

Evolución histórica de la mortalidad cordobesa durante el siglo XX

RAFAEL OSUNA LUQUE

Profesor de Geografía e Historia.
IES Fernando III. Priego de Córdoba.

El estudio de la mortalidad es el acercamiento a las consecuencias de la acción de la muerte sobre una población. Sus efectos siempre son negativos porque con su acción se reduce el número de los efectivos de ese grupo. Si con el nacimiento se producen las entradas al grupo y el número de habitantes aumenta, con el fallecimiento se produce lo contrario.

La mayor o menor intensidad con la que la mortalidad actúa sobre una población tiene un efecto directo sobre el crecimiento natural de la población y sobre la composición por edad y sexo de la misma. En el primer caso porque su acción sustrae efectivos del total y hace disminuir el crecimiento de la población y en el segundo caso, porque la mortalidad al actuar con más rigor con los hombres que con las mujeres da lugar a una sobremortalidad masculina en todas las edades que hace disminuir la relación de masculinidad a medida que avanza la edad. También la reducción de la mortalidad ha favorecido el aumento del envejecimiento en la población.

La mortalidad también tiene repercusiones indirectas sobre la fecundidad y sobre la vida familiar. El número de nacimientos, puede aumentar o disminuir en función de las tasas de mortalidad; cuando una familia, por ejemplo, vive con un riesgo alto de mortalidad infantil los nacimientos se incrementan y si el riesgo disminuye los nacimientos también lo hacen. Sobre la vida familiar el aumento de la esperanza de vida da lugar a una etapa de convivencia entre los cónyuges más prolongada que en etapas anteriores y se retrasa la rotación de los patrimonios familiares¹.

También es importante el modo en el que la mortalidad actúa porque su acción, generalmente, siempre es selectiva. Sólo en los accidentes o catástrofes existe una

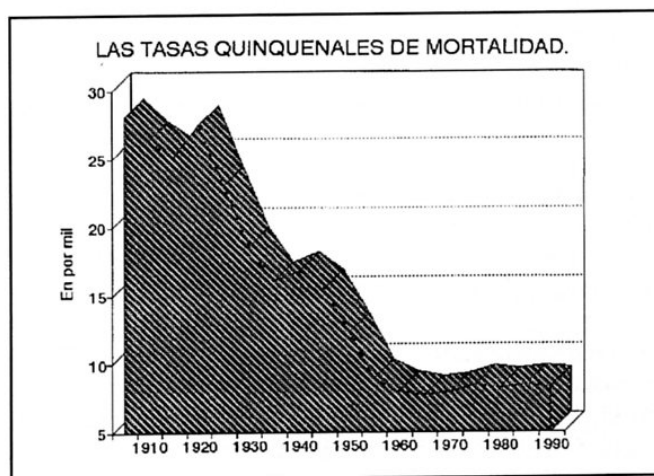


Gráfico 1.- (Tasas referidas a la población cordobesa durante el siglo XX).

actuación indiscriminada, lo normal es que su incidencia dependa de una serie de variables que pueden estar relacionadas con aspectos biológicos como la edad o el sexo, con aspectos sociales como el estado civil, la profesión, el nivel cultural, con aspectos económicos como el nivel de renta o con el tipo de hábitat de residencia.

Existen motivos suficientes para entender que el estudio de la mortalidad esté plenamente justificado y es que cuando se trata de la evolución de la población el hecho fundamental es el retroceso de la muerte². Gracias a las conquistas realizadas en este terreno el balance natalidad-mortalidad ha presentado un saldo positivo y la población ha aumentado³.

El estudio sobre la mortalidad es el conocimiento de la manera en la que el hombre se enfrenta a ese inevitable suceso en el que muchas veces la naturaleza es su

¹ VINUESA, J. (editor): *Demografía. Análisis y proyecciones*. Ed. Síntesis. Madrid, 1.994. pp. 90-91.

² "La reducción de la mortalidad es el hecho más característico de los últimos cincuenta años..." GEORGE, P.: *Geografía de la población*. Ed. Oikos-Tau. Barcelona, 1.971. p. 55.

³ BEAUJEU-GARNIER, J.: *Demogeografía*. Ed. Labor. Barcelona, 1.972. p. 101.

aliada y otras su enemiga. En ocasiones el medio favorece su acción agrediendo al individuo con enfermedades infecciosas, accidentes y catástrofes. El hombre reacciona contra esa alianza mediante el recurso a la inteligencia y a la ciencia. Así es como el hombre consigue hacer retroceder a la muerte, pero se trata de un retroceso limitado por la biología que es la que al final hace valer las leyes de la naturaleza⁴.

En esa lucha por obviar lo inevitable hemos conseguido grandes avances y el principal ha sido la prolongación de la vida. Mientras los españoles de principios de siglo tenían una esperanza de vida al nacer de 35 años, los que vivieron en 1.960 la tenían de 62 y los que nacieron en 1.981 de casi 76 años⁵. En el Gráfico 1 podemos apreciar que el descenso de la mortalidad producido en Córdoba durante el presente siglo ha sido muy importante.

Hemos de hacer una matización. La importancia de estos logros no reside tanto en la prolongación de la vida como en la proporción de personas que se benefician de esos avances. En efecto, la duración de la vida sigue estando próxima a los cien años y en esto se ha avanzado poco en comparación con el logro de hacer que cada vez sea mayor la proporción de los que viven más años.

Si comparamos los supervivientes de una cohorte de la población española nacida en 1.900 y otra en 1.975 tenemos que mientras en el primer caso sólo el 51 por ciento de la población alcanzaban los 30 años de edad; en el segundo ejemplo el 57 por cien de la población alcanzaban los 75 años de edad.⁶

A pesar de estar justificada la importancia del estudio de esta variable demográfica hemos de decir que no son muchos los estudios de la población que han tratado sobre la mortalidad. Esta es la opinión de A. Cohen cuando se refiere al "descuido" existente sobre los estudios relacionados con la mortalidad⁷ y la conclusión de García Ballesteros y Almoguera Salient cuando han analizado la bibliografía existente sobre los temas de Geografía de la Población.⁸

Los estudios de mortalidad no tienen hoy día tanto interés como en el pasado porque existen otras preocupaciones mayores que están relacionadas con la pobla-

ción⁹. En nuestros días han desaparecido las grandes epidemias y catástrofes y la mortalidad se haya estabilizada y con pocas posibilidades de descender a causa del envejecimiento creciente de la población. En esta situación no es extraño que los estudios sobre la población se dirijan hacia las cuestiones que más interés suscitan en la actualidad y presten una menor atención a la mortalidad.

El estudio de la mortalidad precisa de una serie de indicadores que faciliten su estudio¹⁰:

— La Tasa Bruta de Mortalidad. La mortalidad, al igual que la natalidad y la nupcialidad, se expresa mediante un índice o tasa que relaciona el número de fallecidos con la población total estimada. La tasa bruta de mortalidad relaciona el número de fallecidos en un año con la población media existente a lo largo de ese período.

No es un indicador de gran exactitud porque no considera la estructura por edades de la población¹¹. Dos tasas iguales pueden corresponder a poblaciones muy distintas entre sí; no es lo mismo que en una prevalezca la población joven y en la otra lo hagan las personas viejas¹².

Al igual que ocurría con la natalidad tendremos que recurrir a otros índices más específicos cuando profundicemos en su análisis.

— Tasa de Mortalidad por Edad. Relaciona el número de fallecimientos de una cierta edad con la población existente a esa edad. Es un índice que permite analizar cualitativamente el fenómeno de la mortalidad porque no lo hace desde una perspectiva global sino desde las distintas generaciones afectadas.

— La Mortalidad Infantil. Relaciona los óbitos producidos antes de cumplir el primer año de vida por cada mil nacidos vivos en dicho año. Es un índice muy expresivo de las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales e higiénico-sanitarias de esa población. Es uno de los indicadores más claros del progreso socioeconómico de una población.

— La Esperanza de Vida. Es el número medio de años de vida que pueden aspirar a vivir los habitantes de un área determinada bien en el momento de nacer o en una

⁴ Por su propia naturaleza el hombre debe morir. Desde su nacimiento está implicado en un proceso de continuo envejecimiento cuyo término inevitable es la muerte. MOUCHEZ, P.: *Demografía*. Ed. Ariel. Barcelona, 1.966. p. 75.

⁵ DEL CAMPO, S. y NAVARRO LOPEZ, M.: *Nuevo análisis de la población española*. Ed. Ariel. Barcelona, 1.987. p.40.

⁶ *Ibidem*. p.44

⁷ COHEN, A.: "Las disparidades geográficas de la mortalidad en España" en A.G.E. Grupo de población de la: *Análisis del desarrollo de la población española en el período 1.970-1.986*. Ed. Síntesis. Madrid, 1.989. p. 261.

⁸ GARCIA BALLESTEROS, A.: "La geografía de la población en España" en *Estudios geográficos* nº 178-179. (1.985) p. 40. y ALMOGUERA SALIENT, M.P.: "Bibliografía sobre Geografía de la Población en España" en *Boletín informativo. Grupo A.G.E.* Nº 2. (1.995). pp. 6-9.

⁹ Entre los problemas más importantes de la población no figura la mortalidad como tal, aparecen los problemas del envejecimiento, del crecimiento de la población, de las migraciones y de la concentración urbana. PUYOL ANTOLIN, R. y OTROS: *Los grandes problemas actuales de la población*. Ed. Síntesis. Madrid, 1.993. 235 pp.

¹⁰ TAPINOS, G.: *Elementos de demografía*. Ed. Espasa. Madrid, 1.988. pp. 155-184.

¹¹ PRESSAT, R.: *El análisis demográfico*. Fondo de Cultura económica. Madrid, 1.983. pp. 108-138.

¹² SPIEGELMAN, M.: *Introducción a la demografía*. Fondo de Cultura Económica. Méjico, 1.972. p. 107.

edad concreta. La esperanza de vida al nacer es la duración media que tendría la vida de cada uno de los miembros de una generación si se repartiesen entre todos el total de los años vividos por todo el grupo.

1.- El estudio comparativo.

En el Gráfico 2 podemos comprobar que, efectivamente, uno de los hechos más relevantes de este siglo ha sido la caída de la mortalidad. A lo largo de estos años la mortalidad española que a principios de siglo era elevada, en comparación con los índices europeos, alcanza las tasas más bajas de Europa¹³. En el Gráfico que comentamos podemos comprobar que en 1.900 los índices de España rondaban el 30 por mil y que a partir de 1.950 se situaban por debajo del 10 por mil. Este descenso tan rápido de la mortalidad en España es uno de los rasgos más destacados de su evolución demográfica¹⁴.

Los mismos rasgos podemos señalar en Andalucía y en Córdoba aunque con algunas matizaciones que están más relacionadas con aspectos cuantitativos que con aspectos cualitativos. En general, las diferencias en los índices han sido mínimas y el ritmo y las características del descenso han sido similares.

