse una flexión a la baja de una tasa tan indicativa de la calidad de vida de las familias. A la altura de 1910 Madrid se situaba en este problema en el tramo medio en una tabla de capitales de provincia, en la cual Zamora, Salamanca, León, Orense, Palencia, ocupaban los peores lugares, y el área mediterránea, con Barcelona, Valencia, Alicante, Gerona, Tarragona y Baleares, señalaba la situación más favorable ¹⁴.

Geografía social: los distritos

A pesar de que Madrid ingresó en el siglo XX sin culminar el paso del artesanado a la industria no quedó inmune a la revolución que en el urbanismo supuso la industrialización, que derivó en una distribución dual del plano urbano, dibujando un mapa de barrios burgueses, herederos del urbanismo barroco, suntuoso y dotado de espacios que abrían plazas y viviendas a la contemplación del horizonte distante, y barrios proletarios, donde se acumulaban las lacras de la ciudad industrial, de diseño raquíptico y carente de servicios colectivos. Esta dualidad se reflejó nítidamente en las tasas demográficas y en el potencial de las enfermedades que embestían endémica o epidémicamente a la población de la Villa.

Durante el último cuarto de la centuria podían clasificarse los diez distritos en tres niveles: opulentos (Buenavista, Congreso y Centro), medios (Palacio, Audiencia y Hospicio) y pobres (Universidad, Hospital, Latina e Inclusa), geografía social que coincide con la señalada en el estudio médico social de Hauser para el periodo anterior al año 1900, si bien es preciso descender a la escala de barrio porque dentro de una demarcación administrativa podían distinguirse en calles vecinas diferencias ostentosas de nivel de vida y calidad sanitaria. Empero, aunque tienda a la generalización, la escala distrital permite comprobar

el modelo segregacionista del Madrid decimonónico y su pervivencia en el umbral del nuevo siglo.

Según el empadronamiento de diciembre de 1900 ¹⁵ Buenavista, con 85.446 vecinos, era el más poblado, seguido por Universidad, Hospicio y Palacio, que rebasaban los 60.000, en tanto en el otro extremo de la tabla se situaban Centro con 25.000 habitantes y Audiencia con 34.000. Si volviéramos la vista treinta años atrás comprobaríamos que según el empadronamiento de 1871 Universidad, Latina e Inclusa comparecían como distritos de efectivos humanos más nutridos, si bien Centro los superaba en densidad, pero ya en los años 80 Buenavista había pasado a ocupar el primer lugar en el censo de habitantes. Tras la divergencia de las gráficas se ocultaban realidades sociales en relación con los espacios del Ensanche, calificados por los servicios y el trazado amplio del callejero, proceso que convirtió Buenavista en el más atractivo para las familias que podían permitirse la compra o alquiler de vivienda en su recinto, mientras los distritos del Sur evolucionaban hacia áreas de repulsión poblacional, castigadas por la estrechez de los inmuebles y la carencia de servicios tan fundamentales como el agua corriente y el alcantarillado. Esta dicotomía, propia de la ciudad industrial, no podía dejar de reflejarse en los indicadores demográficos y sanitarios.

Las áreas de pobreza del mapa madrileño se atenían a un modelo demográfico más arcaico, con superiores cotas de natalidad y mortalidad, y se veían afligidas por tasas más elevadas de mortalidad infantil y embestidas más severas de mortalidad catastrófica. Los distritos del Sur, Latina, Inclusa, Hospital, además del de Universidad, señalaban su falta de modernización y la condición humilde de sus habitantes en cada uno de los indicadores; frente a ellos, en las condiciones más favorables del mapa madrileño, se destacaban los distritos de Buenavista, Congreso y Centro. Esta era la situación en los últimos años del siglo XIX y así se mantenía en los primeros del nuevo siglo. Tasas de natalidad que se aproximaban al 4% en Latina e Inclusa se encontraban muy por encima de las consideradas normales en la Europa industrializada fin de siglo, y contrastaban con las que apenas rebasaban el 2% en Centro y Congreso.

