



Manuel Ferreiro Ardións

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. La epidemia de 1834.

Tesis doctoral dirigida por el Catedrático Antonio Rivera Blanco
Departamento de Historia Contemporánea
Año 2012

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

EL CÓLERA EN LAS TRANSFORMACIONES DEL SIGLO XIX EN ÁLAVA. LA EPIDEMIA DE 1834.

Manuel Ferreiro Ardións

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Reconocimiento – NoComercial – SinObraDerivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

© Manuel Ferreiro Ardións.

Imagen de la portada: Manuel Ferreiro Ardións. Dibujo sobre estampa de Lib. General “16.- Calle de la Herrería, Vitoria”.

CDU: 93:314 (460.156) “18”

Vitoria, 2012.

Índice

Abreviaturas.....	11
Presentación.....	13
I. El cólera, conceptos sanitarios.....	31
I.1. Actualidad del cólera.....	35
I.2. Conocimiento médico actual.....	39
I.3. Consideraciones médicas en el siglo XIX.....	47
1.3.1. La corriente Higienista.....	48
1.3.2. El higienismo frente al cólera.....	53
1.3.3. El cólera y las cuestiones miasmáticas en Álava.....	58

PRIMERA PARTE Estudio cuantitativo

Introducción al estudio cuantitativo.....	67
II. La epidemia de 1834 en cifras.....	71
II.1. La crisis de mortalidad de 1834.....	77
II.1.1. La cuestión del hambre.....	82

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

II.1.2. La cuestión de la guerra.....	90
II.1.3. Las causas ordinarias.....	101
II.2. Metodología.....	102
II.2.1. Fuentes de datos.....	105
II.2.2. Área de estudio.....	108
II.2.3. Entorno temporal.....	111
II.2.4. Criterios de validez.....	112
II.2.5. Análisis estadístico.....	116
II.3. Resultados.....	117
II.4. Discusión.....	123
II.4.1. Validación.....	123
II.4.2. Mortalidad.....	124
II.4.3. Comparación con los registros de 1834.....	125
II.4.4. El problema de la curva holomiántica.....	128
II.4.5. Los casos dudosos.....	130
II.4.6. Impacto demográfico.....	131
II.4.7. La epidemia en la evolución demográfica alavesa.....	132
II.5. Conclusiones.....	134
III. Otras cuestiones cuantitativas.....	135
III.1. Morbilidad.....	137
III.1.1. Descripción.....	141
III.1.2. Resultados y discusión.....	141
III.2. Temporalidad.....	159
III.2.1. Hipótesis de las dos velocidades.....	160
III.2.2. Mortalidad en julio.....	166
III.2.3. Diciembre.....	172
III.3. Distribución geográfica.....	174
III.3.1. Distribución en el tiempo.....	175
III.3.2. Distribución en el espacio.....	177
III.4. Nupcialidad, fecundidad y mortalidad infantil.....	185
III.4.1. Nupcialidad.....	187
III.4.2. Fecundidad.....	191
III.4.3. Mortalidad infantil.....	200
III.5. La epidemia de 1834 frente a la de 1855.....	203

IV. Crónica de la epidemia de 1834 en Álava.....	211
IV.1. La larga espera.....	214
IV.2. El protagonismo de la guerra.....	228
IV.3. La epidemia de cólera de 1834.....	242

SEGUNDA PARTE

Estudio cualitativo

Introducción al estudio cualitativo.....	265
V. Determinantes de salud y cólera.....	271
V.1. Biología humana.....	276
V.2. Medioambiente.....	284
V.2.1. Reservorio.....	285
V.2.2. Mecanismos de transmisión.....	290
V.2.3. Huésped susceptible.....	311
V.3. Estilos de vida.....	325
V.3.1. Alimentación.....	327
V.3.2. Higiene personal.....	332
V.3.3. Otros factores de estilos de vida.....	336
V.4. Estructura sanitaria.....	339
V.4.1. Infraestructuras.....	340
V.4.2. Personal.....	354
V.4.3. Remedios.....	361
V.4.4. Consecuencias.....	366
VI. Cólera y adoctrinamiento higiénico-sanitario.....	369
VI.1. Las bases del adoctrinamiento higiénico-sanitario.....	373
VI.1.1. Medicina y Poder.....	378
VI.1.2. Ciencia y Religión.....	393
VI.1.3. Peste y cólera.....	401
VI.2. La gestión del miedo.....	406
VI.2.1. Las múltiples facetas del miedo al cólera.....	408
VI.2.2. El pánico como catalizador.....	423
VI.3. Evolución del discurso higiénico-sanitario.....	429
VI.3.1. De lo ambiental a lo público.....	432

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

VI.3.2. De lo público a lo privado.....	443
VI.3.3. De lo privado a lo corporal.....	451
VI.4. Los nuevos vigilantes sociales.....	457
VI.4.1. La “medicalización” de la sociedad alavesa.....	458
VI.4.2. La vigilancia de las costumbres.....	471

CONCLUSIONES

Conclusiones.....	481
Aportaciones al conocimiento.....	509

FUENTES DOCUMENTALES Y BIBLIOGRAFÍA

Archivos y bibliotecas.....	513
Prensa.....	515
Internet.....	517
Audiovisuales.....	519
Bibliografía.....	521

APÉNDICES

Apéndice 1.....	551
1.1. Criterios de validación.....	553
1.2. Mortalidad absoluta del periodo agosto-noviembre de 1834 en las localidades positivas y dudosas.....	575
1.3. Índices Dupâquier de localidades positivas y dudosas.....	581
1.4. Distribución geográfica de localidades positivas y dudosas.....	587
Apéndice 2. Gráficas de defunciones de los periodos 1830-1839 y del año 1834 por localidades.....	591
2.1. Territorio Histórico de Álava.....	593
2.2. Municipios y localidades de Álava.....	595
Alegría-Dulantzi.....	595
Amurrio.....	596
Añana.....	599

Aramaio.....	600
Armiñón.....	602
Arraia-Maeztu.....	603
Arrazua-Ubarrundia.....	607
Artziniega.....	610
Asparrena.....	612
Ayala/Aiara.....	615
Baños de Ebro/Mañeta.....	620
Barrundia.....	621
Berantevilla.....	625
Bernedo.....	627
Campezo/Kanpezu.....	630
Elburgo/Burgelu.....	632
Elciego.....	634
Elvillar/Billar.....	635
Iruña de Oca/Iruña Oka.....	636
Iruraiz-Gauna.....	637
Kripan.....	640
Kuartango.....	641
Labastida/Bastida.....	645
Lagrán.....	646
Laguardia.....	647
Lanciego/Lantziego.....	648
Lantarón.....	649
Lapuebla de Labarca.....	652
Legutiano.....	653
Leza.....	655
Llodio/Laudio.....	656
Moreda de Álava.....	657
Navaridas.....	658
Okondo.....	659
Oyón-Oion.....	660
Peñacerrada-Urizaharra.....	661
Ribera alta/Erriberagoitia.....	663
Ribera baja/Erribera.....	669
Salvatierra/Agurain.....	671

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Samaniego.....	673
San millán/Donemiliaga.....	674
Urkabustaiz.....	678
Valdegovía/Gaubea.....	680
Valle de arana/Harana.....	686
Villabuena de álava/Eskuernaga.....	687
Vitoria-Gasteiz.....	688
Yécora/Iekora.....	702
Zalduondo.....	703
Zambrana.....	704
Zigoitia.....	705
Zuia.....	709
Apéndice 3. Resumen del estadillo de enfermos y fallecidos por cólera en la ciudad de Vitoria.....	713
Apéndice 4. Mortalidad atribuible al cólera en el periodo agosto-noviembre de 1834 y en la epidemia de 1855.....	723
Apéndice 5. Bando municipal de Vitoria del 3 de agosto de 1834.....	733
Apéndice 6. Bando a los pueblos de la jurisdicción de Vitoria del 25 de septiembre de 1834.....	739
Apéndice 7. Breve reseña de Valentín de Foronda (Vitoria 1751-Pamplona 1821).....	743

Abreviaturas.

A.H.D.V.	Archivo Histórico Diocesano de Vitoria.
A.H.N.	Archivo Histórico Nacional.
A.H.P.A.	Archivo Histórico Provincial de Álava.
A.M.V.	Archivo Municipal de Vitoria “Pilar Aróstegui”.
A.R.CH.V.	Archivo de la Real Chancillería de Valladolid.
A.T.H.A.	Archivo del Territorio Histórico de Álava.
AA.JJ.GG.	Actas de las Juntas Generales de Álava.
AA.MM.	Actas o acuerdos municipales.
B.A.	Boletín de Álava.
B.M.C.F.	Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia.

B.N.	Biblioteca Nacional.
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española.
F.S.S.	Fundación Sancho el Sabio.
G.M.	Gaceta de Madrid.
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud.
P.A.H.O.	En inglés Organización de la Salud Panamericana.
R.D./R.O.	Real Decreto./Real Orden.
R.S.B.A.P.	Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País.
RAE	Real Academia Española de la lengua.
W.H.O.	En inglés Organización Mundial de la Salud.

Presentación.

Las connotaciones de terror con las que relacionamos los procesos epidémicos catastróficos a lo largo de la historia tienden a valorarse casi exclusivamente en función de la mayor o menor dentellada que infringieron a las pirámides de población. Así, en Álava, la epidemia de cólera de 1855 es destacada en cualquier texto que aborde el siglo XIX provincial como elemento desestabilizador demográfico, económico o social a partir de las llamativas cifras de mortalidad que plasman los documentos, marginando por el contrario las epidemias de 1885 y 1834 por sus discretas cifras de devastación humana que conocemos. No se matiza, sin embargo, que los datos de 1834 fueron recopilados a posteriori en medio de una guerra, lo que desvirtúa cualquier mínimo parecido con la realidad; y en cuanto a la de 1885, en teoría y con las cifras clásicas la más virulenta, no se señala que su pecado para no entrar en la Historia fue saltarse Vitoria, lo que la convirtió en anónima documental a pesar del daño causado en los núcleos rurales y estimular, aún más, la emigración de fin de siglo hacia los incipientes reductos industriales y a la América mitificada.

Pero además, la mala costumbre de quedarse en la mortalidad, como reflejo de la importancia de una epidemia, oculta otros sesgos de enorme relevancia para quienes no compartimos la idea de reducir el impacto de la enfermedad a su lectura cuantitativo-demográfica, estimando que no es necesaria una gran mortalidad para crear, por ejemplo, ambientes dominados por el pánico que faciliten la generación de representaciones sociales comunes que, a su vez, canalicen modificaciones permanentes en las conductas cotidianas de la población. Es el caso del cólera, bien visible en aspectos tan fundamentales como la higiene, verdadero paso de gigante en la lucha del hombre contra la enfermedad.