Las pequeñas diferencias se han producido porque las tasas españolas han sido inferiores a las cordobesas en todos los años, excepto en 1.960. En este año la tasa de nupcialidad también fue superior a la española y la causa creemos que es la misma: la presencia de unas generaciones con importante presencia de jóvenes. Esta juventud no sólo hace disminuir el riesgo de mortalidad sino que también hará sobresalir a Córdoba por su contribución a la emigración interior y exterior.

En estos años, aunque la emigración había comenzado a actuar los efectos del envejecimiento aún no se hacen notar porque la natalidad es muy elevada y porque las generaciones adultas aún son numerosas en comparación con la población de más de 65 años de edad.

Con respecto a Andalucía –Ver Tabla 1– las diferencias son menores que las existentes con las medias estatales porque la región también ha tenido índices superiores a las medias españolas. Las diferencias se han producido porque desde 1.970 los índices provinciales han sido un poco más elevados que los regionales a causa del mayor grado de envejecimiento de la población cordobesa. También en la década 1.921-30 fueron superiores las tasas cordobesas a causa de la mayor incidencia de la crisis económica existente en esos años y de la Epi-

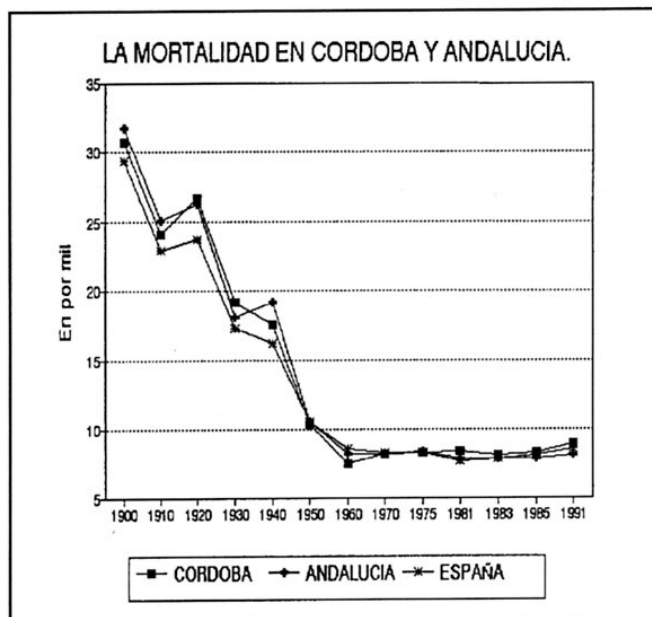


Gráfico 2.

demia de Gripe del año 1.918.

Desde el año 1.960 las tasas de las provincias orientales y occidentales tienen diferencias tan pequeñas que no merece la pena su consideración; las dos, no obstante, son inferiores a las tasas cordobesas. La provincia de Córdoba ha tenido en las últimas décadas una mortalidad muy destacada; en el año 1.981 su tasa ocupaba el segundo lugar –detrás de Huelva– entre las más elevadas de la región y en 1.991 su índice de mortalidad era el más elevado de Andalucía.

La elevada mortalidad existente en la provincia de Córdoba nos ha llevado a preguntarnos sobre la situación sanitaria de la población y hemos podido comprobar que el nivel asistencial de su población ha estado por debajo de las medias regionales¹⁵. En consecuencia aunque no sabemos evaluar la incidencia de este factor sobre la mortalidad total, sí que consideramos que tiene parte de responsabilidad.

— La densidad de médicos por habitante ha estado en el período 1.960-1.984 por debajo de las medias andaluzas. Aunque en Córdoba se ha producido un aumento importante –desde 7,7 hasta 27,7 médicos por cada 10.000 habitantes– en Andalucía el incremento ha sido superior de 8,8 a 28,3 médicos por 10.000 hab.¹⁶. En el año 1.991 la situación no se había modificado; 35,4 para Córdoba y 36 médicos por 10.000 para Andalucía.

¹³ En relación a los países europeos, la mortalidad española en el año 1.990 es inferior a la mayoría de los países europeos. Alemania, Reino Unido y Bélgica (12 por mil), Francia, Italia, Portugal y Grecia (10 por mil), España (9 por mil). OLIVERA, A.: *Geografía de la salud*. Ed. Síntesis. Madrid, 1.993. pp. 139-151.

¹⁴ NADAL, J.: *La población española (siglos XVI a XX)*. Ed. Ariel, Barcelona, 1.984. p. 210.

¹⁵ INSTITUTO DE ESTADISTICA DE ANDALUCIA: *Andalucía. Datos básicos. 1.991*. Sevilla, 1.991. Tabla 4.1.

¹⁶ CAPS: *Necesidades de personal médico en España*. Vol. 1. Barcelona, 1.984. p. 164.

— Si tenemos en cuenta el personal de enfermería y su relación con la población de cada provincia también sucede que Córdoba tiene un índice inferior a la media regional. En el año 1.991 mientras Córdoba tenía una relación de 36 por 10.000, Andalucía tenía un índice de 37,4 por 10.000.

— El índice de farmacéuticos también era en 1.991 inferior a las medias provinciales: 8,4 en Córdoba y 8,7 en Andalucía.

— El número de camas por cada 10.000 habitantes también era en Córdoba inferior a la media regional, 33 en la provincia y 36 en Andalucía.

Hasta los años cuarenta la mortalidad provincial fue superior a las medias nacionales pero estuvo por debajo de las tasas regionales —sólo en el decenio 1.921-30 se superan los índices de Andalucía—. Durante la segunda mitad del presente siglo hubo un momento en el que las tasas estatales fueron superiores a causa de los efectos retardados del envejecimiento sobre la población cordobesa pero pronto cambió la situación. La estructura por edades se modifica al aumentar la proporción de personas mayores y la mortalidad se eleva en Córdoba. Con respecto a Andalucía la situación no varía porque también la región es víctima del mismo proceso.

A partir de los años ochenta sí se ha producido un cambio cualitativo importante. Mientras las tasas de mortalidad regional y nacional se aproximan y descienden, los índices provinciales se separan y elevan de manera destacada. Esa elevación de la mortalidad en el último tramo del presente siglo se debe a la intensidad del proceso del envejecimiento de su población.

Las provincias occidentales de la región tuvieron hasta los años cuarenta las tasas más bajas de morbilidad de ahí que Córdoba se identificase más con éstas que con el sector oriental de Andalucía. A partir de ese momento las medias de ambos sectores fueron bastante parecidas aunque Córdoba se comienza a identificar más con provincias del interior como Jaén o Granada que con las provincias del litoral, ya que fueron aquellas las más afectadas por la despoblación y el envejecimiento y las que más han elevado sus tasas de mortalidad en las últimas décadas.

A principios de siglo la mortalidad más elevada se producía en Jaén, Almería y Granada que eran las provincias más atrasadas¹⁷, y a fines de los setenta en las provincias de Huelva, Almería, Málaga, Granada, Jaén y Córdoba, o sea casi en las mismas.

Las provincias de Córdoba, Jaén y Granada se comienzan a separar del resto de las provincias andaluzas a partir del año 1.975; sus tasas aumentan mientras que los índices del resto de las provincias descienden a causa de su menor índice de envejecimiento.

2.- Las etapas en la lucha contra la muerte.

La mortalidad ha experimentado un proceso de reducción importante a lo largo del siglo XX. Dentro del Movimiento Natural de la población es la variable que mejor refleja los cambios demográficos producidos a lo largo del presente siglo. Comparado con el proceso protagonizado por la natalidad, el de la mortalidad ha sido anterior en el tiempo, menos accidentado y más uniforme en la forma y, sobre todo, se ha producido con un ritmo de descenso más rápido.

Tres son las notas más destacadas de la evolución de la mortalidad cordobesa durante el siglo XX:

— En primer lugar, podemos notar que el número de fallecimientos se ha ido reduciendo a lo largo del presente siglo. La media de defunciones del primer quinquenio fue de 13.000 óbitos y la correspondiente a los años 1.986-90 de 6.300 fallecimientos. La importancia de esa disminución de la mortalidad es uno de los hechos más importantes desde el punto de vista demográfico.

— Los años en los que mayor número de víctimas se producen pertenecen a la primera etapa demográfica del presente siglo y se corresponden con los dos sucesos más catastróficos a los que

TABLA 1.

TASAS DE MORTALIDAD EN CORDOBA, ANDALUCIA Y ESPAÑA.										
Provincias		190	191	192	193	194	195	196	197	198
Córdoba		30.7		26.7		17.6		7.5		8.2
Sevilla	32.5	25.6	29.4	20	18	11.4	8	8.1	7.6	7.9
Huelva	28.3	21.5	20.4	14.7	16.4	10.9	9.5	9.6	8.9	8.6
Cádiz	31.5	25.1	28.3	18.7	21.3	10.9	7.7	7	6.8	7.3
Jaén	34	25.3	28	19.9	22.8	10	7.9	7.9	8.2	8.7
Málaga	29	25	27.6	17.7	16.2	11.1	7.9	8	7.5	7.9
Granada	32.5	27.3	26	17.7	18.3	9.6	8.1	8.2	8	8.4
Almería	5.3	26.9	23.6	17.4	22.9	10.4	8.7	8.6	7.8	7.9
Andalucía	31.7	25.1	26.3	18.2	19.2	10.6	8.2	8.2	7.9	8.1
Occiden.	30.8	24.1	26.2	18.2	18.3	10.9	8.2	8.2	7.9	8.2
Oriental	32.7	26.1	26.3	18.2	20.1	10.3	8.2	8.2	7.9	8.2
España	29.4	22.9	23.8	17.3	16.3	10.6	8.6	8.3	7.7	8.6

Fuente: Movimiento Natural de la Población.

¹⁷ Las tres provincias pertenecen a la Andalucía Oriental que era la que tenía una peor situación socioeconómica de Andalucía. CAZORLA PEREZ, J.: *Factores de la estructura socio-económica de la Andalucía Oriental*. Caja de Ahorros de Granada. Granada, 1.965. pp. 122-127.

se ha enfrentado la población cordobesa. Los años comprendidos entre 1.916 y 1.925 y los años comprendidos entre 1.936 y 1.946. En el primer período destacó el acontecimiento de la epidemia de Gripe del año 1.918 y en el segundo período, el año 1.941 a causa de los efectos de la guerra y de la represión posterior.

El Gráfico 1 que representa a las tasas quinquenales muestra que ha sido una reducción progresiva y lineal. En tres momentos tan sólo se obstaculiza ese proceso. El primer contratiempo viene causado por la epidemia de Gripe del año 1.918, el segundo por las consecuencias de la Guerra Civil –año 1.941– y el tercero por lo acontecido a partir del año 1.970. En esta última fecha el proceso se trunca a causa del aumento que en la mortalidad se produce por el envejecimiento de la población.