Los problemas de hacinamiento y promiscuidad, un vector de la frecuencia de los nacimientos, se reflejaban en otro indicador de tipo social reafirmador de la problemática situación de los distritos de menor nivel económico. Nos referimos al porcentaje de hijos ilegítimos ¹⁶, que se situaba en 1900 en un 19,18% en Latina y en un 18,01% en Universidad, en 1900, frente al 5,07% de Audiencia. Estos contrastes re-

sultaban todavía más sensibles si se descende a escala de barrio. Observemos que Peñuelas, en el distrito de Latina, centro focal de la epidemia de cólera de 1885, descrito siempre en tonos sombríos por médicos, higienistas y urbanistas, superaba la tasa de su distrito, con 115 nacimientos ilegítimos frente a 377 legítimos, pero a pesar de ello no ocupaba el primer lugar en esta tabla problemática, porque en el barrio próximo de Embajadores nacieron en 1900 368 hijos ilegítimos frente a 95 legítimos, y sobre todo Provisiones, donde 721 niños no nacidos de matrimonio suponían 5,5 veces la cifra de los 136 nacidos de matrimonio. Thompson¹⁷ había dedicado atención al problema del hacinamiento al estudiar las condiciones de vida del proletariado en su clásico estudio sobre la clase obrera inglesa, pero su análisis se centra en otra etapa de la industrialización europea, en el primer tercio del siglo XIX; Madrid ofrecía un panorama similar en algunos de sus barrios setenta años más tarde. Había llamado la atención sobre la concentración de población en espacios raquíticos el Instituto Geográfico y Estadístico al describir el Madrid de los años ochenta, y repitieron datos y descripciones para los primeros años del siglo XX el estudio de César Chicote y artículos de García Ormaechea, en los cuales denunciaba el «hacinamiento espantoso» en corredores, corralas y viviendas de patio¹⁸.

Por otra parte los distritos pobres se singularizaban por sus tasas superiores de mortalidad, señalando diferencias que alcanzaron proporciones de dos a uno, lo que nos lleva a concluir que la duración media de la vida del madrileño dependía del distrito o barrio en que residía, aunque, es obvio, no constituyera el vector determinante el dato geográfico sino el social del nivel económico de las familias y su consecuencia inmediata, la calidad de la vivienda. No deja de resaltarlo Hauser, y es tema al que hemos dedicado atención al examinar la Información abierta por la Comisión de Reformas Sociales de 1883¹⁹. Podríamos insistir con cifras en las variables que repercuten en las tasas de mortalidad: servicios urbanos, superficie y calidad de la vivienda —perceptible en los precios de los alquileres—, nivel económico y educativo de las familias, pero creemos que Hauser fue capaz de resumir todas las vertientes del problema en un solo párrafo:

«No es siempre la gran densidad de población de un distrito por sí solo lo que es perjudicial a la salud de sus habitantes sino el hacinamiento de éstos en locales desprovistos de luz y de la cubicación de aire necesaria, pues los distritos del Centro y del Congreso, a pesar de su gran densidad de población, tienen una mortalidad mínima de 23,8 y 22 por 1.000, mientras que los distritos del Hospital y de la

Inclusa, con una densidad de población inferior, tienen una mortalidad máxima de 36,6 y 40 por 1.000. Este hecho, aparentemente paradójal, tiene su explicación en las circunstancias siguientes: los primeros están habitados por la clase de población más acomodada, que come bien, viste bien y ocupa habitaciones espaciosas, y la falta de superficie de terreno del distrito se halla compensada por la altura de las casas, constituídas por varios pisos, mientras que los últimos están habitados en su mayor parte por la clase obrera y empleados de poco sueldo, con una alimentación y calefacción deficientes en el invierno, y que apiñada en habitaciones sucias, estrechas, mal ventiladas y caldeadas en el verano, ofrece menor resistencia vital a los gérmenes de las enfermedades infecciosas»²⁰.

La tuberculosis, el mayor desafío

Congresos internacionales y revistas especializadas dedicaban sus sesiones y sus páginas a estudiar la amenaza que suponía el bacilo de Koch, embate cuya nota relevante era la prevalencia de circunstancias sociales en su etiología. Si la «Revista de Higiene y Tuberculosis», fundada por Chabás en París y editada en castellano en Valencia, y que incluía colaboraciones de Comenge en Barcelona y de Carracido, Rector de la Universidad Central, y Verdes Montenegro, director del Dispensario Antituberculoso, en Madrid, se orientaba hacia los aspectos médicos, otras publicaciones, como «La Salud Pública» y «La Medicina Social Española», reconocían a esta vertiente de las circunstancias sociales una importancia primordial. En el XIV Congreso Internacional de Medicina (1903) Guerra y Cortés enmarcaba en su ponencia «La tuberculosis del proletariado en Madrid»²¹ la enfermedad en parámetros como el salario y la vivienda, concluyendo: «Que el mal tiene su origen, además de en las pésimas condiciones generales en que se encuentra la población, en la deficiencia de higiene con que viven las clases proletarias por su falta de instrucción y sus escasos recursos pecuniarios, así como por la absoluta carencia de medidas puestas en práctica oficial e individualmente para evitar el contagio». En su estudio sobre la clase obrera inglesa señalaba E.P. Thompson²² la tisis como enfermedad del proletariado. En torno a 1900, ya lo habían anticipado para el Madrid de fin de siglo autores como Espina y Capó, Verdes Montenegro o Alvarez R. Villamil²³.