“Nuestro aliado el cólera”, expresión que esgrimieron los higienistas españoles del XIX, permite por otra parte enfocar las epidemias de cólera desde las no pocas consecuencias positivas que tuvieron. Las modificaciones en la higiene, tanto pública como privada y personal, son uno de sus testimonios más representativos, si bien precisarían del empuje definitivo de la naciente -también merced al cólera- bacteriología; igual de fundamental sería el gran impulso dado a los estudios científicos, encaminados éstos a descubrir las causas, propagación y, evidentemente, a la curación y prevención del cólera, pero que paralelamente reforzaron el método científico experimental, desarrollaron la estadística sanitaria y la epidemiología, o animaron medidas erróneas que, para otros objetivos, se constituyeron en aciertos. Muchos de aquellos trabajos fueron impulsados por las Academias médicas y por las Juntas de Sanidad que dieron como resultado, fundamentalmente a partir de la epidemia de mediados de siglo, una gran número de memorias que, con los objetivos señalados, proporcionan una buena cantidad de datos demográficos sobre los invadidos y fallecidos, además de realizar descripciones geográficas del área a la que se circunscribían.

Estas memorias médicas coetáneas a los acontecimientos constituyen hoy una fuente testimonial directa de enorme importancia; sin embargo, su dispersión en colecciones y archivos privados, cuando

no adormecidas en las estanterías de alguna librería “de viejo”,¹ hace difícil el acceso a las mismas, su sistematización y estudio,² aunque una buena parte de los trabajos históricos sobre el cólera publicados desde los años 80 del siglo XX tienen su base en el hallazgo de alguno de aquellos textos. En el caso alavés sobresale la escrita por el cirujano municipal de Vitoria Gerónimo Roure en 1856,³ que ya fue señalada en su valor por Gonzalo Bilbao⁴ en un temprano trabajo de 1954, y que constituye la mejor fuente documental en los tres trabajos más ambiciosos sobre el cólera en nuestra provincia, dos de 1986, realizados por Estibaliz Ruiz de Azúa y por Pedro M. Ramos, y el tercero de 1993, a cargo de Marta Echevarría, de los que trataré más adelante.

Las memorias de aquellos galenos decimonónicos -que precisamente terminarían por abandonar los últimos vestigios del galenismo entre otras razones por las aportaciones del cólera- guardan un cierto patrón en su estructura, ya que en general trataban de seguir los cuestionarios predefinidos por las academias médicas, que respondían fundamentalmente a dos inquietudes médicas del momento: por un lado, la de un incipiente interés estadístico, aportando datos sobre el número de invadidos y fallecidos distribuidos por sexos y, en algunos casos, por edades; y por otro, el de discernir el

¹ Por ejemplo en el caso de la memoria que utiliza para su estudio ALMENDROS, J.M. “Un ejemplo de medicina rural durante la epidemia de cólera: Don Tomás Valera y Jiménez. Villagordo del Júcar, 1885”, *Al-Basit: Revista de estudios albacetenses*, Nº 23, 1988. Pág. 5.

² Un acercamiento a su sistematización puede encontrarse en URTEAGA, L. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Cuadernos críticos de Geografía Humana*, Año V, nº 29, noviembre de 1980, Universidad de Barcelona. Un ejemplo del potencial de estos trabajos sería la revisión de VIÑES RUEDA, J.J. “El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 23, Nº 1, Enero-abril 2000.

³ ROURE, G. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855*, Imp. Viuda de Manteli e Hijos, Vitoria, 1856.

⁴ GONZALO BILBAO, F. “Las epidemias de cólera del siglo XIX en Álava”, *Medicamento*, tomo III, nº 26, año 1954.

carácter infeccioso o epidémico del cólera, lo que les llevaba a valorar minuciosamente aquellos factores de la geografía física y humana que condicionaban hipotéticamente la presencia de los llamados miasmas causantes de la enfermedad. Debido fundamentalmente a este segundo factor, dichas memorias pueden adscribirse a la tradición hipocrática de las “constituciones”,⁵ recuperada y en boga desde el siglo XVIII que el cólera mantendrá viva, incluso después de la constatación biológica causal del cólera que abre la Era médica bacteriológica a finales del siglo XIX. De aquí que comparta la idea de Luis Urteaga de considerar a estas memorias como parte de la tradición de las topografías médicas.

Junto a estos trabajos médicos contemporáneos a los hechos, la mención al cólera fue también usual entre la intelectualidad del XIX. En el ejemplo de Álava no faltan las alusiones entre los cronistas más o menos coetáneos a alguna de las epidemias (Becerro de Bengoa, Colá y Goiti, Eulogio Serdán, Ladislao de Velasco o Tomás Alfaro) que, aun en su brevedad y limitación descriptiva, aportan fundamentalmente la idea de pánico frente a aquellas epidemias, emparentándolas indisolublemente con el arquetipo medieval de la peste, lo que nos permite captar, a falta de aportaciones cuantitativas por parte de estos autores, sentimientos y sensibilidades en relación a aquellas vivencias que genera un interés nada despreciable, pues considero que no podemos separar esas representaciones de terror de la toma de decisiones políticas. Al peso social y político de estos autores habrá de añadirse la perfecta comunión de sus mensajes con los planteamientos medico-higiénicos del momento, tan estrechamente vinculados al cólera, que favorecerían, sin duda, el empuje definitivo al ensanche urbanístico de Vitoria en la segunda mitad del siglo, por

⁵ Originalmente se referían a la posible influencia sobre la salud -específicamente sobre la aparición de epidemias-, que tenían determinadas combinaciones de circunstancias físicas, especialmente meteorológicas. A partir de mediados del XVIII se retoman tales consideraciones animados por la mejor comprensión de algunos fenómenos físicos y químicos, lo que unido al afán sistematizador del periodo llevó a una proliferación de textos descriptivos que recogían todo tipo de informaciones ambientales producidas con anterioridad y durante los brotes epidémicos.

una parte, y al desarrollo de la medicina como herramienta de control social por otro.

Tras estos textos de médicos y cronistas observadores directos de los acontecimientos, el interés por el cólera desapareció a la par de la ausencia de nuevas epidemias, quedando a lo largo del siglo XX centrado su interés en aspectos estrictamente microbiológicos y sanitarios. Se habrá de esperar hasta la década de 1980 para percibir con nitidez un interés creciente de los historiadores españoles por el cólera y sus consecuencias,⁶ especialmente las demográficas y económicas, que pondrán la sangría de las epidemias (del cólera, pero también de la viruela, el tifus, la fiebre amarilla o la tuberculosis) a la altura de las guerras y las crisis de subsistencia agrícolas, siguiendo propuestas como la de Jacques Le Goff reivindicando un espacio para la historia de las enfermedades.⁷

Faltando un trabajo revisionista general sobre el país,⁸ la mayor parte de estos estudios de finales del siglo XX poseen un ámbito regional o local con enfoques muy diversos, estando la mayoría, además, sólo centrados en alguna de las epidemias sufridas.⁹ En

⁶ Efectivamente, si tomamos como muestra los estudios sobre el cólera referenciados en el “Portal de difusión de la producción científica hispana” disponible en <<http://dialnet.unirioja.es>>, de los 116 trabajos en castellano que tratan sobre las epidemias de cólera desde puntos de vista históricos o sociales (es decir, no estrictamente médicos) en España, a fecha de enero de 2008, veremos que 112 tienen fecha de publicación, correspondiendo 1 al año 1948, 6 a la década de 1970, 41 a la de los 80, 39 a la de 1990 y 25 a partir del año 2000. No obstante, debe advertirse del papel jugado por el propio desarrollo universitario en España a partir de los 80 como motor de la investigación. Además, es evidente que al tratarse de una base informática pueda producirse un sesgo a favor de textos más actuales; así por ejemplo no están recogidos los trabajos sobre el cólera en San Sebastián de Fabián de Arriategui o Ignacio M^a Barriola que, precisamente, son muy tempranos.

⁷ LE GOFF, J.; SOURNIA, J.C. (Presenté par). “Les maladies ont une histoire”, *L’histoire/Seuil*, Revisión del número especial de *L’histoire* n° 74, 1985.

⁸ Refiriéndome al conjunto de las epidemias de cólera del XIX, ya que sí existen para epidemias concretas, por ejemplo el excelente trabajo de Juan José Fernández para la epidemia de 1885, amén de los clásicos como el de Hauser.

⁹ En la búsqueda bibliográfica resultó la principal dificultad separar los trabajos cuyo contenido poseían un marcado carácter médico, biológico o bacteriológico -de limitado interés para los objetivos propuestos- de aquellos otros que proponían

general el predominio de los enfoques es el descriptivo, tanto respecto a la cinética territorial del cólera como a la plasmación de datos estadísticos, mayoritariamente sólo demográficos aunque rara vez revisionistas, asumiendo las cifras oficiales o de las memorias locales del XIX. En los trabajos más elaborados la finalidad cuantitativa es la norma más general, lo que considero normal en los trabajos de la década de los 80 en relación al énfasis metodológico de las corrientes estructuralistas, pero esperaba una apertura de enfoques en los trabajos posteriores -hacia las líneas de las mentalidades, de la historia social y cultural- que apenas se percibe o de manera muy aislada. Es probable que el oportunismo de algunos trabajos, en relación al descubrimiento de alguna de las memorias médicas del XIX, condicione los objetivos de aquellos, limitándose a sacar a la luz los contenidos de las mismas y reproduciendo acríticamente sus datos, lo que les confiere a la práctica totalidad de ellos un valor muy reducido para mis intereses.

Por afinidad a los planteamientos manejados en el presente proyecto destaco el estudio de Puerto y San Juan para Madrid, los realizados para Navarra de Eduardo Martínez Lacabe y de Esteban Orta, así como el magnífico trabajo de José María Moro en Asturias, compartiendo también intenciones con el de María Pilar Rodríguez y María José Antona en Badajoz. Deben ser también destacados los referidos a Madrid de Fernández García y de Vidal Galache, y, por cercanía, los trabajos referidos a las provincias limítrofes, que me han permitido rellenar alguna laguna en la secuencia alavesa, especialmente los navarros y riojanos. Entre los trabajos más generales qué duda cabe de la enorme importancia del trabajo de Juan José Fernández. Respecto a la parte cuantitativa, los estudios de Rodríguez Ocaña para Andalucía fueron los que dieron inicio a mis inquietudes por la demografía histórica, pero he de resaltar

temáticas sociales, culturales, demográficas, económicas o mentales, más acordes con los fines que se persiguen en este estudio. En este sentido, los resultados del portal de Dialnet (portal de búsquedas bibliográficas de la Universidad de La Rioja) fueron sin duda los más eficientes. De los 116 trabajos señalados en este portal, 20 se ciñen a la epidemia de 1834, 29 a la de 1855, 6 a la de 1865 y 36 a la de 1885, quedando 25 que aluden a más de una epidemia o a la totalidad de ellas pero dentro de un ámbito local-regional.

especialmente los de Lilia V. Oliver, con la peculiaridad que ambos autores se centran en la epidemia de mi interés y de quienes soy deudor por las orientaciones metodológicas que traslucen sus textos, al margen de la inevitable cita a Pérez Moreda.