— Desde los primeros años de la década de los cincuenta y hasta nuestros días el número de fallecimientos experimenta poca variación. Aunque la población total de la provincia ha descendido el número de muertes no se ha reducido. En estos años el envejecimiento se va convirtiendo en un verdadero problema para la demografía provincial. Desde 1.970 y hasta 1.991 las cifras de fallecidos oscilan entre los 5.500 y los 6.000 por año.

En el Gráfico 3 aparecen las tasas anuales de mortalidad. Las variaciones coyunturales nos muestran que la realidad fue algo más compleja de la síntesis que hemos hecho, no obstante, los datos más significativos siguen siendo los mismos. Se notan los altibajos más destacados y el incremento de la mortalidad producido en los últimos tiempos en los que, probablemente, resultará muy difícil rebajar las tasas actuales a consecuencia de esa situación de envejecimiento que caracteriza a la población provincial y al proceso de disminución de la fecundidad que aún no ha tocado fondo.

2.1.- Desde los inicios hasta la Guerra Civil.

Al observar las tasas de mortalidad de los primeros decenios del presente siglo se comprueba que esta variable al iniciar la centuria ya había roto la tendencia que caracterizaba a la elevada mortalidad de los siglos anteriores¹⁸. Las epidemias y las frecuentes crisis de subsistencias si bien no dejaron de existir con el nuevo siglo sí que disminuyeron su incidencia¹⁹.

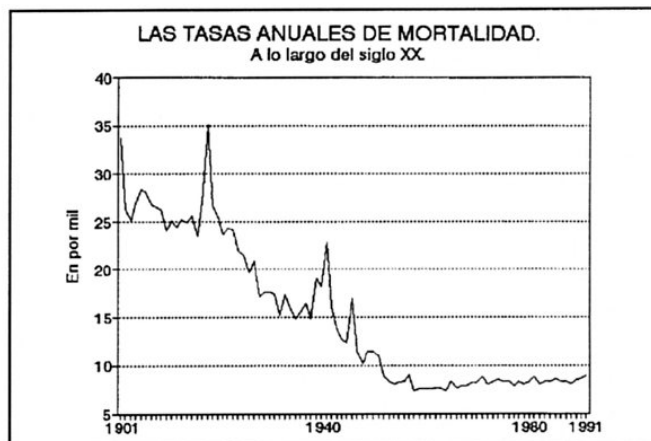


Gráfico 3.

Los avances que se habían producido en la medicina europea en el siglo anterior habían retrasado su introducción en España pero al comenzar el nuevo siglo poco a poco se fueron generalizando sus aplicaciones²⁰. Los adelantos médicos no fueron tantos ni tan eficaces ya que la quimioterapia no se desarrolla verdaderamente hasta la cuarta década del presente siglo. La caída de la mortalidad no estuvo influida sustancialmente por la inmunización o la terapéutica antes del año 1.935 en que se dispuso de sulfamidas²¹. Sí fueron efectivas las mejoras relacionadas con el nivel de vida y en concreto aquellas que suponían mejoras en la alimentación, en la vestimenta y en las viviendas.

La generalización de estos nuevos usos y costumbres tendrá unos efectos rápidos sobre la población. Así, si la mortalidad en esos países se había reducido con anterioridad también es verdad que lo había hecho de manera lenta. En nuestro país la reducción fue posterior pero mucho más acelerada.

A pesar de todo lo dicho la mortalidad aún era elevada, especialmente en una provincia que formaba parte de “una región pobre y donde la vida fue difícil y corta para la mayoría de sus habitantes”²². Hasta la Guerra Civil la mortalidad se caracteriza por sus elevados índices y por las frecuentes oscilaciones entre las tasas de unos años y otros. Sin embargo, los índices anuales se redujeron en más de la mitad, pasaron desde el 33 por mil de principios de siglo al 15 por mil de los primeros años del con-

¹⁸ BALLESTEROS RODRIGUEZ, J.: *La peste en Córdoba*. Excma. Diputación Provincial. Córdoba, 1.982. 246 pp. ARJONA CASTRO, A.: *La población de Córdoba en el siglo XIX*. Instituto de Historia de Andalucía. Universidad de Córdoba, 1.979. 184 pp.

¹⁹ Las “grandes asesinas del pasado” como la peste, tifus, paludismo, cólera, fiebre amarilla, etc. fueron disminuyendo progresivamente su incidencia a la vez que el hambre, las guerras y los accidentes naturales también decrecían. PEREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1.980. pp. 64-85. Como ejemplo de que esas crisis de subsistencias no desaparecieron podemos hacer referencia al municipio de Añora que, durante las primeras décadas del siglo, tiene que suspender la feria en varias ocasiones para poder socorrer a la población, MERINO MADRID, A.: *Historia de Añora*. Excma. Diputación Provincial y Excmo. Ayuntamiento de Añora, 1.993. pp. 152-157.

²⁰ Los avances realizados en el campo de la esterilización, las vacunas y las anestésicos y también en sus aplicaciones sociales -higiene y vacunación obligatoria, por ejemplo- determinaron una rápida caída de las Tasas de Mortalidad pero su introducción en España fue tardía y en opinión de J. Nadal esta es una de las razones del retraso en la baja de la mortalidad en España. NADAL, J.: *La población española*. p. 157.

²¹ MCKEOWM, T.: *El crecimiento moderno de la población*. Ed. Ed. A. Bosch. Barcelona, 1.978. p. 132.

flicto bélico.

La persistencia de esa elevada mortalidad se explica por el atraso económico existente que es el responsable de las deficiencias sanitarias y médicas. La Córdoba de principios de siglo distaba de poseer una situación socioeconómica aceptable, la agricultura y la ganadería eran sectores donde la tradición imperaba, los servicios sanitarios y médicos eran deficientes²³ y la incultura estaba muy generalizada con lo que se facilitaba la labor a muchas enfermedades²⁴.

A mediados de siglo sólo un 20 por cien de las viviendas de la provincia de Córdoba tenían agua corriente, el 15 por cien tenían retrete inodoro y el 28 por cien retrete corriente, baño sólo el 5 por cien y lavadero el 34 por cien²⁵.

A pesar de ello, la situación pronto empezó a cambiar y lo hizo de manera decidida. En poco tiempo los índices experimentan una reducción importante que hace que Córdoba pronto supere la etapa de mortalidad epidémica o catastrófica. Las enfermedades infecciosas como el tifus, la tuberculosis, las enteritis, etc. poco a poco redujeron su incidencia²⁶.

Podemos señalar en esta etapa dos ritmos de descenso. Hasta el año 1.920 el ritmo es lento y serán frecuentes las alzas y las bajas. A partir de ese momento la disminución se hará de manera más rápida y sin tantas oscilaciones.

Durante el primer decenio las tasas más elevadas se producen en 1.901 y en 1.905-6. En el segundo decenio destaca sobremanera el índice correspondiente al año 1.918 en el que la epidemia de Gripe hizo aumentar en más de 4.000 el número de muertos con respecto al año anterior. En el tercer decenio se percibe de manera más clara la tendencia hacia el descenso y no se producen alzas significativas. El tramo final del período que analizamos viene a coincidir con la República y con el último descenso de la mortalidad ya que la Guerra Civil paralizará ese proceso de reducción.

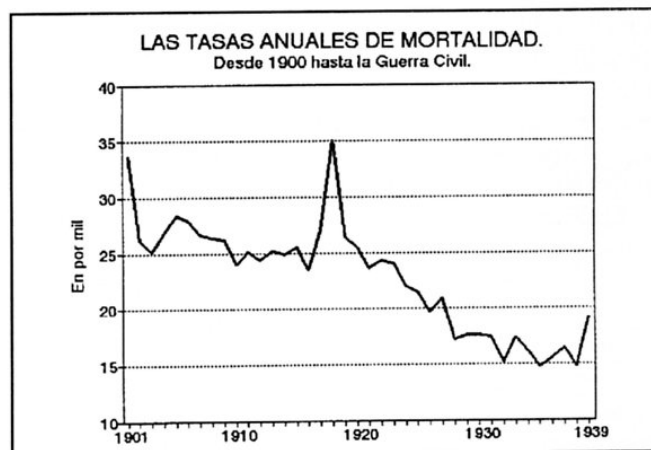


Gráfico 4.

El incremento de la mortalidad en los años 1.905-6 es debido a las malas cosechas que se producen a consecuencia de la escasez de lluvias en el año de 1.905. El precio del pan se disparó y el hambre hizo acto de presencia²⁷. En las economías tradicionales un alza en los precios significaba un aumento en las defunciones. Como había ocurrido en el siglo anterior, de nuevo, una crisis de subsistencias provocaba el incremento de la mortalidad²⁸. La población dependía tanto del volumen de las cosechas y de la arbitrariedad del clima que la voluntad de los hombres de nada servía en estas circunstancias²⁹.

El acontecimiento más importante de esta etapa y uno de los más catastróficos del presente siglo fue la epidemia de Gripe del año 1.918. Se produjeron un total de 18.741 óbitos, 4.000 más que en los años 1.917 y 1.919. En ese año la enfermedad causó estragos en una población que estaba mal nutrida a causa de la carestía y escasez de productos alimenticios³⁰. La I Guerra Mundial no propició el bienestar a las capas sociales más desfavorecidas. En los años 1.915-1.920 el sector que más disminuyó su poder adquisitivo fue el de los jornaleros agrícolas por-

²² MALEFAKIS, E.: "Economía, sociedad y política en la Andalucía del primer tercio del siglo XX" en *Aproximación a la historia de Andalucía*. Ed. Laia. Barcelona, 1.979. p. 336.

²³ La situación sanitaria de la Capital era bastante lamentable a consecuencia del mal alcantarillado, y de la deficiente calidad de las aguas potables. En el año 1.904 Córdoba aparece en el tercer lugar en la escala de mortalidad y la Capital ocupa el séptimo de entre las capitales. Además la provincia de Córdoba aparece en primer lugar en cuanto a enfermedades comunes se refiere, en PALACIOS BAÑUELOS, L.: *Historia de Córdoba. La etapa contemporánea (1.808-1.936)*. Cajasur. Córdoba, 1.990. p. 338. Los hospitales de la provincia eran escasos y no contaban con los medios necesarios, razón esta que les obligaba a recurrir a las limosnas y a las subvenciones municipales que muchas veces no llegaban y hacían peligrar a la propia institución, ARANDA DONCEL, J.: *Historia del Hospital de Jesús Nazareno de Castro del Río (1.741-1.991)*. Córdoba, 1.992. p. 40.

²⁴ "La mortalidad está claramente en razón inversa al saber. La ignorancia es más mortífera que la pobreza". MOUCHEZ, P.: *Demografía*. ... p. 102.

²⁵ CAZORLA PEREZ, J.: *Factores de la estructura socioeconómica*. ... p. 478.

²⁶ CARRERAS PACHON, A.: *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*. Fundación Uriach. Barcelona, 1.991. p. 9.

²⁷ DIAZ DEL MORAL, J.: *Historia de las agitaciones campesinas andaluzas*. Ed. Alianza. Madrid, 1.979. pp. 206-208.