Si el contagio y la difusión de la enfermedad dependían de circunstancias sociales un mapa urbano tan claramente diferenciado como

el madrileño tenía por fuerza que reflejar en el embate del bacilo de Koch las condiciones sanitarias y el nivel de vida de los diferentes distritos.

CUADRO 2. Proporción por mil habitantes de las defunciones ocurridas a causa de tuberculosis en cada distrito

Número de orden	1903		1904		1905
1º Latina	3,13	Hospital	5,71	Hospital	5,13
2º Inclusa	2,98	Inclusa	5,42	Inclusa	4,69
3º Chamberí	2,97	Latina	4,48	Latina	4,34
4º Hospital	2,76	Universidad	3,98	Universidad	3,99
5º Palacio	2,62	Chamberí	3,91	Chamberí	3,28
6º Hospicio	2,53	Hospicio	3,80	Palacio	3,14
7º Universidad	2,27	Palacio	3,40	Congreso	3,07
8º Centro	1,97	Congreso	3,29	Hospicio	2,81
9º Buenavista	1,94	Centro	2,76	Centro	2,72
10º Congreso	1,67	Buenavista	2,25	Buenavista	2,49

Fuente: Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». 1905.

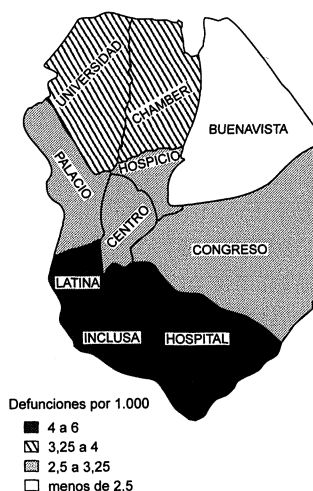
Se desprende de este cuadro estadístico la indefensión de los tres distritos proletarios del sur, Hospital, Inclusa y Latina, ante el ataque del bacilo. Hospital, en situación media en el año 1903, rebasó la alta cota del 5 por mil los dos años siguientes; Inclusa mantuvo en el trienio la segunda plaza, alcanzando su cota de letalidad máxima en 1904. Latina se ubicó en el primer lugar en el ranking de la mortalidad tuberculosa en 1903 y pasó al tercero los dos años siguientes, pero con un mayor tributo de fallecimientos. En esta situación problemática confluían las circunstancias topográficas de un distrito situado en cotas bajas y próximas al río con un urbanismo depauperado de calles estrechas y habitantes de menor poder adquisitivo, que ocupaban viviendas reducidas, lo que imposibilitaba el aislamiento del enfermo, y cuyos residentes por añadidura se alimentaban peor. La Memoria demográfica de 1905 expresaba su pesimismo acerca de la posibilidad de erradicar la enfermedad; «dedúcese la amarga consecuencia de que no hay redención posible para esas demarcaciones, en las cuales, por desgracia suya, se juntan en fatal consorcio la situación topográfica, mucho más baja que la del resto de la población, y la posición económica de sus moradores; la estrechez de calles, la insalubridad de casas, la aglomeración de familias en espacio inverosímil, la ignorancia, el de-

saseo, la insuficiencia de alimentación, la imposibilidad de atajar los progresos de la morbosidad cuando ésta se presenta»²⁴.

En situación media se encontraban los distritos de Universidad y Chamberí. En algunos de sus barrios se hacía población proletaria que vivía en condiciones similares a las de los distritos del mediodía, pero en otros barrios vecinos vivían familias de nivel superior, y por otra parte podían señalarse en su recinto calles anchas y arboladas, plazas y una mejor orientación hacia la sierra con la consiguiente ventaja de una ventilación y una insolación más adecuadas.