A nivel europeo se ha realizado una búsqueda más parcial que sistemática, sobre todo francesa, que no parece deparar grandes diferencias con la historiografía española; no obstante, encuentro analogías en intenciones con el trabajo de Annalucia Forti, y considero básicas en los objetivos de mi estudio las tesis de Alain Corbin. En este último sentido, los estudios que considero más han influido en marcar las directrices de la parte cualitativa del presente trabajo provienen de la obra de historiadores que orbitan en el concepto de Historia cultural y que, aun no centrándose en el cólera, queda en todos los casos recogida la influencia de aquellas epidemias sobre sus objetos de estudio: la higiene, el cuerpo, los olores, los espacios privados, las jerarquías, el poder, etc. A los estudios del citado Corbin le acompañarían los trabajos, a veces compartidos, de Michelle Perrot, Georges Vigarello, Roger-Henri Guerrand o Sheldon Watts. Igualmente he de mencionar los ensayos sobre la medicalización de la sociedad de Michel Foucault.

También en el caso alavés se cumple la periodicidad sobre los estudios relacionados con el cólera; así, tras las memorias médicas y la alusión referida de los cronistas coetáneos a las epidemias, se produce un silencio generalizado hasta mediados de los años 80 del siglo XX, sólo roto por el temprano descubrimiento de la memoria de Roure por Gonzalo Bilbao en 1954 y por el estudio de Ruiz de Loízaga de 1977 sobre el cólera en Valdegovía.¹⁰ Las primeras investigaciones en profundidad en nuestra provincia, si bien nunca faltaron líneas dedicadas al cólera en los estudios históricos sobre el periodo -que en general tomaban como referencia a los cronistas del XIX-, coinciden

¹⁰ RUIZ DE LOÍZAGA, S. “La epidemia de cólera de 1855 en Valdegovía”, *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*, Año 21, t. 21, Vitoria, 1977.

en publicarse en 1986 y son los referidos de Ruiz de Azúa¹¹ y de Ramos Calvo,¹² cuyas entidades y alcances son reseñables. El primero se centra en la epidemia de 1855 y en la capital, Vitoria, con un marcado enfoque cuantitativo y con notables aportaciones sobre todo en el enmarque cronológico y en el análisis demográfico. Por su parte, el de Pedro Ramos, con un alcance provincial y abarcando las tres epidemias que afectaron a la provincia, excede la temática del cólera incorporando capítulos alusivos a otros procesos epidémicos que no ocultan el punto de vista médico y epidemiológico, siendo además su aportación descriptiva al desarrollo de las tres epidemias, tanto cronológica como topográficamente, muy limitada respecto a las fuentes primarias,¹³ destacando un evidente esfuerzo recopilador cuantitativo, aunque comparativamente se eche en falta una posición analítica como la de Ruiz de Azúa, lo que, en definitiva, mantiene y ampara los errores de la contabilidad original, especialmente en la epidemia de 1834. Con posterioridad, en 1993, fue presentada una tesis doctoral, centrada igualmente en la epidemia de 1855, bajo el ambicioso título de “Repercusiones socio-sanitarias en Álava por la epidemia de cólera de 1855” y presentada por Marta Echevarría Abascal,¹⁴ que al igual que el texto de Ramos peca de conformismo con las cifras oficiales, sin que conste mención a la revisión ofrecida por Ruiz de Azúa.

El documento más empleado en estas tres investigaciones es la aludida “Memoria histórica-estadística de la epidemia morbo-asiática observada en la provincia de Álava en el año 1855” del cirujano

¹¹ RUIZ DE AZÚA Y MARTÍNEZ DE EZQUERECOA, E. “La epidemia de cólera de 1855 en Vitoria”, *Perspectivas de la España contemporánea. Estudios en homenaje al profesor V. Palacio Atard*, Madrid, 1986. Págs. 189-220.

¹² RAMOS CALVO, P. M. *El cólera en Álava*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1986. Añade y matiza elementos de esta obra en *Historia de la medicina en Álava*, capítulos 5º y 6º, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Vitoria, 1997.

¹³ Incluyo en ellas las obras clásicas de González de Sámamo y de Ph. Hauser.

¹⁴ Consta de dos tomos, correspondientes al estudio y al apéndice documental, y se encuentra inédita. Los únicos ejemplares que he hallado se localizan en la biblioteca de la unidad docente de medicina y enfermería en San Sebastián de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU), bajo las signaturas IB-61(091) ECH/I-II y T-61(091) ECH/I-II.

municipal de Vitoria Gerónimo Roure, una topografía médica al uso decimonónico básica para comprender el alcance de la epidemia de 1855, si bien hay una notable diferencia en el grado de confianza atribuido al aporte estadístico de esta memoria por Ruiz de Azúa, Ramos y Echevarria, mucho más relativo y crítico por parte de la primera. En el caso de Ramos, cuyo recorrido supera la llamativa epidemia de 1855, se echa de menos la cita a fuentes generales como las estadísticas publicadas por la *Gaceta de Madrid* desde la primera epidemia, las obras compilatorias de González de Sámano, la de Ph. Hauser, la memoria de Nicasio Landa a la Real Academia de Medicina, o los boletines mensuales de estadística sanitario-demográfica del Ministerio de Gobernación que ya existían para la epidemia de 1885, aunque comparando las cifras resulta obvio que las utiliza y reproduce con alguna matización personal que no alteran, en lo básico, los deficitarios contajes de aquéllos con un claro sesgo a la baja.¹⁵

Finalmente, tampoco hay en estos trabajos una incursión decidida hacia planteamientos socioculturales más allá de la asociación entre mortalidad y pobreza, ya intuida por Roure en su memoria, y que Estíbaliz Ruiz de Azúa analiza pormenorizadamente para la epidemia de 1855 en Vitoria, si bien no comparto el método

¹⁵ Así, Ramos Calvo da para la epidemia de 1834 un número de 1.500 invadidos con 400 defunciones, mientras que Mariano González de Sámano, en su obra *Memoria Histórica del Cólera Morbo Asiático* (dos tomos), publicada en 1858, ofrece los siguientes datos: Vitoria (ha de entenderse Álava), pueblos invadidos 10, empezó en agosto y terminó en noviembre. Acometidos 1584. Fallecidos 379. Cifras que coinciden con las publicadas en la *Gaceta de Madrid* de 20 de junio de 1835, nº 171, pág. 684. Para la de 1855, frente a los 8.275 afectados con 2.427 defunciones de Ramos, González de Sámano alude a 8.660 acometidos con 2.425 fallecidos. Mientras que para la de 1885, Ramos habla de 817 invasiones con 303 defunciones frente a las cifras dadas en el Boletín mensual de Estadística Sanitario-demográfica, apéndice general al tomo 6 “Cólera morbo asiático en España durante el año de 1885” del Ministerio de la Gobernación de 1887 que refiere 859 invadidos y 325 fallecidos. Otras cifras aparecen en la memoria a la Real Academia de Medicina redactada por el Dr. Nicasio Landa en 1857, refiriéndose a la epidemia de 1855, y también, para la epidemia de 1885, en la obra fundamental de Ph. Hauser *Estudios epidemiológicos relativos a la etimología y profilaxis del cólera* de 1887.

utilizado ya que no tiene en cuenta las peculiaridades de la distribución y uso del agua en la Vitoria de mediados del XIX, más importante respecto al cólera que los condicionantes socio-sanitarios asociados a la pobreza.

Así, a pesar de no faltar la cita al cólera como uno de los determinantes en la evolución socio-demográfica y económica de la provincia, diluidas sus cifras morbi-mortales entre las de guerras, hambrunas y resto de epidemias que la asolaron durante el XIX,¹⁶ consideré que el conocimiento sobre la influencia del cólera en nuestra provincia era todavía parcial y en modo alguno concluyente, pudiendo precisarse mucho más los aspectos descriptivos y cuantitativos, así como abrir vías de estudio hacia enfoques de la mentalidad y de la cultura no explorados en nuestra área geográfica.

Sondeadas inicialmente las fuentes primarias de origen alavés del periodo a estudio, fundamentalmente los fondos de los archivos del Territorio Histórico (A.T.H.A.) y de Vitoria (A.M.V.), junto a prensa escrita así como bibliografía general sobre el cólera con enfoques a caballo entre lo histórico y lo antropológico, pude asegurar que existían numerosos datos de carácter descriptivo sobre la evolución y repercusión de las epidemias coléricas en Álava no recogidos en los estudios previos, algunos provenientes de documentación no usada hasta ahora y otros que podían responder a intereses e inquisiciones diferentes de los despertados en aquellos autores frente a los mismos documentos. Por otra parte, la revisión de una muestra de municipios alaveses a partir de los registros sacramentales expuestos en la Web del Archivo Histórico Diocesano de Vitoria dejaba clara una sobremortalidad en 1834, con picos estivales y otoñales en clara relación con las fechas conocidas de la

¹⁶ Lo que es habitual en la mayor parte de la bibliografía generalista más actual sobre Álava, si bien en textos más antiguos pueda quedar soslayado, caso del volumen VIII de la *Historia general del País Vasco* que bajo la dirección de Julio Caro Baroja editara Luis Haramburu en 1981, donde sólo las guerras parecen incidir negativamente en la evolución demográfica de la provincia dado el silencio respecto al cólera, otras epidemias e incluso a las crisis agrícolas -que da por superadas el autor-.

invasión de cólera de aquel año, que permitía proponer la hipótesis de que la mortalidad fue muy superior a la conocida hasta ahora en aquellos municipios en los que ya se sabía que sufrieron la epidemia, y que ésta tuvo una distribución geográfica mucho más extensa de la que se tenía conocimiento. Además, y fundamentalmente, más allá de lo descriptivo y lo cuantitativo parecía existir base suficiente para tratar de aportar un enfoque desde perspectivas nuevas, pretendiendo plasmar la influencia que el cólera tuvo sobre aspectos culturales y mentales,¹⁷ menos aparentes pero más persistentes en el tiempo que los demográficos y económicos, de los que el cólera fue un factor más entre la sangría bélica o la viruela. Así, las representaciones sociales de miedo y terror, la identificación con el subconsciente histórico de la peste, la modificación de costumbres y hábitos, el empuje dado a las reformas sanitarias liberales, la interiorización de una relación entre salud e higiene, la utilización del miedo como “regenerador moral”, la respuesta social¹⁸ a la crisis o el encumbramiento de la clase médica son sólo algunos de los aspectos relacionados con las epidemias coléricas no desarrollados en las investigaciones previas sobre el cólera en Álava, y que constituyen elementos de interés prioritario a los que confiero un papel vertebrador en el presente estudio.