²⁸ "El hambre, la ingestión insuficiente de alimentos, rara vez mata por inanición, sino que debilita el cuerpo. Toda suerte de males se adueñan de él en seguida". SANCHEZ ALBORNOZ, N.: *España hace un siglo: una economía dual*. Alianza Universidad. Madrid, 1.977. p. 72.

²⁹ ROMERO DE SOLIS, P.: *La población española en los siglos XVIII y XIX*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1.973. pp. 111-112.

³⁰ Cuando el nivel de vida es el mínimo para subsistir cualquier encarecimiento se traduce en un notable aumento de la mortalidad, en SAGRERA, M.: *El problema poblacional*. Ed. Fundamentos. Madrid, 1.983. p. 34.

que sus gastos eran sólo para la alimentación y porque estos productos subieron más en las zonas rurales. La escasez de productos, el elevado precio de los mismos y el poco trabajo existente no debieron favorecer la buena nutrición de muchos de los cordobeses de esos momentos³¹. El resultado fue similar al que las epidemias y las crisis de subsistencias causaban en el siglo anterior³².

Ninguna otra enfermedad ni epidemia ha causado durante el presente siglo similar número de muertes. Si bien se produjeron fallecimientos debidos a otras enfermedades peligrosas como la viruela, la difteria, la tuberculosis, el sarampión, etc., el número de afectados fue siempre reducido. La mortalidad catastrófica o epidémica al empezar el nuevo siglo dejó de ser una amenaza para los cordobeses. Este tipo de mortandades, tan frecuentes en el pasado siglo, dejarían de causar estragos a partir de los años veinte.

Pasada la epidemia de Gripe la tendencia hacia el decrecimiento continuó. A partir de los años veinte el descenso de la mortalidad ordinaria será la responsable principal de la disminución de los fallecimientos. En este sentido la caída experimentada por la mortalidad infantil tendrá una gran importancia pues un gran número de fallecimientos se producía durante el primer año de vida de los recién nacidos. Aunque las tasas de mortalidad infantil continuaban siendo altas esta primera reducción tiene unos efectos muy positivos sobre la tasa de mortalidad general. En 1.920 murieron en Córdoba 3.648 niños con menos de un año de vida, casi igual cifra que en 1.900, mientras que en 1.935 la cifra quedó reducida a 2.415 fallecimientos.

También es importante la labor desarrollada desde los ayuntamientos con el fomento de medidas sanitarias e higiénicas que reducen las enfermedades contagiosas y ayudan a crear hábitos profilácticos que tienen efectos rápidos y directos sobre el descenso de la mortalidad.

Incluso se crean mecanismos de control para hacer cumplir las normas dadas por el Instituto Provincial de Higiene y por las Oficinas Municipales de Salud³³.

Este segundo período iniciado en los años veinte con un ritmo de descenso más rápido que el que caracterizó al período anterior se verá interrumpido por otro suceso de índole catastrófica. La Guerra Civil provoca un aumento de la mortalidad justo en el momento en el que esta variable demográfica iniciaba lo que parecía su caída más definitiva. El descenso que se produce en los años treinta y en el período de la II República queda abortado con el conflicto bélico.

Las víctimas generadas por el conflicto hicieron que se elevaran las tasas de esos años. Los índices más elevados se producen en los años inmediatos a la finalización de la guerra probablemente porque fue en esos años cuando se inscribieron muchas de las muertes producidas con anterioridad y cuando se producen otras a causa de la represión política que el nuevo régimen llevó a cabo.

Según Moreno Gómez las víctimas ocasionadas por el conflicto en Córdoba pueden calcularse en unas 11.800 en la provincia de Córdoba³⁴. Esta cifra es bastante parecida a la que nosotros hemos calculado mediante los datos proporcionados por los fallecimientos declarados en esos años. Hemos considerado que de haberse producido una mortalidad general similar durante la década 1.930-41 la diferencia entre los óbitos del período 1.930-35 y 1.936-41 debía ser mínima. Si eso no sucedía la diferencia debía corresponder a las muertes ocasionadas por la guerra. Aunque es muy discutible el procedimiento para realizar este cálculo no deja de ser curioso el detalle de la gran similitud entre la cifra resultante y la que ha dado Moreno Gómez.

Muertes producidas en los años 1.930-1.935	68.857
Muertes producidas en los años 1.936-1.941	80.527
DIFERENCIA	11.670

³¹ GOMEZ NAVARRO, S.: "La sociedad cordobesa en el siglo XX" en *Córdoba y su provincia*. Ed. Gever. Sevilla, 1.986. p. 66.

³² Las epidemias y el hambre daban lugar a frecuentes mortandades. La epidemia del cólera, por ejemplo, causó fuertes estragos en Córdoba en los años 1.860 y 1.885 de la misma forma que la elevación de precios del trigo en el año 1.856-57 redujo el crecimiento vegetativo del año 1.958. NADAL, J.: *La población española ...* p. 149. y SANCHEZ ALBORNOZ, N.: *Las crisis de subsistencias de España en el siglo XIX*. Rosario, 1.963. pp.48-112.

³³ En el Reglamento de Sanidad e Higiene local del Ayuntamiento de Priego de Córdoba del año 1.927 existe una curiosa y extensa normativa sobre las más diversas cuestiones relacionadas con este tema. Desde la preocupación por la ventilación o higiene de los locales públicos, el abastecimiento de agua potable y construcción de pozos y aljibes, pasando por la conservación del pescado en los mercados, la venta ambulante de productos, la prohibición de construir pozos negros y la obligatoriedad de dirigir las aguas residuales hacia los sistemas de alcantarillado hasta las normas de profilaxis de las enfermedades infecciosas y las normas de obligado cumplimiento en caso de epidemia. Este reglamento fue aprobado por el Gobernador Civil de la provincia que era el presidente de la Junta Provincial de Sanidad por lo que es muy probable que otros municipios también tuvieran medidas muy parecidas.

³⁴ Según este autor el terror "rojo" afectó a 46 de los 75 municipios, en total 2.306 víctimas. El terror franquista afectó a todos los municipios y en total -hasta el año 1.941- se produjeron unas 9.500 víctimas.

MORENO GOMEZ, F.: "Córdoba en la Guerra Civil" en *Córdoba y su provincia*. ed. Gever. Sevilla, 1.986 p. 107.

— *La República y la Guerra Civil en Córdoba*. Excmo. Ayuntamiento de Córdoba. Córdoba, 1.982. pp. 693-714.

— *Córdoba en la posguerra. (La represión y la guerrilla)*. Francisco Baena, editor. Madrid, 1.987. pp. 147-325.

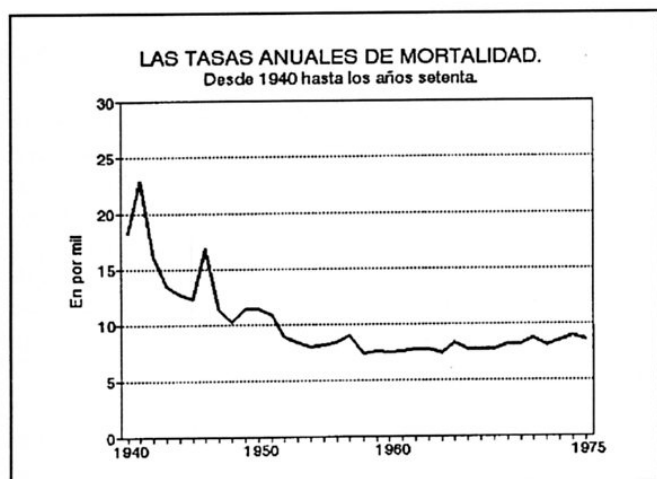


Gráfico 5.

2.2.- Desde los años cuarenta y hasta los años setenta.

Durante los primeros años de esta etapa las tasas de mortalidad se elevan a consecuencia de la contienda civil, sin embargo en el año 1.943 el índice ya era inferior al 15 por mil y diez años más tarde la tasa bruta de mortalidad era inferior al 9 por mil –Ver Gráfico 5–. Es decir, que se produce una reducción importante; de tal forma que desde el año 1.955 hasta 1.991 los índices apenas han experimentado variación –Gráfico 6–.

A principios de los años cuarenta la tasa anual de mortalidad llegó a superar el 20 por mil. Las muertes directas del conflicto así como las indirectas causadas por la represión posterior hicieron retroceder el proceso de lucha contra la muerte que se inicia en esta provincia desde las primeras décadas del siglo.

Si la epidemia de Gripe del año 1.918 fue la primera gran parca de nuestro siglo, la segunda gran catástrofe fue la protagonizada por la Guerra Civil. El año 1.941 fue el segundo año más catastrófico del siglo en Córdoba. El número de víctimas estuvo bastante cercano provocado por la epidemia de la gripe del año 1.918; se produjeron un total de 17.690 defunciones, 4.000 más que las correspondientes al año anterior.

Año	Defunciones
1.935	10.891
1.936	11.386
1.937	12.043
1.938	10.870
1.939	14.705
1.940	13.833

1.941	17.690
1.942	12.379
1.943	10.443
1.944	9.800
1.945	9.619

Fuente: ALMARCHA, A.; MARTIN MORENO, J. Y OTROS:
Estadísticas básicas de España. 1.900-1.970.... pp.113-117.

Sin embargo, al igual que había ocurrido en los años veinte, después de la Guerra Civil la mortalidad reanudó el proceso de descenso que el conflicto había interrumpido. Es en esta fase cuando el proceso se intensifica lo que no deja de causar una cierta sorpresa. A pesar de que estos años son de estancamiento y de precariedad económica la mortalidad no paraliza su proceso de reducción.

También ahora tendrá un papel fundamental en el descenso de la mortalidad ordinaria la caída de las tasas de la mortalidad infantil. Este índice se redujo en casi un 80 por cien entre 1.940 y 1.970; de 140 se pasó a sólo 24 fallecidos por cada mil nacidos vivos. Esta reducción es muy importante ya que la mortalidad infantil tenía un gran peso sobre las tasas brutas de mortalidad, de ahí que pronto éstas experimentasen un fuerte descenso.

El primer decenio de esta etapa es el más difícil. Cuando aún no habían desaparecido las consecuencias del conflicto bélico se produce en Córdoba una crisis grave en la agricultura. En el año 1.946 las malas cosechas provocan una crítica situación que recordó épocas pasadas en la provincia. Martínez Alier nos pone en relación la escasa cosecha de este año con la elevación de la mortalidad en casi cinco puntos³⁵.

Al igual que ocurría en el siglo anterior y a comienzos de este –año 1.905, por ejemplo– las malas cosechas llevaban aparejado el encarecimiento de los productos alimenticios, el hambre y la muerte. Unos organismos debilitados eran presa fácil para las enfermedades y el número de muertos ascendía considerablemente. Casi 4.000 fallecimientos más que en el año anterior se produjeron en el año 1.946; de 12 fallecidos por cada mil habitantes se pasó a casi 17 por mil. Al año siguiente la tasa se redujo en más de cinco puntos. Este fue el único acontecimiento importante de esta etapa. El proceso de reducción continuó y así en el año 1.952 la tasa de mortalidad pasó de dos a un solo dígito.