Centro, Congreso, Hospicio y Palacio disfrutaban de la ventaja de la satisfactoria condición de las familias, y aunque en zonas de sus demarcaciones perduraba un urbanismo reñido con la higiene otras disfrutaban de todas las ventajas de los servicios municipales adecuados, entre ellos la extensión del alcantarillado, las viviendas holgadas y un diseño urbano idóneo, aunque no alcanzaran las ventajas del distrito de Salamanca, descrito en la Memoria demográfica con «casas acomodadas a todas las exigencias científicas; la ventilación de ellas es grande y en su barrio más importante, el antiguo de Salamanca, los patios son espaciosos», ventajas de la vivienda que se multiplicaban por datos urbanos como la anchura de los viales y el arbolado abundante, amén de las condiciones sociales de los vecinos: «júntase lo selecto del vecindario muy ilustrado en su mayor parte, con la afición al baño, familiarizado con el aseo, con capacidad para elegir alimentos y con medios de fortuna para escogerlos sanos, nutritivos y abundantes»²⁵.

1905 MORTALIDAD TUBERCULOSA



Hemos comprobado que a escala de distrito se infería la relación entre el potencial de una enfermedad contagiosa, el nivel de vida de las familias y las estructuras urbanas, no obstante es preciso descender a escala de barrio porque el espacio administrativo de los distritos resultaba demasiado grande para albergar una muestra social homogénea. Aunque al menos desde el último decenio del XIX podría seguirse la implantación de la patología año a año, centraremos nuestra atención en el año 1905, en el que se elaboró una Memoria especialmente detallada. La tasa media de mortalidad en Madrid por tuberculosis fue en esa fecha del 3,57 por mil, ampliamente rebasada, como hemos apuntado, en los cuatro distritos más castigados.

Diez barrios proporcionaron en 1905 el contingente mayor de víctimas²⁶: Doctor Fourquet, Cabestreros, Quiñones, Aguas, Santa María de la Cabeza, Quintana, Las Mercedes, Rastro, Huerta del Bayo y Lavapiés. Tanto en los años anteriores como posteriores, con ligeros intercambios de situación, comparecen en las listas de barrios en peor situación sanitaria por lo que a la tuberculosis respecta. Varios de ellos, casos de Santa María de la Cabeza y Huerta del Bayo, figuraban como los de hogares más humildes si nos atenemos al precio de los alquileres facilitado por el Ayuntamiento, y entre sus residentes se integraban bolsones de trabajadores foráneos recién llegados a la Villa. A la cabeza en una clasificación por letalidad, Doctor Fourquet alcanzaba un 13,35 por mil, cuadruplicando casi la media de la ciudad, en lo que influía la proximidad del hospital pero también la humilde condición de viviendas e inquilinos. Aclaremos que la estadística municipal clasificaba los fallecidos en establecimientos benéficos en relación a sus domicilios, no contabilizando donde morían sino donde vivían, en consecuencia las tasas recogían la mortalidad de cada distrito sin las alteraciones que podrían introducir los establecimientos asistenciales. No se encontraba en mejor situación el barrio de Cabestreros, del distrito de la Inclusa, que perdió ese año el 11,27 por mil de sus vecinos ante el ataque de una sola enfermedad. Por tanto un barrio de Hospital y otro de Inclusa aparecían como dos manchas negras más intensas en el mapa de la tuberculosis, flanqueados por otros barrios en situación no mucho más favorable. En el distrito de Hospital, los barrios obreros de Santa María de la Cabeza con un 7,03 y Lavapiés con un 6 duplicaban el promedio de Madrid. En Inclusa, lejos de la punta dibujada por Cabestreros, el Rastro con 6,50 y Huerta del Bayo con 6,35, dos barrios obreros y artesanos como se comprueba en el padrón, eran pasto del bacilo.

En el tercer distrito proletario del mediodía, Latina, con una tasa de mortalidad tuberculosa de un 4,34 por mil, aproximadamente un dígito por encima de la media madrileña, presentaba entre los mortíferos el barrio de Aguas, con un índice de 7,04 por mil, y a cierta distancia Humilladero (5,12), Calatrava (5,07) y Alfonso VI (5,01). No deseamos insistir en la condición humilde de los vecinos de estas zonas, pero digamos que Humilladero aparece con frecuencia como barrio de agudos problemas sociales en la documentación de la época y que Calatrava se destacaba por el índice de nacimientos ilegítimos, uno de los indicadores del hacinamiento, que afectaba tanto a la moral como a la profilaxis.