En virtud de estos argumentos, consideré justificada la necesidad de una revisión del conocimiento actual de las epidemias de cólera y sus consecuencias, acaecidas en la provincia de Álava a lo

¹⁷ Asumiendo en estos términos la definición de E.P. Thompson de que “*Cultura es ese entramado complejo que incluye conocimiento, creencias, arte, moral, leyes, costumbre y otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad*”, al que añado la vertiente más mental expresando cultura como “*conjunto de comportamientos, pensamientos, sentimientos y significados*”. Recogido de SILES GONZÁLEZ, J. “Los cuidados de enfermería en el marco de la historia social y la historia cultural”, en González Canalejo, Carmen; Martínez López, Fernando (Eds.). *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*, Editorial Comares, Granada, 2010. Pág 229.

¹⁸ Al igual que en la expresión previa de “representación social”, utilizo deliberadamente el adjetivo “social” en lugar de “colectiva” para remarcar un carácter simbólico común en la construcción mental del cólera. También denota mis preferencias por el concepto de *representación social* de Moscovici frente al de *representación colectiva* de Durkheim.

largo del siglo XIX, en la que señalar nuevos aportes documentales de carácter descriptivo sobre la propia evolución de los brotes epidémicos; realizar una cuantificación más fiable a partir de los registros sacramentales; establecer asociaciones significativas entre el cólera y acontecimientos sociales, políticos, económicos, culturales y mentales; estudiar la acción social frente al cólera de vecindades, voluntariado, religiosos, sanitarios, etc.; remarcar la influencia del cólera en la mejora de la estructura sanitaria y en el de la Beneficencia Pública, con la consiguiente repercusión sobre la atención a la pobreza antes incluso de la “cuestión social”; o resaltar la conexión con figuras claves como la de Valentín de Foronda en un papel casi desconocido de precursor del higienismo en Vitoria y la aún no suficientemente valorada de Gerónimo Roure.

El punto de partida fue la idea percibida de que las epidemias, más allá de “su” propia historia, podían ser un buen hilo conductor de diversos acontecimientos acaecidos durante el siglo XIX alavés, bien en grado de asociación, bien como causa o como consecuencia, y por tanto formar parte del poliedro interpretativo de aquéllos, para lo cual era necesario desmarcarse de la linealidad descriptiva del cólera como acontecimiento en sí e introducirlo como factor en la multicausalidad del devenir histórico de la provincia. Todo esto no es nuevo: evidentemente queda apuntada la mención generalizada del cólera como copartípe en la evolución demográfica y migratoria, o en las dificultades económicas de pueblos y provincia por ejemplo, pero quedan olvidados los acontecimientos “menores” englobados bajo aspectos sociales, culturales y mentales que suelen configurar la llamada “Historia lenta”, como la solidaridad vecinal o el empuje dado a la estructura sanitaria; y, por otra parte, considero que aún no se destaca suficientemente el valor de lo medioambiental como motor de cambios transcendentales en la Historia, en la idea de la enfermedad -en este caso epidémica y aterradora, aunque no

devastadora- como paralelismo de las cosechas y sus ciclos de hambruna que están bien asentados en la historiografía.¹⁹

En un primer momento el recorrido temporal planteado para el presente estudio fue esencialmente el siglo XIX, ya que los brotes posteriores aparecen muy distantes en el tiempo, carecieron de la repercusión de los tres acaecidos durante ese siglo y no tienen continuidad con aquellos; no obstante, el resultado final abarca -al menos en su parte descriptiva y cuantitativa- sólo la epidemia de 1834, lo que no es tan obvio en el estudio cualitativo ya que la secuencia de las tres epidemias (1834, 55 y 85) se ha mantenido en parte del discurso. Las razones han sido varias, pero la más definitiva fue la llamativa descompensación que el análisis cuantitativo de la epidemia de 1834 tenía respecto a la de 1855 y la de 1885, ya que el desconocimiento de aquélla resultó manifiesto, con unos datos en las fuentes clásicas muy limitados que Pedro Ramos no discute en su revisión y que, en el abordaje a través de los registros sacramentales, deparó un volumen de datos y aportaciones esenciales que desproporcionó el capítulo, dejando absolutamente marginadas a las otras dos epidemias, que cuentan con datos más fiables y sobre los que no aportaba grandes novedades mi primera revisión. De partida la epidemia de 1885, que ya se alejaba temporalmente quizá en exceso de las dos primeras, cuenta con un aporte estadístico fiable ya recogido en el clásico de Hauser e incluso en el trabajo de Pedro Ramos; y la de 1855 sigue contando con la ejemplar memoria de Roure, aún en sus errores que corrige Ruiz de Azúa para Vitoria y sus núcleos rurales, reduciendo pues las aportaciones cuantitativas ya que los resultados de Ruiz de Azúa para el alfoz vitoriano bien pueden

¹⁹ Un acercamiento a la importancia de la enfermedad como variable crucial en el bienestar, cuando no en la supervivencia, de los núcleos familiares del siglo XIX puede verse en MAZA ZORRILLA, E. *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Ariel, Barcelona, 1999, donde claramente señala el frágil equilibrio de la mayoría de la población rural y proletaria urbana del XIX ante la eventualidad de la enfermedad, que automáticamente hacía ingresar a la familia, más aún a la viuda y huérfanos (el rostro femenino de la pobreza) en caso de fallecimiento del esposo, en las garras del pauperismo. Elena Maza denomina a este amplio sector de la población española como “pobreza móvil”.

extrapolarse al resto de la provincia. Valorada esta situación, junto al hecho de que el discurso cualitativo se podía mantener con los aportes de 1834 y prospecciones a las de 1855 y 1885, se decidió eliminar los puntos relativos a la geografía física y humana de las epidemias de mediados y final de siglo, restringiendo el estudio -si bien no en su totalidad- a la primera epidemia de cólera que conoció Álava.

Por otra parte, se ha hecho preciso adentrarse en las postrimerías del XVIII como punto de partida, ya que es necesario extender el periodo a estudio para englobar la situación y los condicionantes previos al primer brote, junto a la modificación de estos elementos a lo largo del siglo, para entender la ubicación del cólera pandémico en nuestro área como algo esencialmente decimonónico. De esta manera, entiendo que la mejor manera de establecer esos límites es a través del conocimiento médico, puesto que el cólera sirve de perfecto hilo conductor entre el paradigma médico pre y post bacteriológico, entre el miasma y la bacteria.²⁰ He considerado por tanto necesario realizar una introducción a las teorías miasmáticas del higienismo predominantes en el inicio de siglo, siendo igualmente obligado llegar hasta el discurso de Valentín de Foronda en su etapa prediplomática, a últimos del XVIII, para dar raíces al movimiento higienista que se evidencia en Vitoria en los años previos a la guerra de Convención y sobre todo en las reformas urbanísticas en torno a 1820.

El ámbito espacial, como en tantos otros casos en nuestra provincia, exige marcar dos realidades diferenciadas, la de Álava y la de Vitoria que, entre otras causas, a raíz del cólera de 1855 iniciará el despegue demográfico que le conferirá el carácter macrocefálico característico en su territorio. El énfasis en esta dicotomía queda

²⁰ Aunque desde la antigüedad se intuyera la existencia de algún agente causal asociado a la aparición de enfermedades, especialmente las epidémicas, no cobrará sentido pleno hasta el desarrollo de la microscopía y técnicas de laboratorio que permitirán a finales del XIX observar directamente a microbios como agentes causales de diversas patologías a las que quedarán asociados. Hasta ese momento había predominado la idea de la existencia de sustancias imperceptibles disueltas en la atmósfera originadas por la descomposición de cadáveres, elementos orgánicos o incluso por emanaciones directas de los enfermos, a los que genéricamente se denominaron miasmas.

explicado no sólo por la disparidad social, política, económica, demográfica, cultural y mental entre capital y provincia, sino sobre todo por el desigual aporte documental que se ha conservado de una y otra. Por lo tanto, aunque el título del estudio hace referencia a Álava, como espacio único en cuanto que obviamente también incluye a su capital, no puede ocultarse que la mayor parte de los contenidos parten de información sobre Vitoria o generada por Vitoria, y que, cuando se trata de mostrar ambas realidades, el grado de fiabilidad en las conclusiones no es el mismo para una y otra. Lógicamente esta dependencia documental puede haberme llevado en más de una ocasión a tomar el todo (Álava) por la parte (Vitoria), o a que la imagen de la situación alavesa no sea sino la construcción hecha por los escribientes vitorianos, de modo paralelo a los brotes epidémicos de peste de finales del XVI, entre 1596 y 1602, que prácticamente ha quedado reducido en la bibliografía al brote de 1599 solamente por ser el que logró romper el aislamiento de las murallas vitorianas y reproducirse intramuros multiplicando el aporte documental -y con ello la percepción de gravedad-, cuando los brotes previos, que arrasaron las aldeas de su alfoz, hubieron de ser más virulentos aunque apenas se les dedique unas prudentes líneas sobre su aislamiento en la documentación de la ciudad y prácticamente pasen desapercibidos en los escasos trabajos sobre aquellas epidemias.²¹ Un buen paralelismo de aquella situación volverá a verse durante las epidemias de cólera del XIX, en las que de todos los brotes la *Epidemia* por antonomasia será la de 1855, en la que Vitoria se ve afectada de lleno, mientras que la de 1885, en la que Vitoria se salva de sus efectos, apenas deja testimonios de los avatares sufridos en los pueblos de la provincia, aunque a finales del XIX habría de esperarse una proporción documental mucho mayor acorde al crecimiento exponencial del conjunto, a la mayor burocratización de muchos ayuntamientos o a la

²¹ Pueden ampliarse estas matizaciones sobre la peste en Vitoria en FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. “La enfermería en las epidemias de peste del siglo XVI en Vitoria”, en *Actas del III Congreso Internacional de Historia de la enfermería*, Zaragoza, 2005, págs. 153-164, y en “Maese Francisco de Herrera, un barbero-cirujano en la peste de 1599 en Vitoria”, en *Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la enfermería*, Las Palmas, 2007.

percepción oficializada del interés estadístico. Si además apreciamos que comparativamente la de 1885 es la epidemia que más trabajos genera en el conjunto de España,²² sólo puede concluirse lo sabido: todavía escribimos la historia de Álava a través de los ojos de Vitoria.