En el año 1.957 se produce un aumento de dos puntos en la tasa de mortalidad. En este año se produce un brote epidémico de la Gripe asiática que muy probablemente es el responsable de este aumento.

Las tasas más bajas del presente siglo se producen a

³⁵ La tasa bruta de mortalidad de ese año pasó del 12,5 al 15,3 por mil a causa de la escasísima cosecha de 1.945-46. MARTINEZ ALIER, J.: *La estabilidad del latifundio. Análisis de la interdependencia entre relaciones de producción y conciencia social en la agricultura latifundista de la Campiña de Córdoba*. Ed. Ruedo Ibérico. París, 1.968. p.97.

partir de este último año; entre el 7.4 y el 7.6 por mil se encuentran los índices de algunos de los años de la década de los sesenta. En estos momentos la mortalidad alcanza sus niveles más bajos porque las cotas de bienestar y desarrollo sanitario coinciden con la existencia de una población relativamente joven en la que el riesgo de muerte es bajo³⁶.

A partir de un nivel de vida mínimo la mortalidad depende más de factores sociales y culturales que de los avances producidos en la economía³⁷. La difusión y aceptación de prácticas higiénicas y alimenticias que eviten los contagios y prevengan las enfermedades se enfrentan muchas veces con usos y costumbres tradicionales que aunque perjudiciales son difíciles de erradicar³⁸. Las medidas preventivas, mediante las vacunaciones, y las curativas, por medio de la utilización de antibióticos, reducen el impacto de las enfermedades infecciosas como el cólera o la viruela con total independencia del desarrollo socioeconómico³⁹. En este sentido las mejoras en la higiene personal, en la alimentación, en la conducción y alcantarillado del agua han hecho prácticamente desaparecer a las enfermedades parasitarias e infecciosas⁴⁰. De especial importancia son las mejoras introducidas en la conducción del agua ya que favorecen la disminución de los contagios más que, por ejemplo, las medidas desarrolladas en la higiene personal⁴¹. En la higiene de los alimentos sobresale lo sucedido con el abastecimiento de la leche, un vehículo utilizado por muchos agentes patógenos para la transmisión de enfermedades. Al mejorar la calidad de ésta se redujeron mucho las enfermedades y sobre todo sus efectos fueron grandes en la reducción de la mortalidad infantil⁴².

En estos años mejora la atención sanitaria porque se dedican mayores recursos y porque sus beneficios se extienden progresivamente a la mayoría de la población.

En el año 1.963 la Ley de Bases de la Seguridad Social puso los fundamentos de esas mejoras y en el 1.972 se perfecciona y amplía el sistema⁴³.

Con todo, no conviene olvidar que el nivel de vida se ha elevado. Desde 1.960 y hasta 1.975 se extiende la "época del desarrollo" económico lo que a nivel social va a significar un aumento de las clases medias y una modificación de los hábitos y costumbres que permitirán el fácil acceso a los bienes de consumo. En 1.960 los gastos de alimentación en España suponían el 54 por cien del presupuesto familiar mientras que en 1.974 ese porcentaje se reduce al 37 por cien. Mientras que la alimentación fue la preocupación principal en la década 1.940-50, en los años desarrollistas las mejoras en cantidad y calidad fueron enormes. Así, por ejemplo, las clases más modestas introducen en su dieta alimenticia productos tradicionalmente considerados de lujo como la carne, las legumbres y la fruta⁴⁴.

La población ha mejorado su alimentación y nutrición y eso ha tenido efectos muy positivos sobre la salud. Las crisis de subsistencias han pasado a desempeñar un lugar secundario y el hambre ya no es causa de muerte pues como dice J. Nadal "el hambre puede estar hoy en el origen de importantes desplazamientos humanos, pero mata poco"⁴⁵.

El nivel de vida se ha elevado y la mortalidad se ha reducido como una consecuencia directa de la incidencia de las mejoras producidas en los factores sociales que la afectan⁴⁶. El desarrollo económico de la provincia se ha acelerado durante estos años, existen mayores recursos y una mejor distribución social de los mismos. La vida material ha mejorado y la constitución biológica de los individuos se ha fortalecido de tal forma que las enfermedades actúan con menor virulencia y aunque la amenaza de la muerte persiste, ha dejado de ser una preocupación en el ámbito familiar⁴⁷.

³⁶ El índice de envejecimiento aumenta progresivamente desde 1.940 hasta 1.991. De un índice igual a 5,3 en 1.940 se pasa a un índice 9,5 en 1.970. Ver el apartado sobre la Distribución por edades de la Población de Córdoba en el Capítulo IV.

³⁷ LEGUINA, J.: *Fundamentos de demografía*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1.981. p. 179. NIETO, J.A.: "Algunos aspectos culturales de las enfermedades y de la medicina" *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Nº 22 (1.983). p. 137.

³⁸ SPIEGELMAN, M.: *Introducción a la demografía*. Fondo de Cultura Económica. México, 1.972. p. 94.

³⁹ GERARD, H. y WUNCH, G.: *Demografía*. Ed. Pirámide. Madrid, 1.975. p. 136.

⁴⁰ BURNET, M.-WHITE, D.: *Historia natural de la enfermedad infecciosa*. Ed. Alianza. Madrid, 1.982. p.3

⁴¹ En un país desarrollado un niño está a salvo aunque sus manos, su boca y ropa estén contaminados mientras que en un país poco desarrollado un individuo debe protegerse él mismo evitando el agua a menos que ésta esté hervida. No obstante hay que hacer una excepción en el caso del tifus. Los cuerpos poco lavados y las ropas de vestir y de cama cambiadas con poca frecuencia proporcionan condiciones ideales para el desarrollo de esta enfermedad. MCKEOWN, T.: *El crecimiento moderno de la población*. ... p. 154.

⁴² *Ibidem*. p. 153.

⁴³ La Ley del 1.963 atendía la enfermedad, la maternidad, la vejez y la invalidez, la ayuda familiar, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, principalmente. Con la Ley de 1.972 los recursos destinados a la S.S. crecieron y si en 1.971 se destinó a él 6,6 por cien del presupuesto en el año 1.975 se dedicaron el 8 por cien. TAMAMES, R.: *Estructura económica de España*. Ed. Alianza. Madrid, 1.988. pp. 650-654.

⁴⁴ NICOLAS MARIN, M.E.: "El franquismo" en *Historia de España*. Vol. 12. (Dirigida por Antonio Domínguez Ortiz). Ed. Planeta. Barcelona, 1.991. p.202.

⁴⁵ NADAL, J.: *La población española* ... p. 214.

⁴⁶ Los factores socioeconómicos tienen una incidencia directa sobre la mortalidad y entre ellos sobresalen aquellos que tienen que ver con la alimentación -su exceso, desequilibrio o deficiencia repercute negativamente sobre la mortalidad-, con los ingresos, nivel cultural, etc. PUYOL ANTOLIN, R.; ESTEBANEZ, J.; MENDEZ, R.: *Geografía Humana*. Ed. Cátedra. Madrid, 1.988. p. 109.

⁴⁷ GIRARD, A.: *El hombre y la masa*. Espasa Calpe. Madrid, 1.984. p. 265.

Al llegar a los setenta la mortalidad muestra un pequeño ascenso que aún no es muy significativo pero que pone de manifiesto el inicio del problema típico de las próximas décadas; nos referimos a la cuestión del envejecimiento de la población. Tras la década de los sesenta en la que nuestra provincia fue especialmente afectada por la emigración se dejan ver las consecuencias del descenso experimentado por la fecundidad.

2.3.- Desde los años setenta hasta el año 1.991.

A partir de los años setenta la mortalidad deja de descender e incluso se va a producir un ligero aumento. Este hecho obedece a dos razones fundamentales, una es de naturaleza biológica y otra tiene un carácter demográfico.

Por un lado, hemos de considerar que la muerte es un hecho que podemos diferir pero no obviar; es decir, la reducción de la mortalidad tiene un límite. En contra de lo que ocurre con los nacimientos que pueden reducirse a voluntad hasta niveles insignificantes, en los fallecimientos la acción humana está limitada.

Durante estos años la mortalidad paraliza su descenso a causa del proceso de envejecimiento que se ha producido en la población. La estructura por edades se ha modificado al producirse un aumento de las personas de edades avanzadas. En esas circunstancias el riesgo de muerte es mayor en la población y aunque las condiciones sanitarias hayan mejorado la mortalidad se incrementa.

Las variaciones interanuales son mínimas, de ahí que el gráfico muestre una línea poco accidentada y casi paralela al eje de abscisas. La mortalidad durante esta etapa tiene una oscilación mínima, siempre con valores comprendidos entre el 8 y el 9 por mil. Los mínimos se producen en los años setenta y los máximos en los noventa lo cual nos indica que el proceso de envejecimiento se ha ido generalizando.

La reducción de la mortalidad infantil ha proseguido hasta niveles mínimos, pero como el margen de disminución es ya tan pequeño no se pueden contrarrestar los efectos ocasionados por el factor del envejecimiento de la población. Esta es la razón por la que se produce el hecho de que en 1.990 la mortalidad era similar a la existente en la provincia en la década de los cincuenta.

3.- La distribución geográfica de la mortalidad.

En el análisis geográfico sobre la distribución de la mortalidad en la provincia hemos de hacer varias consideraciones.

— Los datos que aparecen en la Tabla 2 anteriores a 1.950 no recogen los datos de todos los municipios porque no existe esa información para los municipios de menor volumen poblacional de la provincia. Su presencia obedece a una razón meramente orientativa.

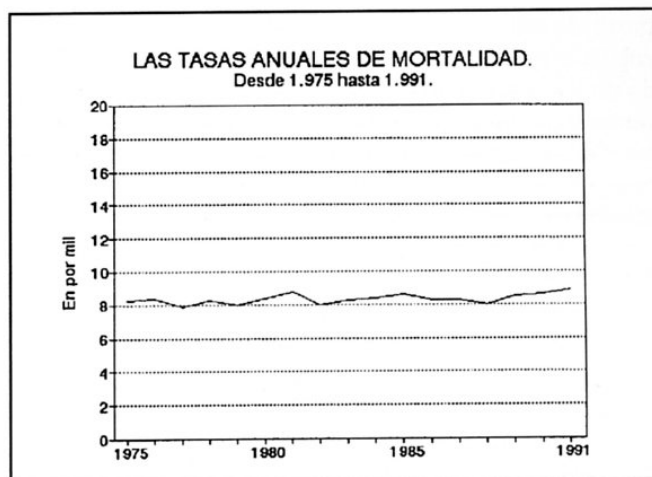


Gráfico 6.