En los distritos de Universidad, Palacio y Chamberí aparecían áreas con tasas bastante diferentes, y su análisis nos permitiría certificar que se mantenía una relación inversa entre la calidad del barrio y la gravedad de la mortalidad y morbilidad tuberculosa. Ante la imposibilidad de un examen tan detallado elijamos un barrio. En el distrito de Chamberí, cuya tasa general fue de 3,28 por mil, el barrio de Dos de Mayo se distinguió por la exigua de 0,96. Dos calles anchas, la de San Bernardo y la de Fuencarral, lo selecto de sus vecinos, la circunstancia de que bastantes inmuebles de San Bernardo y calles aledañas dispusieran de jardín y lo que para el Madrid de entonces suponía «como pulmón saludable la anchurosa plaza que le da nombre» —descripción que hoy no nos parecería ajustada al Madrid actual— confluían en este fenómeno de un nivel envidiable de salud.

Entre los distritos saludables disfrutaba de la primera posición Buenavista, cuyo trazado de viales anchos y perpendiculares, los característicos del Ensanche, el elevado número de palacios con jardín y el poder adquisitivo de sus habitantes les dotaban de una batería de defensas ante los ataques de la enfermedad, pero incluso en este distrito óptimo la escala de barrio permite apreciar diferencias significativas, porque siendo su tasa global de un 2,49 por mil, la multiplicaban los barrios de Las Mercedes (6,72), Goya (4,11) y Prosperidad (3,71), mientras otros seis barrios, Almirante, Biblioteca, Monasterio, Fernando el Santo, Conde de Aranda y Guindalera, presentaban índices salutíferos o bajos que oscilaban entre el 1,09 y el 1,83 por mil de mortalidad por tuberculosis.

Hemos insistido en la vivienda y la calidad urbanística de los barrios, pero en el arraigo de la considerada plaga del proletariado influían asimismo las condiciones de trabajo. En las discusiones en el Senado acerca de la ley de Sanidad en 1899 Maluquer empleó estadísticas elaboradas por el sindicato de obreros guanteros, donde se consignaba

que de cada 12 obreros fallecidos, diez lo eran a consecuencia de la tisis. «El Socialista» iniciaría una campaña a lo largo de bastantes años para denunciar lo que llamaba «vivero de tuberculosos». En 1905, las estadísticas de defunciones según profesión que elaboró el Ayuntamiento, nos permiten saber que en la clase etiquetada «jornaleros» fallecieron 1.918 individuos, de ellos 378 por tuberculosis pulmonar, a los que habrían de sumarse 3 por meningitis tuberculosa y 41 por otras variedades de tuberculosis, totalizando 422 y doblando los 213 fallecidos por neumonía y bronconeumonía que le siguen en tabla ²⁷. La imposibilidad de evitar contactos y las aglomeraciones definían los grupos más expuestos, entre ellos las sirvientas, cuyo tributo a la tisis suponía el 25% del total de fallecimientos, en opinión de los redactores de la Memoria demográfica porque se inscribían en el grupo de edad crítico, en nuestra opinión porque además señalaban la vanguardia del trato con los enfermos y con sus ropas en los hogares acomodados, y en situación comparable las religiosas, con casi el mismo porcentaje, y, sobre todo, las colegialas, que alcanzaban un índice explosivo del 90,9%, exponente elocuente del riesgo de las aglomeraciones, lo que convertía a los colegios en cuarteles de la enfermedad ²⁸.

No cambió la clasificación de los grupos sociales más expuestos a lo largo de los años siguientes, porque la Estadística Demográfica de 1916 señalaba que para los oficios y artes mecánicas la mortalidad por tuberculosis pulmonar suponía el 20,39% del total, superando a las otras causas y marcando un índice más elevado que el que la tuberculosis suponía para las profesiones y artes liberales (14,89) o el 12,32 de los ciudadanos dedicados a la agricultura, industria y comercio ²⁹.