El esquema de trabajo parte de un primer capítulo en el que trato de acercarme al cólera desde una perspectiva médica, tanto actual como de la que existía a primeros del siglo XIX, a fin de situar la enfermedad en sus justos términos y para clarificar qué acciones preventivas y curativas son y eran eficaces frente al cólera. Precede a ambas revisiones un apunte sobre la actualidad del cólera en el mundo como riesgo real.

Con posterioridad, el texto adopta dos partes diferenciadas, tratando la primera de aspectos más cuantitativos en un sentido amplio de geografía humana y física, mientras que la segunda aborda elementos más relacionados con aspectos sociales y culturales.

La división de la primera parte, bajo el título genérico de Estudio cuantitativo, se hace en tres capítulos, teniendo por objetivo realizar un recuento indirecto de la mortalidad atribuible al cólera en 1834 mediante el análisis de los registros sacramentales de defunción, tratar de acotar los límites temporales de la epidemia y su distribución geográfica para, finalmente, esbozar una crónica de la misma algo más nítida que la imagen con la que contamos actualmente.

La segunda parte, por contraposición a la primera nombrada como Estudio cualitativo, se encuentra a su vez dividida en dos capítulos cuyos objetivos son los de poner de manifiesto, en primer lugar, los complejos determinantes de salud que favorecieron el desarrollo del cólera en nuestro entorno y, en segundo lugar, se pretende recrear el ambiente de pánico que rodeó a las epidemias de cólera como elemento catalizador de los cambios que se producirán en algunas costumbres sociales, especialmente sobre la higiene de

²² Tomando como referencia los textos indexados en el portal Dialnet, la epidemia de 1885 contaría con 36 trabajos frente a los 29 relacionados con la de 1855 y 20 para la de 1834.

manera concreta y sobre los mecanismos de control social de manera general.

Capítulo I.

El cólera, conceptos sanitarios.

El término cólera como entidad patológica había sido sistematizado por Sydenham bajo la taxonomía de *cholera morbus* a finales del siglo XVII, englobando en ella manifestaciones clínicas de algunos procesos gastroentéricos abruptos de predominio estival; y por extensión, en el desconocimiento de los muy diversos agentes causales, asumía una misma identidad nosológica para aquellas formas clínicas que habían tenido cierta presencia en los manuales médicos europeos del XVI y el XVII²³ a partir de los intercambios comerciales y la presencia europea en el sudeste asiático.²⁴ Durante la

²³ Algunos estudios atribuyen al cólera la muerte epidémica en Londres de unos 2.000 habitantes el año 1667, citándose al estudio de HOWWARD-JONES, N. “Cholera Nomenclature and Nosology: A Historical Note”, *Bull World Health Organization* 51:317-324. Por mi parte, recogido en la url médica <<http://www.revistamedica.8m.com/histomed103.htm>>.

²⁴ A pesar de esa sistematización no será raro todo tipo de equívocos; así por ejemplo en Vitoria se utilizará en 1800 el término de cólera para informar de una epidemia surgida en Cádiz que finalmente se filiaría como de Fiebre Amarilla.

segunda pandemia se asumirá, con intensos debates, la diferencia clínica de las formas europeas y las asiáticas, denominándose a las primeras como cólera morbo europeo o esporádico y a las segundas como cólera morbo asiático. Muestra de ese debate es que todavía en 1849 Manuel Codorniú, entonces director del cuerpo de Sanidad Militar y la máxima autoridad española en tifus, defendía erróneamente que el cólera europeo y el asiático constituían la misma entidad nosológica.²⁵ Finalmente, a partir de finales del XIX, descubierto el agente causal de las epidemias coléricas de origen asiático, el término cólera sólo se aplica a aquellos cuadros en los que se identifica al vibrión colérico, presumiéndose que dicho microorganismo provenía exclusivamente de las formas asiáticas y no de las europeas, para las que se utilizarán otros apelativos como el de colerina.²⁶ Huelga señalar que cuantas veces menciono al cólera en el presente trabajo, salvo expresión aclaratoria, me refiero al que en 1834 tenía características epidémicas y se denominaba cólera morbo asiático.

El cólera, en este sentido asiático, probablemente era conocido por los médicos hindúes anteriores a nuestra Era, ya que se considera su presencia asociada al río Ganges como una endemia histórica que tal vez se corresponda con descripciones que ya hicieran Hipócrates (460-377 a.C.) y Galeno (129-216 d.C.), si bien es cuestión de debate si llegaron a darse en algún momento embates epidémicos antes del siglo XIX, incluso dentro del propio subcontinente indio.²⁷

A.M.V., Epidemias, septiembre de 1800, “Medidas a tomar a la vista de los estragos y calamidades causadas en Cádiz por la epidemia de Cólera Morbo”.

²⁵ CODORNIÚ FERRERAS, M. *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, Imprenta de Don Alejandro Gómez Fuentenebro, Madrid, 1849. Pág. 38: “*Insisto pues en lo que dije ya en mi primer aviso preventivo, escrito en el año 1832, á saber: que el cólera llamado asiático no es mas que una agravacion ó si se quiere degeneracion del que hemos conocido hasta ahora con el nombre de esporádico*”.

²⁶ Previamente, el término colerina o colerita se empleaba para las formas leves del cólera europeo o esporádico.

²⁷ Cfr. WATTS, SH. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Editorial Andrés Bello, Barcelona, 2000. Págs. 243-244. Citando el estudio de un médico inglés, Annesley, en 1825 que concluía “*que no tenemos pruebas del*

A pesar de esta potencial antigüedad en el conocimiento de su existencia, el cólera de origen asiático era un gran desconocido en Europa y, por ende, entre sus médicos, que la equiparaban a cuadros gastroentéricos de nuestras latitudes no pocas veces asumiendo las diferencias sintomatológicas en base a conceptos racistas y religiosos.²⁸ La enfermedad entrará verdaderamente en los textos médicos occidentales a partir de comienzos del siglo XIX, cuando una ola epidémica amenaza las fronteras europeas y comienza a ocupar un interés preferente entre la clase médica y política del continente. El brote habría comenzado en 1817 a partir de su área endémica en Asia Sudoriental y terminaría por extenderse más allá de sus límites históricos, constituyendo la primera pandemia registrada de cólera. A lo largo del siglo XIX se producirían cinco pandemias más,²⁹ en las que España se vería afectada de desigual forma, siendo en nuestro caso, en Álava, invadidos en la segunda pandemia, durante 1834, en la tercera, en 1855, y en la quinta, durante 1885.

En 1961 se declaró en Indonesia la actual pandemia de cólera, la séptima registrada, que tras recorrer Asia, Europa³⁰ y África, llegó en 1991 a América Latina, notificándose en este continente casi 400.000 casos y más de 4.000 defunciones aquel año,³¹ permaneciendo desde

predominio del cólera en la India como vasta epidemia en tiempos anteriores”, Watts atribuye el despertar epidémico a la aglomeración humana propiciada por el Imperio Británico frente al hábitat disperso, cuando no seminómada o trashumante, característico de la India prebritánica.

²⁸ El citado texto de Watts es un buen exponente del etnocentrismo europeo, con ejemplos de la creencia en una predisposición a la enfermedad de los colonizados o la persecución de expresiones religioso-curativas locales cuando Europa llenaba calles y templos con rogativas y Te Deum.

²⁹ La primera pandemia se habría iniciado en 1817, la segunda en 1829, la tercera en 1852, la cuarta en 1863, la quinta en 1881 y la sexta en 1899.

³⁰ España se vería afectada en 1971, en pleno desarrollo del sector turístico, lo que llevó a las autoridades a tratar de ocultar sus efectos, hablándose de colerina, como forma menor y benigna similar a los procesos gastroentéricos característicos de la época estival. Cfr. JIMENO MAESTRO, J.; CARRASCO ASENJO, M. “La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad”, *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, Vol. 4, Nº 4, 2006, págs. 583-597.

³¹ Organización Mundial de la Salud, disponible en Internet en la dirección <www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>, consultado el 03/01/2007.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

entonces en el área con sospechas de haber alcanzado carácter endémico,³² como ya lo había hecho anteriormente en África.

Finalmente, en 1992 se detectó en Bangladesh un nuevo serogrupo que ya ha aparecido en 11 países y que está siendo estrechamente vigilado, sin que pueda descartarse la posibilidad de una nueva pandemia.³³

Artículo “Epidemias mundiales e impacto del cólera” en la ruta OMS> Temas de Salud> Cólera.

³² Pueden verse informaciones y recomendaciones actuales en textos de la Organización Panamericana de la Salud (oficina regional de la OMS) en <<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/Cholera.htm>>. También en múltiples páginas gubernamentales de los diferentes países, como ejemplo la argentina <<http://www.lapampa.gov.ar/Servicios/MBS/Salud/colera.htm>>, o la mexicana <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/informaestros.doc>>. Ambas consultadas, entre otras, en varias fechas de enero de 2007. Cualquiera de ellas es claro exponente de la preocupación real y actual del cólera en América Latina.

³³ Organización Mundial de la Salud, disponible en Internet en la dirección <<http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>>, consultado el día 03/01/2007. Artículo “Epidemias mundiales e impacto del cólera” en la ruta OMS> Temas de Salud> Cólera.

I.1. Actualidad del cólera.

Esta vigencia del cólera queda oculta en los países desarrollados debido fundamentalmente a la corrección de algunos determinantes de salud,³⁴ como los factores medioambientales -esencialmente acceso de toda la población a agua potable clorada-,³⁵ factores relacionados con los estilos de vida -control de la transmisión oro-fecal a través de la higiene personal-, factores genéticos -inmunocompetencia en relación a una alimentación asegurada y al control de otras patologías- y al desarrollo de su estructura sanitaria -profilaxis inmunológica, rehidratación y antibioterapia-; pero continúa constituyendo un riesgo de primera magnitud en aquellos países que no han logrado corregir estos determinantes de salud y, en consecuencia, son vulnerables a la expansión epidémica del cólera. O bien, si tienen elementos de corrección de estos factores son demasiado frágiles ante la adversidad, especialmente en situaciones de catástrofe como pudo comprobarse en Ruanda tras los conflictos étnicos en 1994, en Centroamérica tras el huracán Mitch (1999) o en el sudeste asiático tras el tsunami de 2004, como ejemplos paradigmáticos por su repercusión mediática,³⁶ pero que no pueden ocultar la pervivencia cotidiana del cólera en múltiples puntos del planeta donde el vibrión causante de la enfermedad ha encontrado reservorios idóneos para su pervivencia endémica. Así en los primeros meses de 2005, en los que el mundo miraba al sudeste asiático arrasado por el maremoto y se volcaba en el envío de todo tipo de ayudas, el cólera hacía estragos en numerosos puntos de África, por ejemplo en Guinea Ecuatorial, donde el partido opositor

³⁴ Sigo el clásico esquema propuesto por Lalonde en 1974, conocido entre otros como modelo canadiense, si bien encontramos antecedentes de este modelo entre los pioneros de la Salud Pública del XIX, con Max Pettenkofer a la cabeza.