— Existe una relación directa entre grado de urbanización y mortalidad. La concentración de los servicios sanitarios en los núcleos de población más importantes ha hecho que las tasas más elevadas de mortalidad se produzcan en los centros donde existe una mejor atención médica y sanitaria. El hecho de no registrar estadísticamente los óbitos por el lugar de residencia del fallecido sino por el lugar en el que este suceso se produce es responsable de la elevación de los índices en esos lugares.

— También se ha producido una relación directa entre la distribución por edad y sexo de la población y la mortalidad. Las comarcas más envejecidas son las que tienen mayor mortalidad y las que poseen mayores porcentajes de población joven son las de índices más bajos.

Aunque el factor responsable es el mismo que en el caso de la natalidad y la nupcialidad, las consecuencias en la mortalidad son las contrarias.

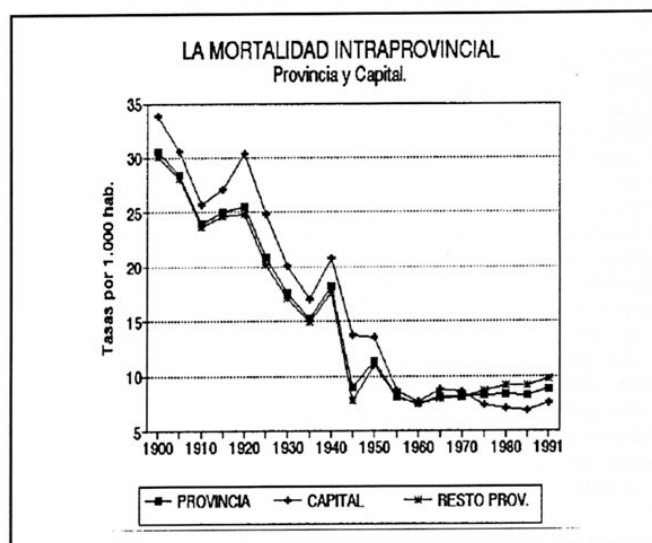


Gráfico 7.

TABLA 2

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD.						
AÑOS	PROVIN- CIA	POBLACION	TASA MOR.	CAPITAL	POBLACION	TASA MOR.
1900	13941	455859	30.6	1972	58275	33.8
1905	13576	477320	28.4	1916	62553	30.6
1910	11981	498782	24	1724	66831	25.8
1915	13312	532022	25	1902	70270	27.1
1920	14409	565262	25.5	2243	73710	30.4
1925	12869	617062	20.9	2199	88408	24.9
1930	11746	668862	17.6	2077	103106	20.1
1935	10891	715006	15.2	2090	123201	17
1940	13833	761150	18.2	2986	143296	20.8
1945	6919	771529	9	2111	154350	13.7
1950	8949	781908	11.4	2233	165403	13.5
1955	6488	790172	8.2	1588	181776	8.7
1960	6016	798437	7.5	1516	198148	7.7
1965	6262	761276	8.2	1916	216890	8.8
1970	5969	724116	8.2	2026	235632	8.6
1975	5925	717005	8.3	1887	255250	7.4
1980	5994	717213	8.4	2012	284737	7.1
1983	5946	731194	8.1	2147	294782	7.3
1985	6184	745175	8.3	2117	304826	6.9
1991	6738	755826	8.9	2355	310488	7.6

(*) PROSINCA, se refiere a la población de la provincia sin incluir a la Capital. MAYORES y MENORES, se refiere a municipios con más y menos de 10.000 habitantes.

Fuente: Movimiento Natural de la Población.

Si tenemos en cuenta lo ocurrido en la Capital podemos comprobar que lo sucedido ha sido bien distinto a lo sucedido en la provincia. El proceso de reducción de la mortalidad da la impresión de no haberse producido; es más, en algunos momentos se producen aumentos sostenidos de bastante importancia. Unos 2.000 fallecidos anuales se producen tanto a principios de siglo como en los años ochenta. Las cifras máximas y mínimas oscilan entre los 3.000 y los 1.500 fallecimientos anuales.

Las tasas de mortalidad de la Capital han sido superiores a las correspondientes a la provincia hasta el año 1.970 en el que comenzaron a ser inferiores.

Las mayores tasas de la Capital se producen más que

por factores de índole demográfica por causas relacionadas con la estructura sanitaria y con la normativa sobre las inscripciones de los fallecimientos. La escasez de hospitales en la provincia hasta la década de los ochenta y la costumbre de inscribir a los óbitos según el lugar del fallecimiento y no según el lugar de origen del difunto ha falseado los datos estadísticos correspondientes a la Capital⁴⁸.

En la Capital reside la población mejor atendida desde el punto de vista sanitario y, también, la población más joven. Si las defunciones no son en la Capital inferiores, ello se debe a las razones que ya hemos señalado porque en otras circunstancias en la Capital los índices hubiesen sido inferiores.

El medio urbano, sin embargo, no siempre se ha caracterizado por tener una menor mortalidad que el medio rural ya que cuando las infraestructuras sanitarias eran escasas sucedía todo lo contrario. En todo caso, el factor medio-ambiental y el tipo de hábitat son fundamentales en el análisis de las diferencias espaciales de la mortalidad. El lugar de residencia puede condicionar la mortalidad ya que existen áreas en las que los riesgos se reducen bien por la infraestructura sanitaria existente o por las condiciones medioambientales reinantes.

Cuando el proceso de industrialización se inicia las ciudades crecen con precipitación y la oferta de servicios siempre es menor que la demanda. La falta de previsión hace que los servicios sean desbordados y que las condiciones de vida empeoren⁴⁹. Cuando los servicios de alcantarillado y evacuación de residuos son deficientes se multiplica el riesgo de las infecciones y la ciudad se convierte en un hábitat de riesgo⁵⁰.

En contraposición a lo anterior, el ámbito rural presenta un modo de vida más rudo pero también más sano⁵¹. Ante situaciones de crisis de subsistencias la ali-

⁴⁸ A partir de 1.975 es cuando se diferencia entre el lugar en el que se produce el óbito y el lugar de residencia del fallecido. DE CAMPO, S.-NAVARRO LOPEZ, M.: *Nuevo análisis de la población española*. ... p. 243.

⁴⁹ Ante la degradación surgida por el rápido y desordenado crecimiento surgen ideas y proyectos para crear ciudades mas sanas y mejores que se recogen en las ideas de algunos de los reformistas utópicos y de proyectos como el de las ciudades jardín, por ejemplo. HERNANDO RICA, A.: *Hacia un mundo de ciudades. El proceso de urbanización*. Ed. Cincel. Madrid, 1.983. pp. 38-48.

⁵⁰ "En aquellos momentos en los que la confrontación campo-ciudad era muy acusada la ciudad, con el aire viciado por las industrias y la falta de tratamiento de los residuos, y sobre todo por las condiciones inhumanas de unos alojamientos excesivamente pequeños, carentes de soleamiento y de la ventilación precisa, comienza a ser vista como el símbolo de lo insano frente al saludable ambiente rural". VINUESA ANGULO, J.-VIDAL DOMINGUEZ, M.J.: *Los procesos de urbanización*.... p. 103. "Durante mucho tiempo la ciudad ha sido destructora de hombres". MOUCHEZ, P.: *Demografía*.... p. 102.

⁵¹ La mortalidad de la Capital ha sido superior en las décadas finales del siglo XIX. La Tasa Bruta de Mortalidad para la Provincia y la Capital fue:

	Provincia	Capital
Año 1.877	33,3	34,8
Año 1.887	30,8	33

TABLA 3

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD INTRAPROVINCIAL.					
	PROVINCIA	CAPITAL	PROSINCA	MAYORES	MENORES
1900	30.6	33.8	30.1	24.3	35
1905	28.4	30.6	28.1	30.3	26.3
1910	24	25.8	23.7	25.4	22.4
1915	25	27.1	24.7	24.2	25.3
1920	25.5	30.4	24.8	23	26.7
1925	20.9	24.9	20.2	19.5	21
1930	17.6	20.1	17.1	17.3	16.8
1935	15.2	17	14.9		
1940	18.2	20.8	17.6		
1945	9	13.7	7.8	13.7	5.2
1950	11.4	13.5	10.9	12.2	10.3
1955	8.2	8.7	8.1	8.6	7.8
1960	7.5	7.7	7.5	8.4	7.1
1965	8.2	8.8	8	8.1	8
1970	8.2	8.6	8.1	7.9	8.2
1975	8.3	7.4	8.7	8.8	8.6
1980	8.4	7.1	9.2	9.1	9.3
1985	8.3	6.9	9.2	8.9	9.6
1991	8.9	7.6	9.8	9.6	10.1

Fuente: Movimiento Natural de la Población

mentación siempre es más difícil en el medio urbano que en el medio rural, y el medio urbano favorece el desarrollo de ciertas enfermedades. En las ciudades se transmiten mejor las enfermedades relacionadas con la contaminación del agua o del aire y aumentan las enfermedades relacionadas con las vías respiratorias, el estrés y el corazón.

Cuando la industrialización y el desarrollo económico están consolidados desaparecen en la ciudad los inconvenientes señalados y comienzan a aflorar las ventajas del medio urbano. La atención médica y las condiciones sanitarias aumentan y se reduce el riesgo con respecto a los medios rurales siempre peor dotados de infraestructuras sanitarias. En estos momentos la situación se invierte por la mayor rapidez y fácil acceso a los servicios sanitarios. Cuando el nivel de desarrollo es elevado y la atención médica alcanza al medio rural esas ventajas de la ciudad desaparecen, es difícil establecer diferencias entre los dos hábitat en la mortalidad infantil y en la esperanza de vida, y las diferencias sólo son favo-

rables al medio urbano por la su menor grado de envejecimiento⁵².

En el caso que nos ocupa, vamos a hacer dos distinciones. La primera entre la Capital y el Resto de la Provincia y la segunda entre los Municipios Mayores y Menores de 10.000 habitantes.

La Capital ha tenido tasas superiores a la Provincia hasta el año 1.970. Aunque no creemos que la situación de la Capital a principios de siglo haya sido especialmente dramática sí parece que contó con ciertas limitaciones:

— Mal sistema de alcantarillado y deficiente calidad de las aguas que hacen que la ciudad de Córdoba ocupe en el año 1.904 el séptimo lugar entre las capitales españolas de mayor mortalidad⁵³. El propio Ayuntamiento se vio obligado a elaborar un plan general de saneamiento y a desarrollar una campaña bajo el lema "mejorar la higiene para la defensa de la salud"⁵⁴.