Las amenazas a la salud de los madrileños

El bacilo de Koch era de forma endémica el enemigo número 1 de los barrios proletarios de Madrid, pero otras enfermedades tenían el rango de huéspedes incómodos, y en los años de mortalidad epidémica, en retirada el cólera, alguna patología heredaba las estrategias invasoras de la «gran muerte negra», como había denominado Chateaubriand al vibrión del Ganges. Valgan unos apuntes sucintos sobre las principales amenazas. Remitimos al minucioso estudio de Hauser sobre las del último decenio del XIX, si bien los Anuarios estadísticos de estos dos lustros y los correspondientes a los dos primeros del siglo XX hacen posible un seguimiento cuantitativo de bastantes enfermedades y un

análisis por barrios de la índole del que hemos presentado con respecto a la tuberculosis.

Hemos estudiado la triple epidemia del año 1890, durante la cual la gripe y la viruela recogieron un tributo de 6.000 víctimas mortales, en coincidencia con un amago del cólera, que se limitó a trastornar el comercio más que a sembrar de luto los hogares. En 1896 y 1900 la más virulenta de las enfermedades infecciosas, la viruela, en este último año causante de 1.284 óbitos, señalaría otras dos puntas de sobremortalidad. El sarampión la siguió en importancia a partir de 1890, con una cresta muy marcada en 1895. La elevada mortalidad habitual de la fiebre tifoidea y la difteria venían a continuación en la estadística. Las condiciones urbanísticas que hemos comentado se convertían en el principal inconveniente para la lucha contra estas enfermedades. Hauser comenta que no existían en los hospitales madrileños pabellones destinados al aislamiento de los enfermos infecciosos y resultaba casi imposible la lucha en las viviendas humildes: «los enfermos pobres asistidos a domicilio por enfermedades infecciosas, viviendo en habitaciones pequeñas, estrechas y sucias, no obtienen beneficio alguno con una desinfección ilusoria, pues en este caso no es posible desinfectar los efectos ni la habitación»³⁰. En 1901 la tasa de fallecidos por fiebre tifoidea fue de 5,7 por 10.000 habitantes, señalando una situación mucho más grave que Londres o Frankfurt, que en el decenio 1891-1900 la habían reducido a 1,4, París a 1 y Berlín a 0,4. Tanto las mejoras en la potabilidad del agua como en el saneamiento del suelo habían significado en diferentes ciudades europeas una clara mejora sanitaria, que en Madrid apenas se había iniciado en el umbral del nuevo siglo. La gripe, que se convertiría en la mayor plaga al finalizar la primera guerra mundial, se mantuvo en los años del cambio de siglo sin puntas agudas de sobremortalidad, aunque su presión continua sobre la población fue comentada irónicamente por Hauser: «la gripe ha llegado a adquirir derecho de domicilio en Madrid»³¹.

Todos los años los Anuarios indicaban los porcentajes de fallecidos según enfermedades, lo que hace posible realizar una tabla de intensidades, si bien nos limitaremos a un solo año. Elegimos, por la meticulosidad de la Memoria, 1905, aunque los datos³² apenas varían con respecto a los años anteriores o siguientes. Ese año la principal causa de fallecimiento fue la tuberculosis, que supuso alrededor del 13% del total de óbitos, en una evolución que trazaba una línea ascendente desde 1900, cuando no había alcanzado el 12%. Al 11% se aproximaban las bronquitis y al 9% la bronco-pneumonía y la pneu-

monía. Las diarreas provocaron una mortalidad de en torno al 7% en los menores de dos años y en torno al 3% en los mayores. La meningitis se acercaba al 7%. Estas eran las grandes parcas, por delante de las afecciones del corazón (5,52).

Frente a estos embates la preparación de la Villa ya no en el terreno del urbanismo sino incluso en el de los establecimientos asistenciales no era la adecuada. Al describir el hospital provincial Hauser se quejaba de que se alzara en una de las cotas más bajas del terreno urbano, que el edificio no estuviera separado de la calle por un jardín, que se ubicase próximo a la estación del Mediodía —un inconveniente en circunstancias de epidemia—, que careciese de pabellones de aislamiento, entre otros inconvenientes que el meticuloso médico se detuvo en anotar. Si tales insuficiencias se observaban en el más importante centro asistencial público debemos pensar que los recursos de que se había dotado la Villa para la lucha contra la enfermedad, la rebaja de las tasas de mortalidad y la modernización de su modelo demográfico, eran insuficientes y que la capital de la nación carecía de una política sanitaria moderna.

A modo de conclusiones deseáramos destacar tres fenómenos sobre los que hemos aportado datos en las páginas precedentes.