³⁵ Probablemente uno de los avances más significativos en salud pública del milenio.

³⁶ Cfr. en internet mediante las páginas de la OMS, de la Organización Panamericana de la Salud, o de ACNUR (especialmente en el caso ruandés). Es significativo el informe de enero de 1999 elaborado por la Organización Panamericana con el título de “Prevención y control del cólera en Centroamérica después del huracán Mitch. 1999-2000” consultable en la dirección de Internet <http://www.crid.or.cr/crid/CD_Huracanes/pdf/spa/doc15725/doc15725-contenido.pdf>.

Convergencia para la Democracia Social, mediante su órgano de expresión *La Verdad*, denunciaba las ayudas que su gobierno enviaba a los afectados del tsunami cuando, en casa, los hospitales no daban abasto para atender a las víctimas del cólera y a su vez recibían ayudas de sus vecinos Santo Tomé y Príncipe.³⁷

Tomando como referencia el informe anual de la OMS publicado en agosto de 2005 sobre el cólera en el mundo durante el año anterior,³⁸ el 94% de los casos notificados en el mundo en 2004 se produjeron en África (95.560 casos declarados). En total 56 países declararon algún caso, contabilizándose 101.383 invadidos, de los que 2.345 fallecieron, cifra superior a la del año anterior aunque el número total de casos había sido superior en 2003. Es evidente que no todos los países informan con las mismas garantías, siendo en cualquier caso algo inherente a la historia del cólera el ocultamiento de casos cuando no directamente la negación de la enfermedad, generalmente por cuestiones económicas y políticas,³⁹ por lo que las cifras de recuento siempre pecan por defecto.⁴⁰

Tailandia, Indonesia o Sri Lanka, los más afectados por el maremoto de finales de 2004, no declararon ningún caso ese año -lo que no quiere decir que no se dieran-; sin embargo, tras la devastación causada por el tsunami, la noticia de que el cólera y otras enfermedades se cebarían en la población sobreviviente, pronosticando mortalidades semejantes a las del propio maremoto,

³⁷ *La Verdad*, órgano informativo de Convergencia para la Democracia Social. Guinea Ecuatorial, enero-mayo 2005, núm. 53. Disponible en <<http://www.cpdsgg.org/la-verdad53/opinion.html>>.

³⁸ OMS. "Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire" nº 31, 5 august 2005, 80, 261-268. Cholera, 2004. Disponible en francés e inglés en <<http://www.who.int/wer>>.

³⁹ Contrastando con el mensaje de preocupación del partido opositor guineano, el gobierno de Guinea Ecuatorial declaró en 2004, 59 casos con 1 solo fallecimiento.

⁴⁰ El propio informe de la OMS citado asume que (la traducción es mía) "A nivel mundial, se estima que las cifras reales son mucho más elevadas, teniendo en cuenta la notificación a la baja y otras carencias de los sistemas de vigilancia".

llenaron los titulares de la prensa occidental,⁴¹ bajo el mito de que los cadáveres causan epidemias. Lo cual recupera concepciones prebacterianas como la de los miasmas que, tras 100 años de conocimiento bacteriano, no debieran caber en el siglo XXI y, sin embargo, las autoridades no dudaron en alentar los enterramientos colectivos y casi inmediatos, anulando el derecho de las familias a identificar a sus muertos y a proporcionarles un enterramiento acorde a sus creencias y ritos, cuando era conocido que la mortalidad del tsunami fue por causas traumáticas, no infecciosas, y que no habiendo casos de cólera previos, es imposible que los cadáveres produjeran lo que no tenían.⁴² Ahora bien, esto no quiere decir que los temores fueran infundados, sino que la causalidad atribuida a los fallecidos era errónea. Efectivamente, el desastre del maremoto arruinó infraestructuras básicas en el suministro de agua potable, destruyó cosechas y abocó a miles de supervivientes a la pobreza y al desplazamiento, factores que sí conferían a la población una fragilidad manifiesta frente a la amenaza de epidemias, como el cólera, en una región caracterizada como endémica.

En este sentido el caso más paradigmático fue el de Ruanda en 1994, en el que tras la dramática crisis bélica, difundida por todos los medios de comunicación, que destruyó el país y forzó al destierro a cientos de miles de ruandeses que improvisaron campos de refugiados donde pudieron, se dieron condiciones óptimas para el desarrollo epidémico de enfermedades presentes, pero con una limitada incidencia previamente. Así, los miles de refugiados en Goma (Congo) sufrieron, ante el desinterés internacional, varios brotes de

⁴¹ Las hemerotecas digitales dan fe de ello, y a modo de ejemplo señalo sólo los titulares de *La Vanguardia* del 29/12/2004: “*Las epidemias amenazan con matar a más personas que el propio tsunami. Las aguas contaminadas por los cadáveres facilitan la transmisión del tifus o el cólera*”, y de *El mundo* del 04/01/2005: “*Ayuda en Acción alerta del riesgo de cólera en las poblaciones pesqueras indias asoladas por el maremoto*”.

⁴² Cfr. EBERWINE, D. “Desastres: mitos que no mueren”, en *Perspectivas de Salud*, Revista de la Organización Panamericana de la Salud, Vol. 10, N° 1, 2005. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_articulo01.htm>.

cólera, calculando la OMS al menos 48.000 casos de infectados con 23.800 muertes en el intervalo de un solo mes.⁴³

Finalmente, no ha de perderse de vista que no existen fronteras para el cólera y que, por lo tanto, no puede impedirse que aparezca también en los países más desarrollados, si bien en ellos la propagación es muy difícil por la corrección de los determinantes de salud expresados al inicio de este punto. No obstante, no pueden dejar de citarse los 66 casos declarados por Japón en 2004, o los 13 en el Reino Unido, si bien fueron en su mayoría importados y no constituyeron ningún riesgo potencial de epidemia. Pero si las previsiones futuras de que el acceso al agua se convertirá en el rector de la geopolítica del siglo XXI se cumplen, ¿hasta qué punto quienes velan por la salud pública podrán asegurar un suministro universal de confianza incluso en países hoy desarrollados?⁴⁴

⁴³ Datos de la OMS en <<http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>>.

⁴⁴ La comparación no deja de ser historia-ficción, pero ha de recordarse que en el origen de la epidemia de cólera de 2001 en los suburbios de Johannesburgo (Sudáfrica) jugó un papel destacado el Banco Mundial al condicionar determinadas ayudas económicas a modificaciones en el control estatal de diversos servicios, lo que llevó a una privatización del suministro de agua y a su encarecimiento, ante lo cual se reabrieron pozos donde acudían quienes no podían afrontar ese coste.

I.2. Conocimiento médico actual.

Enfermedad infecciosa,⁴⁵ históricamente endémica en las llanuras del río Ganges, con ciclos de expansión epidémica, algunos de alcance mundial -pandemia-, el cólera se considera hoy día endémico en amplias regiones de Asia, América Latina y África, siendo en este último continente donde están ocurriendo los brotes más llamativos, tanto por el número de casos como por el porcentaje de fallecidos.⁴⁶

⁴⁵ Uso el término de enfermedad infecciosa y no el de infectocontagiosa que aparece en algunos textos, ya que el concepto contagio tiende a ceñirse en la literatura médica al tipo de transmisión por contacto, usando el concepto de transmisible para aquellas que se transmiten por vías específicas (oral-fecal en el caso del cólera) además de englobar no sólo las infecciones sino también las infestaciones. De hecho el término más actual sería el de enfermedad transmisible, pero ya que estrictamente se trata de una infección y no de una infestación es correcto ceñirse a enfermedad infecciosa y más discutible usar el de infectocontagiosa. Si bien, la sinonimia contagio/transmisión que transmiten los diccionarios de uso -incluido el de la RAE al menos en la edición de 2001- y algunas tradiciones médicas que usan el término infectocontagioso para remarcar las altas tasas de incidencia (facilidad de transmisión) de algunas infecciones o su mayor grado de virulencia (capacidad de infección) suele terminar interpretándose indistintamente uno por otro.

⁴⁶ Para la elaboración de este punto se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes manuales médicos, de divulgación médica y de manuales de prevención en zonas endémicas latinoamericanas. No persiguiendo contenidos excesivamente técnicos, los manuales médicos se han utilizado respecto a sus generalidades y especialmente para corroborar informaciones de los textos de divulgación, mucho más cercanos en sus contenidos al propósito de este punto. En general sin contradicciones en sus contenidos y fieles al conocimiento científico actual, salvo alguna excepción que considero pertinente, omito la llamada a notas limitándome a dejar aquí testimonio de la selección bibliográfica consultada. Entre los textos médicos: VV.AA. *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 13ª edición, 2 vol. Interamericana-McGraw Hill, 1994. VV.AA. *Farreras-Rozman. Medicina Interna*, 13ª edición, versión en CD. MARTIN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J.F. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 3ª edición, versión en CD. VV.AA. *Diccionario terminológico de ciencias médica*, 11ª edición, Salvat editores S.A. 1979. PICAZO, J.J. *Guía práctica de vacunaciones*, guía 2002, disponible en <<http://www.vacunas.net>>. Entre los textos de divulgación médica, se han consultado en Internet páginas médicas como la enciclopedia médica de la base de datos Medline Plus, disponible en <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>>, la versión digital de Diario Médico en <<http://www.diariomedico.com>> y