— En el año 1.934, el Inspector Provincial de Sanidad de Córdoba —D. Miguel Benzo— realiza un interesantísimo documento sobre la reforma interior de la ciudad en el que, entre otras cosas, se refiere a las repercusiones sanitarias de dichos proyectos y alude a algunos de los males que la afectan y que nos pueden ilustrar sobre la realidad existente en esos momentos. Durante las primeras décadas del presente siglo, dice, aumenta la población pero el espacio urbano no lo hace en la misma proporción lo que ocasiona un hacinamiento de la población cordobesa y el agravamiento de las condiciones higiénicas. Existen, además, una serie de males que precisan corrección tales como el sistema de recogida de basuras, la ausencia de parques y jardines así como el hecho de que el río se haya convertido en una especie de cloaca de la ciudad⁵⁵.

— Escasez y carestía en los alimentos que hacen que la alimentación sea insuficiente. En 1.916, en una sola jornada, se repartieron en la plaza de toros más de 6.000 raciones de comida económica y en marzo se produjo una manifestación de 10.000 obreros que pedían trabajo y precios más bajos⁵⁶.

⁵² ZARATE MARTIN, A.: *El espacio interior de la ciudad*. Ed. Síntesis. Madrid, 1.991. p. 241-242.

⁵³ Son los datos que había publicado el Instituto Geográfico y Estadístico y que señalaba a Córdoba como una de las ciudades de mayor mortalidad. En el 1.911 se aprueba el plan de alcantarillado y la traída de aguas. La campaña de concienciación se plantea en abril de 1.916. PALACIOS BAÑUELOS, L.: *La etapa contemporánea*. p. 338-339.

⁵⁴ En Córdoba el sistema de alcantarillado debía ser deficiente porque en el año 1.924 se afirma que "los cordobeses dormían sobre una gran letrina..." SOLANO MARQUEZ, F.: *Memorias de Córdoba*. Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba, 1.985. p.67. En los casos de epidemia los cursos de agua se convierten en focos de infección como había sucedido en los casos de los arroyos de Santa Marina y San Lorenzo en el siglo XVIII, RAMIREZ DE ARELLANO GUTIERREZ, F.: *Paseos por Córdoba*. Librería Luque. Córdoba, 1.973. p. 85,

⁵⁵ Agradecemos al profesor López Ontiveros que nos haya facilitado este interesante documento que fue publicado por D. Miguel Benzo con el título "La reforma interior de la ciudad" en *Diario Córdoba* (27-VI-1934).

⁵⁶ AGUILAR GAVILAN, E.: "Córdoba en la crisis de la restauración" en *Córdoba. Capital*. Caja Provincial de Ahorros de Córdoba, 1.994. p. 332.

— Falta de viviendas. En 1.941 se anunció la construcción de 1.350 viviendas protegidas principalmente para familias humildes que después no se construyeron⁵⁷.

— Poca higiene y pocas calorías. También en la posguerra se crea un Parque para Desinfección en el Campo de los Santos Mártires con el fin de favorecer la higiene personal y de la vestimenta. Las calorías consumidas en el año 1.945 no alcanzaba la cifra de las 1.500⁵⁸.

Hasta mediados de siglo estas deficiencias debieron explicar la elevada mortalidad de la Capital pero también hemos de tener en cuenta que se produjeron otras razones:

— Por un lado, la centralización de la atención médico-sanitaria en la Capital desvió hacia este núcleo a los enfermos terminales con lo que un porcentaje importante debió de morir aquí. Las especialidades médicas más importantes se encontraban en la Capital.⁵⁹

— Por otro lado, debido a la normativa vigente estas muertes se computaban en el lugar del fallecimiento y no en el lugar de residencia habitual con lo que se incrementaban las cifras de la Capital.

Hasta el año 1.950 las diferencias entre Provincia y Capital suelen ser de dos puntos y a partir de ese momento, las distancias se reducen porque la inmigración que se dirige hacia la Capital rejuvenece a la población y hace disminuir la mortalidad, y porque la Capital ha mejorado su infraestructura médico sanitaria. El Hospital de Agudos era el único centro hospitalario existente en Córdoba casi desde mediados del XIX⁶⁰, y ahora se va a ampliar la oferta: en el año 1.958 se crea la residencia sanitaria del Teniente Coronel Noriega y en el año 1.969 el Hospital General.

A partir del año 1.975 son varias las causas que hacen invertir la situación; es decir, que la mortalidad va a ser más importante en la Provincia que en la Capital:

— En primer lugar desaparece la normativa que obligaba a inscribir a los fallecidos en el lugar del fallecimiento; a partir de ese momento se harán en el lugar de residencia.

— En segundo lugar, la emigración y la reducción drástica de la fecundidad hace aumentar el envejecimiento en el Resto de la Provincia.

— Continúa mejorando la dotación médico-sanitaria de la Capital: en 1.972 se crea la Facultad de Medicina y en 1.975 se inaugura el Hospital Reina Sofía⁶¹.

Si tenemos en cuenta a los dos grupos de municipios

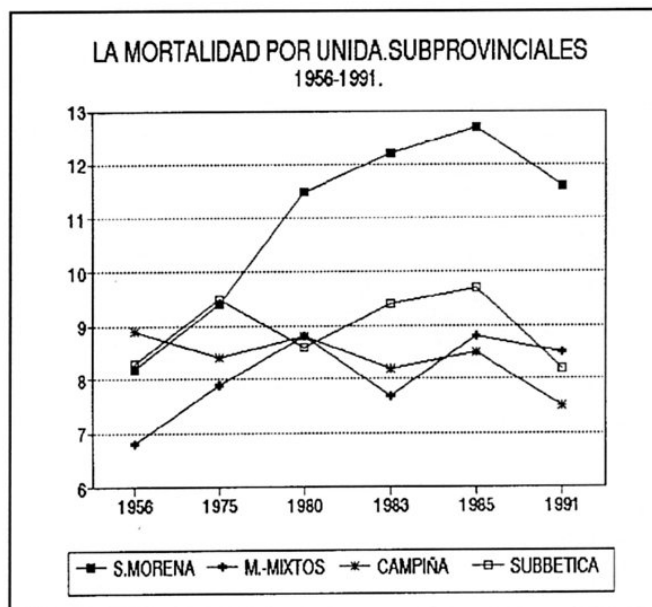


Gráfico 8.

y su evolución desde la Guerra Civil, tenemos que primero la mortalidad era más elevada en los municipios de mayor volumen poblacional y después ha sucedido lo contrario.

A nivel de municipios ha sucedido lo mismo que entre la Capital y el Resto de la Provincial. Los Municipios Mayores han tenido mejores dotaciones sanitarias que los municipios más pequeños con lo que también se ha producido una desviación de la mortalidad hacia los lugares mejor atendidos. Durante los años de emigración el grado de envejecimiento aumenta en los Municipios Menores y la situación se invierte.

En cuanto a la distribución de la mortalidad por Unidades Subprovinciales podemos comprobar que según el Gráfico 8 se ha producido una similitud entre la evolución de la mortalidad en Sierra Morena y Subbética y entre la Campiña y los Muni.-Mixtos (Sierra-Valle).

Sierra Morena ha tenido la evolución más negativa con unas tasas bastante superiores al resto de las unidades. En el año 1.980 eran prácticamente iguales las tasas de todas las unidades excepto las de Sierra Morena.

Durante la última década la reducción más importante se ha producido en los Muni.-Sierra-Valle y la mayor elevación de la mortalidad ha tenido lugar en la Subbética.

⁵⁷ PALACIOS BAÑUELOS, L.: "La Córdoba cruzcondista" en *Córdoba. Capital*. Caja Provincial de Ahorros de Córdoba, 1.994. p. 344.

⁵⁸ ROMAN MORALES, F.: "Evolución de la economía" en *Córdoba. Capital*. Caja Provincial de Ahorros de Córdoba, 1.994. p. 355.

⁵⁹ Antes de la década de los treinta existen en Córdoba las especialidades de Obstetricia, Pediatría, Venereología, Otorrinolaringología, Urología y Radiología, principalmente. Posteriormente, se crearon otras especialidades entre las que destacan Infecciosos en 1.940 y Cardiología y Traumatología en 1.950. FERNANDEZ DUEÑAS, A.: "La medicina, del hospital de Agudos al Reina Sofía" en *Córdoba. Capital*. Caja Provincial de Ahorros de Córdoba, 1.994. pp. 190-191.

⁶⁰ SALDAÑA, C.: "Los hospitales de Córdoba" *B.R.A.C.* n°42 (1.934). pp. 133-146.

⁶¹ *Ibidem*. pp. 193-194.

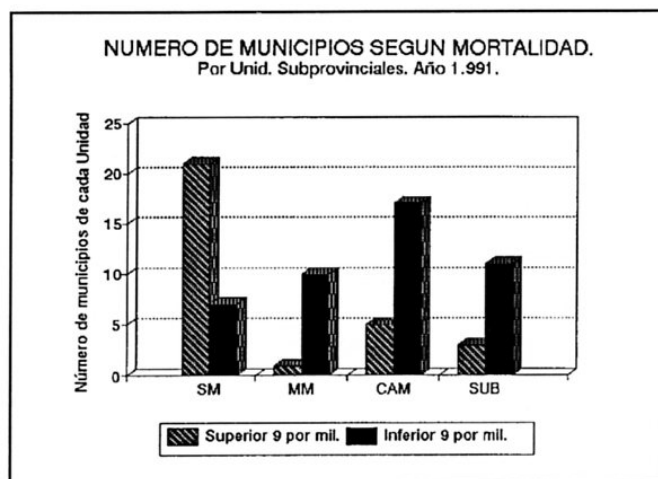


Gráfico 9.- De izquierda a derecha: Sierra Morena (28 municipios), Muni.- Mixtos (11 muni.), Campiña (22 muni.) y Subbética (14 muni.).

La evolución socioeconómica que se ha desarrollado desde mediados de siglo en cada unidad explica la situación actual. Las zonas más beneficiadas por el desarrollo económico han sido las de tasas más bajas y las más perjudicadas han tenido los índices más elevados.

De igual forma, a nivel comarcal también se produce una relación entre desarrollo económico comarcal y mortalidad. Las comarcas más occidentales de los Muni.-Sierra-Valle, Campiña y Subbética vuelven a destacar como las más favorecidas por la mortalidad.

El Gráfico 11 muestra que se han producido modificaciones importantes entre los años 1.956 y 1.991. La mortalidad ha aumentado entre una fecha y otra, casi todas las Grandes-comarcas tienen hoy índices superiores a los de mediados de siglo.

— En Sierra Morena, los Pedroches han tenido, en general, una mortalidad superior a la existente en la Cuenca del Guadiato y la explicación se debe a un mayor porcentaje de población vieja; mientras en los Pedroches el porcentaje de población vieja es del 19 por cien, en la Cuenca del Guadiato es del 18 por cien.

El Guadiato Alto se benefició en 1.956 por el desarrollo económico que irradiaba desde Peñarroya-Pueblonuevo mientras que en 1.991 se perjudicó por la crisis existente en la comarca minera de Peñarroya-Pueblonuevo y por la existencia de pequeños municipios con muy poca población joven como La Granjuela o Valsequillo.