1º. Madrid ofrecía en el año 1900 un modelo demográfico caracterizado por una serie de arcaísmos: altas tasas de natalidad y mortalidad, crecimiento vegetativo negativo, elevada mortalidad infantil, emergencias intermitentes de las enfermedades epidémicas. Pero sería más adecuado hablar de modelos demográficos en plural, porque estos rasgos no podían aplicarse a la totalidad de los distritos y de los barrios.

A partir de 1902 se iniciaría un cambio hacia un modelo de transición.

2º. El dualismo de la ciudad industrial, en este caso protoindustrial, con su alternancia de áreas distinguidas y deprimidas, tenía un testigo fidedigno en la disparidad de las tasas biológicas. Dos distritos, Buenavista y Latina, resumían dos modelos urbanos y sociales antípodas, que derivaban inevitablemente en dos situaciones demográfico-sanitarias diferentes. La calidad de vida del madrileño dependía en primer término de la posición social de la familia, pero ésta se expresaba no sólo en términos de nivel de renta sino además en circunstancias urbanas como los servicios del distrito en que residía, o la anchura y ventilación de las calles y espacios públicos, que señalaban diferencias ostensibles de modernización incluso a escala de barrio.

3º. Algunos desafíos debían afrontar en ese momento las autoridades municipales y las sanitarias. Ninguno de mayor envergadura que el

de la tuberculosis, porque si la difusión del bacilo dependía de circunstancias sociales por añadidura resultaba imposible una lucha eficaz contra la enfermedad sin afrontar una política urbanística y de protección social que tuviera en cuenta las condiciones de trabajo.

Ocho décadas más tarde, el Plan que el Ayuntamiento presentó en 1982 bajo el título «Recuperar Madrid» se proponía entre sus objetivos «hacer habitable la ciudad para todos los ciudadanos»³³. Podría haber sido el lema en 1900.

Notas

¹ Fermín CABALLERO: «Fomento de la población rural». Madrid, 1864. Manuel COLMEIRO: «Historia de la Economía Política en España». Madrid, 1863. cap. IV, XXX y LII.

² A. FERNÁNDEZ GARCÍA y A. BAHAMONDE MAGRO: «La sociedad madrileña en el siglo XIX». En A. Fernández García (dir.): «Historia de Madrid». Madrid, Editorial Complutense, 1993, pp. 481-482.

³ E. A. WRIGLEY: «The Growth of Population in eighteenth-century in England: a conundrum resolved». «Past and Present», n° 98. E. A. WRIGLEY y R. S. SCHOFIELD: «The Population History in England, 1547-1871». Londres, Arnold, 1981. W.R. LEE: «The Mechanism of Mortality Change in Germany, 1750-1850», en «Medizin Historisches Journal», 1980. A. PERRENOUD: «Le déclin de la mortalité», en «Annales», enero-febrero 1981.

⁴ R. REVENGA: «La muerte en Madrid». Madrid, Dirección General de Sanidad, 1901. L. LASBENNES: «Mortalidad en Madrid comparada con la de las demás capitales europeas». Madrid, 1912. M. MELGOSA: «Las subsistencias en Madrid». Madrid, 1912.

⁵ A. FERNÁNDEZ GARCÍA: «Madrid 1890. Aproximación a una crisis sanitaria». Boletín de la Real Academia de la Historia (1976), y «Epidemias y sociedad en Madrid». Barcelona, Vicens Vives, 1995.

⁶ A. FERNÁNDEZ GARCÍA: «La población madrileña entre 1876 y 1931. El cambio de modelo demográfico». En A. Bahamonde y L.E. Otero (eds.): «La sociedad madrileña durante la Restauración. 1876-1931». Comunidad de Madrid, 1989, vol. I.

⁷ «La Higiene», 7 de marzo de 1884. «Contestación de MENDEZ ALVARO a Casas de Batista», en «La Higiene», 14 de enero de 1884. Instituto Geográfico y Estadístico: «Movimiento de la población de España». Septenio 1886-1892. Madrid, 1895., pp. 112-113.

⁸ A. FERNÁNDEZ GARCÍA y ANGEL BAHAMONDE: «La sociedad madrileña...», en «Historia de Madrid», *ob. cit.*, p. 487.

⁹ Padrones de 1885 a 1887. Archivo de Villa (A.V.), 12-445-3 y 12-445-5. «Datos estadísticos del Censo de población de 1897», A.V. 12-444-2.

¹⁰ A. V. Registro Civil. Libros de Defunciones 1901. Distritos de Palacio y Universidad.