La enfermedad está producida por una bacteria gramnegativa no esporulada, el *vibrio cholerae*,⁴⁷ móvil al poseer un flagelo y que posee la capacidad de sobrevivir en diferentes ambientes merced a ser tanto aerobia como anaerobia facultativa; así, es capaz de habitar durante largo tiempo con la participación de zooplancton en aguas salobres o estuarios, si bien el reservorio característico es el intestino delgado humano a partir del cual se disemina por vía entérica, habitualmente fecal -pero también a través del vómito-, desde donde se transmite a un nuevo huésped susceptible bien directamente por contacto fecal-oral, o más habitualmente de manera indirecta a través de la contaminación de superficies que permitan su supervivencia, caso del agua, su principal vía de transmisión, donde prolifera pasando después al nuevo huésped por su consumo directo, o por la ingesta de productos lavados con ella o por animales -típicamente moluscos y mariscos- que la habitan y que se consumen crudos o poco hechos. La pervivencia del cólera en el agua se asocia de tal manera al zooplancton existente que se presume que el simple filtrado del agua

<<http://www.dmedicina.com>>, la magnífica de <<http://www.portalesmedicos.com>>, así mismo, la de <<http://www.healthsystem.virginia.edu>>, o las de <<http://www.revistamedica.8m.com>> y <<http://www.netdoctor.es>>; si bien las mejores aportaciones han venido de las páginas de organizaciones internacionales vinculadas a la salud como la de la OMS en <<http://www.who.int>>, la de la Organización Panamericana de la Salud en <<http://www.paho.org>>, la de la ACNUR en <<http://www.acnur.org>>, la de Médicos sin fronteras en <<http://www.msf.es>> o la del Programa de la ONU para el Medio Ambiente en <<http://www.pnuma.org>>; así como de páginas médicas latinoamericanas, entre ellas la de la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes con un excelente trabajo de Pedro José Salinas, en <<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/21780>> y la de la revista chilena de infectología <<http://www.scielo.cl>>. Entre los textos de prevención, también latinoamericanos, he primado páginas gubernamentales dirigidas a educadores -tanto estrictamente sanitarios como no -caso de los maestros por ejemplo- así como a poblaciones de riesgo; destacar la Web argentina disponible en <<http://www.lapampa.gov.ar/Servicios/MBS/Salud/colera.htm>> y la mejicana que se ofrece en <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Informaestros.doc>>. Finalmente, a modo de compendio de todo ello, ha de citarse el completo texto de MATA, L. *El cólera: historia, prevención y control*, coedición de la UNED y la Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1992.

⁴⁷ También denominado *vibrio comma* por su forma, siendo éste el nombre que le asignara su descubridor.

con una tela, cuyo poro sea capaz de retener el plancton, disminuye significativamente la probabilidad de transmisión.⁴⁸

El vibrión colérico fue aislado por Robert Koch en 1883, durante la quinta pandemia, siendo con posterioridad descubierta la existencia de varios serogrupos (más de 130 actualmente), si bien se consideró que sólo el denominado 01 tenía actividad tóxica. El serogrupo 01 posee además dos biotipos, “Clásico” -ligado a las epidemias del siglo XIX- y “El Tor” -aislado en 1906-, siendo éste último el responsable de la actual pandemia, la séptima, iniciada en 1961. En 1992 se descubrió que además del serogrupo 01, poseía acción toxigénica un nuevo serogrupo, identificado de momento sólo en Asia y denominado 0139, que parece ocasionar un síndrome clínico y seguir un patrón epidemiológico similar al serogrupo 01.

La adquisición del vibrión colérico produce un síndrome clínico variable en función de la virulencia del mismo y de la susceptibilidad del invadido, pudiendo ir desde ser portador asintomático a la muerte en pocas horas, pasando por formas menos graves y otras leves. La descripción característica del cuadro clínico grave se define por diarrea líquida profusa de inicio brusco y asociada a vómitos y calambres abdominales. En los casos graves, se puede defecar de promedio de 1 a 2 litros de líquido blanquecino descrito como “agua de arroz” y olor a pescado, habitualmente sin moco ni sangre, que conlleva una deshidratación rápida pudiendo desarrollarse en pocas horas el estado de shock e incluso la muerte, lo que sucede

⁴⁸ Aunque expresado en diferentes textos de divulgación, no he hallado confirmación de ello a partir de textos médicos o de organizaciones oficiales en sus publicaciones en español. La única referencia a una evidencia científica la extraigo del artículo de la web de la BBC en español <<http://www.BBCmundo.com>> del 14 de enero de 2003, donde señalando como fuentes a la coordinadora para la acción contra el cólera de la OMS, Claire-Lise Chaignat, y a Rita Colwell como la directora de la investigación, se expresa la vinculación del vibrión con el plancton y cómo su filtrado disminuía la presencia de la bacteria en el agua filtrada. También se alude a que experimentos con tela de sari (la vestimenta hindú típica), doblada en cuatro, resultó tan efectiva como los filtros de nylon usados por los investigadores para contrastar su hipótesis. Consultado el 11 de mayo de 2007 y disponible en <http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_2656000/2656793.stm>.

aproximadamente en la mitad de los casos graves que no reciben ningún tratamiento. Tratados adecuadamente, los casos de cólera evolucionan bien aunque persisten tasas de mortalidad inferiores al 1%. En el informe sobre el cólera en 2004 de la OMS, la tasa media de mortalidad en los casos declarados a nivel mundial se situó en un 2'3%, si bien entre los grupos más vulnerables de las zonas de alto riesgo se llegaron a dar tasas de hasta el 41%.⁴⁹

Ha de matizarse que el concepto clínico de deshidratación va más allá de la sola pérdida de líquido, siendo esencialmente referido a la pérdida de hidroelectrolitos, cuya rápida depleción en el cólera es lo que pone en riesgo la vida de la persona. Patogénicamente, tras la ingestión -la boca es la principal puerta de entrada en el cólera- del vibrión, éste debe vencer la barrera gástrica, cuya acidez le resulta letal, y resistir el peristaltismo intestinal para poder fijarse en la mucosa del intestino delgado. Los pocos vibriones que logran llegar son suficientes para multiplicarse y fabricar una toxina capaz de alterar el funcionamiento de los enterocitos -células digestivas-, inhibiendo, entre otras acciones, la introducción del cloruro sódico en los mismos y desregularizando los mecanismos de control del agua intercelular que pasa al lumen del intestino delgado en gran cantidad. Tal volumen de líquido llega a saturar la capacidad de absorción del intestino grueso al que llegan tanto el agua como el cloro y el sodio perdidos, y al que el propio intestino grueso añade grandes cantidades de potasio y bicarbonato. El resultado es una enorme pérdida tanto de agua como de electrolitos, responsables del equilibrio ácido-base, que conduce a la persona afectada a un proceso de acidosis metabólica y al colapso circulatorio, ocasionando la sintomatología acompañante no gastroentérica: oliguria o anuria, respiración de Cheyne-Stockes, hipotensión, pulso débil, piel seca, ojos hundidos, vidriosos y con ausencia de lágrimas, nariz afilada, postración general.

⁴⁹ O.M.S., "Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire" n° 31, 5 august 2005, 80, 261-268. Cholera, 2004. Pág. 261. Disponible en francés e inglés en <<http://www.who.int/wer>>. Al respecto, recuérdese por ejemplo las cifras dadas para el brote en los campos de refugiados de Goma en 1994.

Desde la adquisición del vibrio hasta el inicio de las manifestaciones de cólera hay un período de incubación variable, entre varias horas a 5 días, si bien la mayor frecuencia se da entre 2 y 3 días. Se dan casos de cólera asintomáticos, lo que representa un grave problema epidemiológico, tanto por su dificultad diagnóstica como por poder constituir focos de transmisión muy duraderos y reactivar un brote cuando se estimaba superado, ya que el periodo de transmisibilidad en el enfermo sintomático sólo es de unos días tras el cese de la sintomatología, mientras que en los portadores puede ser de varios meses.

Aunque el diagnóstico definitivo y diferencial se realiza mediante cultivo en laboratorio de muestras de heces, frotis rectales o vómitos -si no es posible las anteriores-, generalmente no puede esperarse al resultado para iniciar el tratamiento, por lo que éste debe iniciarse tempranamente mediante diagnóstico clínico y de modo empírico hasta recibir el estudio de sensibilidad del cultivo.

La supervivencia al cólera produce una cierta inmunidad activa natural temporal,⁵⁰ como la lograda con la inmunización activa artificial mediante vacunas. La primera vacuna fue sintetizada por el bacteriólogo español Jaime Ferrán en 1885, en medio de una gran polémica médica que limitó su uso durante la epidemia de ese año. Como las actuales, requería de un tiempo de activación y su protección era temporal, lo que reducía y reduce su capacidad profiláctica en un brote de cólera ya declarado. Tanto la de Ferrán como otras, basadas en bacterias inactivadas y administradas por vía parenteral, han dejado de ser utilizadas por su escasa eficacia. Las vacunas actuales provocan el desarrollo de anticuerpos protectores en un plazo de entre 8 días, en la vacuna con vibriones atenuados, y dos semanas, en la vacuna oral inactivada. Ambas son eficaces para el serogrupo 01 en sus biotipos “Clásico” y “El Tor”, no así para el serogrupo 0139, y producen una seroconversión variable, que en el

⁵⁰ Se da también una inmunidad natural frente a *V. cholerae* dependiente de factores inespecíficos como el medio ácido estomacal, el peristaltismo intestinal y las secreciones intestinales, que impiden al vibrión su supervivencia o que se fije en la pared intestinal.

caso de la vacuna con vibriones atenuados oscila entre el 72 y el 97% para los anticuerpos, pero se estima que su protección para las formas más graves de presentación del cólera es del 100%, por lo que las personas vacunadas no presentan síntomas o éstos son leves. Entre los seroconvertidos, la protección inmunológica es segura en los primeros 6 meses, disminuyendo posteriormente aunque se estima que en algunos casos puede llegar hasta los 3 años. Su eficacia está disminuida en niños de 2 a 5 años -los lactantes maternos pueden recibir defensas de sus madres-, así como en poblaciones de regiones endémicas respecto al cólera, en las que es necesario aumentar el número de microorganismos presentes en la vacuna.

Estas vacunas orales, aunque con una eficacia contrastada frente a las vacunas clásicas, siguen presentando los mismos inconvenientes que aquéllas: seroconversión en plazos a veces superiores a la duración de un brote de cólera, por lo que su uso una vez declarada la enfermedad es dudoso; y protección temporal que exige dosis de refuerzo cada 6 meses, situación difícil de cumplir en muchas de las regiones de riesgo. De ahí que básicamente se recomiende a viajeros sanos que acudan a zonas con un brote epidémico, y a poblaciones sanas en zonas próximas a un foco activo de cólera en riesgo de propagarse.