— En los Muni.-Mixtos (Sierra-Valle) la mortalidad existente en el Valle Oriental ha sido siempre superior a la del Valle Occidental y además las diferencias han sido claras. También la primera gran-comarca tuvo un porcentaje de un 14 por cien de personas con más de 65 años y el sector Occidental de un 12 por cien.

Las tasas de Posadas han sido las más bajas tanto en el año 1.956 como en el año 1.991 y Montoro ha tenido

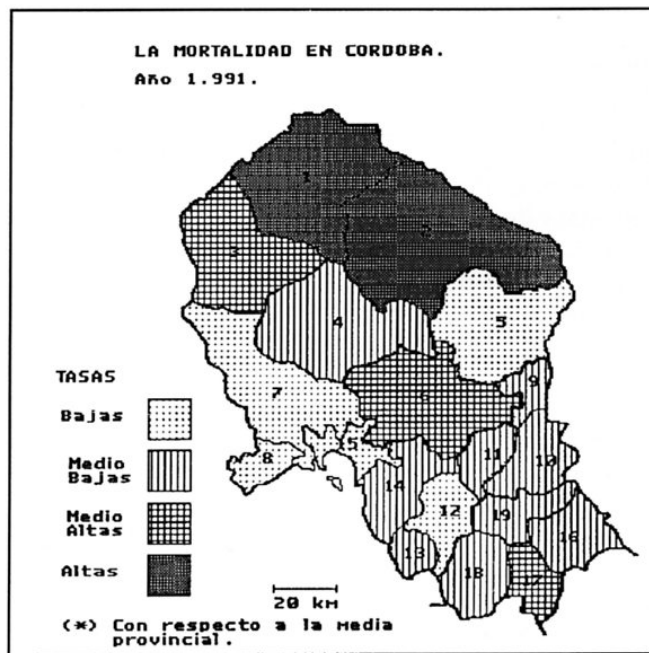


Gráfico 10.

los índices más elevados en 1.991 —exceptuando la Capital—. El municipio de Palma del Río ha contado con una evolución muy positiva, cuenta con población joven y con elevada natalidad y, por ello, las tasas de mortalidad se reducen en la última fecha.

— En la Campiña, su Sector Oriental ha sido el de índices superiores y también ha sido el que ha tenido un mayor grado de envejecimiento. Este sector de la Campiña no destaca desde el punto de vista poblacional debido a su escasa población, baja natalidad y alto porcentaje de personas mayores.

En el Sector Central de la Campiña también hay municipios pequeños y poco dinámicos que hacen aumentar la mortalidad. La Rambla es la comarca de menor mortalidad y Castro del Río es la comarca de índices más elevados.

El Sector Occidental está ocupado por los municipios de la Colonización Carolina. En 1.956 tenía índices elevados pero en 1.985 tenía, junto a La Rambla, los índices más bajos de esta Unidad Subprovincial.

— En la Subbética hasta el año 1.956 el Sector Oriental era el de mayor mortalidad, era el más aislado y el de peores recursos y también tenía 3 puntos más de envejecimiento que el otro sector.

La comarca de Rute ha sido la de índices más elevados aunque también los correspondientes al área de Priego han sido altos. Las tasas de la comarca de Cabra han sido superiores a las del área de Lucena.

En la Tabla 6 correspondiente a la mortalidad de los municipios cordobeses en los años 1.956 y 1.991, tenemos que en el año 1.956 las tasas mas bajas de mortalidad se situaban al norte del Guadalquivir mientras que

TABLA 4

LA MORTALIDAD POR UNIDADES SUBPROVINCIALES.					
AÑOS	TOTAL	S.MORENA	MUN.MIXTOS	CAMPIÑA	SUBBETICA
1900	30.5 (14)	26.8 (3)	25.1 (1)	32.7 (6)	31.5 (4)
1930	17.1 (17)	14.8 (6)	17.6 (1)	19 (6)	17.4 (4)
1945	12.9 (8)	9.4 (1)		13.7 (3)	13.2 (4)
1956	8.3 (74)	8.2 (28)	6.8 (10)	8.9 (23)	8.3 (13)
1975	8.9	9.4	7.9	8.4	9.5
1980	9.8	11.5	8.8	8.8	8.6
1983	9.9	12.2	7.7	8.2	9.4
1985	10.3	12.7	8.8	8.5	9.7
1991	8.9	11.6	8.5	7.5	8.2

(*) Entre paréntesis el número de municipios tenidos en cuenta.

Fuente: INE. Reseña estadística de la provincia de Córdoba, 1.959 y Movimiento Natural de la Población.

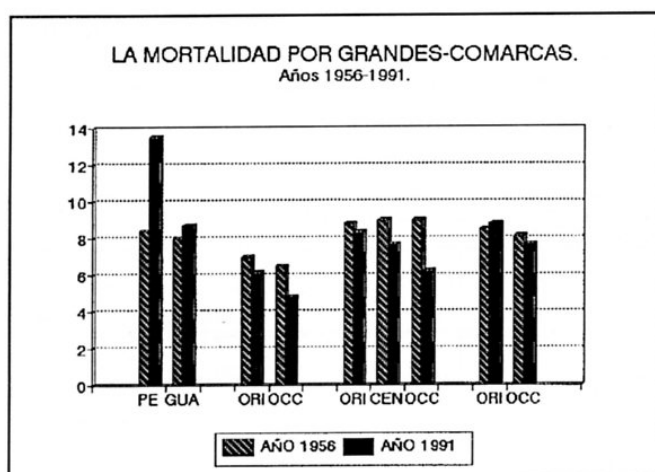


Gráfico 11.

TABLA 5

LAS TASAS DE MORTALIDAD POR COMARCAS. 1.956, 1.985 y 1.991.				
	MINICIPIOS	AÑO 1.956	AÑO 1.985	AÑO 1991
ORIENTAL	9	8.2	15.8	14
OCCIDENTAL	8	8.7	11.6	13.1
GUADIATO ALTO	6	8.2	13.2	9.3
GUADIATO MEDIO	5	7.7	8.3	8
MONTORO	6	7	9.3	6.1
CORDOBA	1	9	6.9	9.7
POSADAS	3	6.2	8.2	4.5
PALMA RIO	1	7.4	7.3	5.6
BUJALANCE	2	8.6	8.3	8.9
BAENA	4	8.9	10.2	8
CASTRO DEL RIO	2	8.7	9.8	8.5
MONTI.-AGUILAR	4	10.2	7.3	5.8
PUENTE GENIL	1	7.7	8.7	7.2
LA RAMBLA	5	8.4	8	9
N. POBLACIONES	5	9	8.2	6.2
PRIEGO	4	7.8	10.8	7.8
RUTE	2	8.8	11.3	10.7
LUCENA	3	8.5	9.5	7.4
CABRA	4	8.5	8.2	8

Fuente: Movimiento Natural de la Población.

en el año 1.991 sucedía todo lo contrario, las tasas más bajas estaban en la mitad meridional.

En la Tabla 7 aparecen los intervalos correspondientes a las tasas de mortalidad en el año 1.956. En general, los índices suelen ser bajos; más de la mitad de los municipios se situaban entre el 6 y el 9 por mil. Un total de 40 municipios se situaban en ese intervalo mientras que 26 municipios tenían tasas superiores y 9 municipios las tenían inferiores.

Los 9 municipios que tienen las tasas más bajas de la provincia tienen en común su poco volumen poblacional –Cardena, Espiel, Hornachuelos o Fuente Tójar, por ejemplo–. Cuatro pertenecen a Sierra Morena, dos a los Muni.-Sierra-Valle y a la Campiña y uno a la

Subbética. Las tasas más elevadas de la provincia se producen en las mismas Unidades referidas en el intervalo anterior –Sierra Morena y Campiña–. Se trata de cuatro municipios poco significativos desde el punto de vista demográfico –Añora, Valenzuela, Villanueva del Duque y Monturque– En la Tabla 8 los intervalos se corresponden al año 1.991. Durante esos más de treinta años se ha producido un incremento de la mortalidad a causa del envejecimiento de muchos municipios y de la reducción de la fecundidad.

Las diferencias con respecto al cuadro anteriormente comentado consisten en que los municipios con tasas inferiores al 9 por mil se han reducido y aquéllos con índices superiores al 12 por mil han aumentado. También podemos notar que en 1.991 se producen más situaciones extremas, se incrementan tanto los índices muy bajos como los muy elevados.

TABLA II.6

TASAS DE MORTALIDAD INFERIORES.		TASAS DE MORTALIDAD SUPERIORES.	
AÑO 1.956	AÑO 1.991	AÑO 1.956	AÑO 1.991
(Menos 6 por mil)	(Menos 6 por mil) mil	(Más de 12 por mil) por	(Más de 15 por mil) por
Cardeña Guijo Valsequillo Espiel Adamúz Hornachuelos Nueva Carteya Montalbán Fuente Tójar	Obejo Stª Eufemia Blázquez Villaharta Montoro Villafranca Almodovar Hornachuelos Posadas Palma del Río Monturque Moriles La Carlota F. Palmera Guadalcázar La Victoria Fuente Tójar Palenciana Doña Mencía	Añora Vª Duque Valenzuela Monturque	Conquista Pedroche Pozoblanco Guijo Vª Duque Villaralto Vª Rey Santaella

Fuente: INE. *Reseña estadística de la provincia de Córdoba*. Madrid, 1.959 y Movimiento natural de la Población. Elaboración propia.

TABLA 7

INTERVALOS EN LAS TASAS DE MORTALIDAD MUNICIPAL POR UNIDADES SUBPROVINCIALES. AÑO 1956.					
		UNIDADES SUBPROVINCIALES			
Intervalos.	TOTAL	%	Sierra	Muni.	
			Morena	Mixtos	Campiña Subbética
MENOS DE 3	-	-	-	-	-
DE 3.1 A 6	9	12	4	2	1
DE 6.1 A 9	40	53.3	12	9	10
DE 9.1 A 12	22	29.3	10	-	3
DE 12.1 A 15	4	5.3	2	-	-
MAS DE 15.1	-	-	-	-	-
TOTAL	75		28	11	22 14

Fuente: INE. *Reseña estadística de la provincia de Córdoba*. Madrid, 1.959. Elaboración propia.

TABLA 8

INTERVALOS EN LAS TASAS DE MORTALIDAD MUNICIPAL POR UNIDADES SUBPROVINCIALES. AÑO 1991					
		UNIDADES SUBPROVINCIALES			
Intervalos.	TOTAL	%	Sierra	Muni.	
			Morena	Mixtos	Campiña Subbética
MENOS DE 3	2	2.7	1	-	1 -
DE 3.1 A 6	18	24	4	6	5 3
DE 6.1 A 9	25	33.3	2	4	11 8
DE 9.1 A 12	15	20	9	1	4 1
DE 12.1 A 15	7	9.3	5	-	- 2
MAS DE 15.1	8	10.7	7	-	1 -
TOTAL	75		28	11	22 14

Fuente: Movimiento Natural de la Población. Elaboración propia.