¹¹ Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1905, p. 101. Vid. además L. MARCO: «La mortalidad de niños en Madrid, causas y remedios». Madrid, 1888. J. AGUIRRE y BARRIO: «Mortalidad de la primera infancia. Sus causas y medios de atenuarla». Madrid, 1885. M. J. NAVARRO ANDÚJAR: «Sociedad y mortalidad infantil

en Madrid» (1850-1950). Memoria de Licenciatura. Universidad Complutense (ejemplar académico).

¹² Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1905. «Consideraciones relativas a la estadística de defunciones», p. 90 y ss.

¹³ Ibidem, p. 18. Fenómeno similar, en Barcelona; vid. J. CUCURULL COLL: «La población de Barcelona y las principales causas de su mortalidad». Memoria de Licenciatura (ejemplar académico). La fuente básica es paralela a la madrileña: «Anuario Estadístico de la Ciudad de Barcelona».

¹⁴ Ministerio de Gobernación. Inspección General de Sanidad. «Boletín Demográfico-Sanitario». 1910. Cuadro XXVII.

¹⁵ Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1901. Resumen General.

¹⁶ Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1900.

¹⁷ E. P. THOMPSON: «La formación histórica de la clase obrera. Inglaterra 1780-1832». Barcelona, Laia, 1977. 3 vols.

¹⁸ C. CHICOTE: «La vivienda insalubre en Madrid». Madrid, Imp. Municipal, 1914. R. GARCÍA ORMAECHEA: «Cómo viven los pobres en Madrid». «La Revista Socialista». 1 de marzo de 1904.

¹⁹ A. FERNÁNDEZ GARCÍA: «Niveles de vida del proletariado madrileño (1883-1903). En «El Reformismo social en España: la Comisión de Reformas Sociales». Actas de los IV Coloquios de Historia, Centenario de la Comisión de Reformas Sociales. Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba, 1987.

²⁰ Ph. HAUSER: «Madrid desde el punto de vista médico-social». Madrid, Editora Nacional, 1979 (reed.). vol. I, p. 507.

²¹ V. GUERRA Y CORTÉS: «La tuberculosis del proletariado en Madrid». Ponencia presentada a XIV Congreso Internacional de Medicina (Madrid, 1903). Reedición en «Estudios médico-sociales sobre la tuberculosis en España» (J. Molero Mesa, compilador). Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.

²² E. P. THOMPSON: *ob. cit.* vol. 2, p. 205.

²³ «Consideraciones relativas a la estadística de defunciones». En Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1905, p. 95. Vid. además A. ESPINA Y CAPÓ: «El impuesto de consumos y la tuberculosis». Madrid, 1906. En «Estudios médicos-sociales...», *ob. cit.* V. ALVAREZ R. VILLAMIL: «Madrid y la tuberculosis». Memoria presentada al III Congreso español de la tuberculosis, 1922. En «Estudios médicos sociales...». La tesis de una enfermedad clasista, L. FATAS y MONTES: «Defensa contra la tuberculosis». Madrid, 1905. F. SIERRA y ZAFRA: «La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y La Lucha Social Antituberculosa». Madrid, 1912. J. VERDES MONTENEGRO: «La lucha contra la tuberculosis». Madrid, Dirección General de Sanidad, 1902. La tesis de los factores naturales, sobremanera el clima, en S. HERGUETA Y MARTÍN: «Circunstancias que favorecen el desarrollo de las enfermedades de pecho en Madrid». Madrid, 1895.

²⁴ Ayuntamiento de Madrid: «Estadística Demográfica». Año de 1905, p. 96.

²⁶ Hemos tratado este punto en A. FERNÁNDEZ GARCÍA: «Clase obrera y tuberculosis en Madrid a principios del siglo XX». En R. Huertas y R. Campos (coord.): «Medicina social y clase obrera en España» (siglos XIX y XX). Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992. vol. I.

²⁷ Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1905. p. 105.

²⁸ Ibidem, p. 107.

- ²⁹ Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1916. pp. 103-104.
³⁰ Ph. HAUSER: *ob. cit.* vol. II, p. 49.
³¹ *Ibidem*, p. 101.
³² Ayuntamiento de Madrid. «Estadística Demográfica». Año de 1905. pp. 73 y ss.
³³ Ayuntamiento de Madrid: «Recuperar Madrid». Oficina Municipal del Plan, 1982. p. 95.