Referidas estas limitaciones en el uso de las vacunas como garantes de un control del cólera, es evidente que, conocida la cadena epidemiológica del mismo, las actuaciones más eficientes son las medidas preventivas que rompen los eslabones de la cadena de transmisión:

Reservorio: vigilancia epidemiológica sobre el reservorio humano (principal) y el medioambiental para determinar la presencia del vibrión y, en su caso, eliminarlo.⁵¹

⁵¹ El vibrión colérico es termolábil, a más de 60°C muere en torno a los 5 minutos e inmediatamente a 100°C. Tampoco tolera el medio ácido, y se destruye con facilidad en soluciones de hipoclorito de sodio, de hipoclorito de calcio, en fenol 0,5%, o en soluciones muy hipertónicas de cloruro sódico (5-10%).

Puerta de salida: (heces y vómitos principalmente) medidas de educación entre la población, higiene personal (lavado de manos esencialmente), infraestructuras para aguas negras.

Vías de transmisión: higiene personal en la transmisión mediada por las manos (ano-mano-boca, mano-mano-boca, mano-alimento-boca), cloración de agua e infraestructuras de suministro -la medida más importante y eficaz-, evitar alimentos poco hechos o crudos.

Puerta de entrada: medidas de educación entre la población, higiene personal, alimentos bien cocinados, uso de aguas tratadas tanto para consumo como para la preparación de alimentos y limpieza de la vajilla.⁵²

Huésped susceptible: evitar el uso de antiácidos gástricos, higiene personal, evitar el hacinamiento, corregir condicionantes inmunodepresores (enfermedades, desnutrición, etc.), identificación precoz de contagiados. En caso de lactantes, estimular la lactancia materna.

Estas medidas, especialmente la creación de infraestructuras seguras para el suministro de agua clorada y su separación de las canalizaciones de aguas fecales, así como la cotidianidad del lavado de manos, son las que determinan en los países industrializados la ausencia de episodios epidémicos de cólera.

No obstante, ante la aparición de casos de cólera resulta imprescindible contar con recursos sanitarios capaces de corregir rápidamente los cuadros de deshidratación y de minimizar el efecto tóxico del vibrión mediante la oportuna antibioterapia. El desarrollo de una adecuada estructura sanitaria no suele impedir por sí sola la aparición del cólera, pero es esencial en el porcentaje final de fallecimientos a causa del mismo, de ahí que para las regiones menos desarrolladas organizaciones como Médicos sin Fronteras (MSF) prioricen el envío inmediato, en casos de brote epidémico, del llamado

⁵² A este respecto, resulta de especial interés la publicación en 1990 por la OMS de un decálogo normativo denominado “«Reglas de oro» de la OMS para la preparación higiénica de los alimentos”.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

“Kit Cólera” que contiene 4.000 litros de suero, antibióticos, jabón, desinfectante y cloro, que sirve para tratar a 625 afectados con un coste en 2005 de 14.876 euros (24€ por persona).

En la mayor parte de los casos leves y moderados puede rehidratarse mediante fórmulas orales si los vómitos lo permiten; en caso contrario o si la afectación es grave, debe realizarse por vía endovenosa, lo que implica la necesidad de personal sanitario adiestrado. La administración de antibióticos, aunque dependerá del resultado de sensibilidad del coprocultivo, suele hacerse empíricamente ante el diagnóstico sintomático.

I.3. Consideraciones médicas en el siglo XIX.

Cuando la primera pandemia de cólera morbo-asiático, iniciada en 1817, amenaza las fronteras europeas en los primeros años 20 del siglo XIX, el conocimiento médico sobre la enfermedad en Europa se reducía a saber de su existencia en las lejanas colonias asiáticas, al contacto con algunos casos importados y a la experiencia adquirida por ciertos cirujanos de los ejércitos, especialmente británicos. Aunque el aviso incrementó el interés científico por el cólera, lo cierto es que la situación no había variado sustancialmente cuando la segunda pandemia, iniciada en 1829, penetra decididamente en Europa desde 1831 para mantenerse presente en el continente, con distintos brotes epidémicos, durante casi veinte años; si bien, en esta ocasión pasó rápidamente a constituir la preocupación esencial entre la clase médica y política europea, de forma que no tardaron en surgir múltiples teorías acerca de causas, medios de génesis o propagación y, por supuesto, de tratamientos y remedios que, finalmente, poco aportaron a la prevención y desarrollo del cólera, como tampoco al tratamiento de sus síntomas ni, mucho menos, al de sus causas. Las teorías médicas tuvieron su reflejo en las instrucciones políticas que, desde el inicio de los casos en las fronteras europeas, irían pasando de país en país a medida que el cólera acechaba a cada una de las demarcaciones nacionales.⁵³ Las diferentes teorías que surgieron a raíz de esta primera pandemia bebían directamente de los planteamientos teóricos de la higiene pública, conformados a lo largo del siglo XVIII para superar los principios de la dietética individual, imperante hasta

⁵³ En Vitoria por ejemplo, se halla archivado en la documentación relativa al cólera de 1834 -y por tanto, salvo error en su archivado, entiendo que realmente utilizado en aquellos años- el cuadernillo de instrucciones citado en la introducción titulado: "Instrucción sobre el cólera – morbo asiático. Traducción del francés. Tercera Edición", que se imprimía en Bilbao en 1832, muestra evidente de que el conocimiento científico del cólera y las instrucciones políticas -aunque inútiles- se propagaban a una velocidad incluso mayor que el cólera, siendo destacable el origen de las mismas por cuanto Francia estaba siendo intensamente afectada por la pandemia ese año, lo que confería al texto traducido, amén de la tradicional preponderancia de lo ajeno sobre lo propio, una mayor credibilidad por conocimiento de causa, ya que en España aún no se habían dado casos de cólera.

entonces en la medicina aún de corte galénico, y continuarían siendo los preponderantes en las siguientes pandemias del siglo XIX, a pesar de evidencias como las expresadas por John Snow que, en 1849, postuló que el agua era el vehículo transmisor del cólera, o de las observaciones microscópicas de lo que sería el vibrión colérico por William Budd, también en 1849, y por Filippo Pacini en 1854. Incluso después del aislamiento del vibrión por Koch en 1883 y del descubrimiento de una vacuna anticolérica por Ferrán en 1885, las teorías de corte higienista aún tuvieron mayor número de adeptos que las jóvenes teorías bacteriológicas.

En definitiva, los planteamientos higienistas predominaron durante el siglo XIX y configuraron las teorías más extendidas y dominantes respecto al cólera. Sus puntos de partida, en general erróneos, determinaron medidas igualmente en general ineficaces frente al cólera, que pudo expandirse libremente.

1.3.1. La corriente Higienista.

Aunque el término ecología fue acuñado en 1873 por el naturalista Haeckel, cien años antes un grupo de médicos se habían planteado el problema del influjo del medio ambiente en la vida del hombre⁵⁴ siguiendo corrientes previas que rescataban el concepto hipocrático de las constituciones epidémicas, relegadas -aunque no olvidadas del todo- en la tradición galénica. Esta corriente médica, ligada en un inicio a la lucha antiepidémica (pestilífera fundamentalmente) y apoyada en los descubrimientos de la floreciente química, superará los principios de las constituciones hipocráticas, que ligaban la aparición de diversas patologías con determinadas “constituciones” ambientales por la casual combinación de lluvias, nieblas, vientos, etc..., para introducir el papel jugado por los efluvios, vapores o fermentaciones de la descomposición orgánica

⁵⁴ URTEAGA, L. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Cuadernos críticos de Geografía Humana*, Año V, nº 29, noviembre de 1980, Universidad de Barcelona.

formando los denominados “miasmas”.⁵⁵ Aguas estancadas, pantanos, cadáveres o emanaciones de enfermos exhalaban enigmáticas substancias a la atmósfera que producían las enfermedades. Imperceptibles algunas, la mayoría olorosas cuando no hediondas, ponían como centro de esas malignas emanaciones a cementerios, cloacas, basureros o, simplemente, aglomeraciones humanas en iglesias, cárceles u hospitales. Aunque podía determinarse la condición ácida o alcalina de las emanaciones, nunca hubo un consenso sobre cuáles eran más peligrosas, por lo que el simple mal olor sugerente de putrefacción se asumía como peligroso, ya proviniera de aguas estancadas, de una cloaca o de un enfermo. La nariz se convertía en el delator principal del riesgo patológico y, en consecuencia, la lucha contra el olor se hizo primordial. La desodorización clásica, como el incienso en las iglesias, a la vista de la emergente química se presentaba como un mero engaño a los sentidos, por lo que ésta propondrá nuevas medidas desinfectantes que aspirarán a una inodorización ambiental; la fumigación se presentará por buena parte de los científicos como un arma esencial para la lucha contra las enfermedades epidémicas,⁵⁶ entendida la génesis de éstas tanto por la perturbación aérea causada por los miasmas como por su delación olorosa.

Este énfasis en los condicionantes ambientales -como elementos a controlar para poder evitar o limitar el influjo de las enfermedades- suponía un paso decisivo en la evolución histórica de la medicina preventiva, ya que hasta entonces la prevención de las enfermedades

⁵⁵ Aunque el concepto de miasma ya estaba presente en la tradición médica, el aporte del higienismo será por una parte el de concretar el origen de los mismos en relación a los procesos físico-químicos que se comenzaban a comprender, por lo que ya no serían las tormentas un posible origen, sino la actividad eléctrica, o los pantanos como lugares medio embrujados, sino la fermentación orgánica que sucede en ellos; y por otra, la posibilidad de aplicarle una cierta objetividad cuantitativa y cualitativa al definir los miasmas en función de parámetros químicos, como el de su acidez o alcalinidad, el de la presencia o no de determinados compuestos, etc.

⁵⁶ No sin polémica, cfr. CARRILLO, J.L.; RIERA PERELLÓ, P.; GAGO, R. “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula-M.J. Cabanellas)”, *Medicina e Historia* nº 67, Barcelona, abril de 1977.

se había limitado a las personas consideradas aisladamente. “*El supuesto básico era la idea de que la medicina debía convertirse en norma de la vida humana, por lo que la prevención consistió en reglamentar cada detalle de la actividad del hombre sano con el fin de evitarle que contrajera enfermedades*”.⁵⁷ Estas reglamentaciones se incluían en el concepto de *dietetica* y versaban sobre las llamadas *seis cosas no naturales* (es decir ajenas al cuerpo y sus partes, que constituían las *cosas naturales*): aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, secreciones y excreciones, y movimientos del ánimo. Estos elementos solían recogerse durante el medioevo en textos referidos al *regimen sanitatis* (régimen de salud) y hoy las definiríamos, al menos parcialmente, como *estilos de vida saludable*. Y de manera similar a como se utilizan hoy día algunos de estos estilos de vida (alimentación -colesterol, azúcar o sal-, tabaquismo, ejercicio físico, etc.), durante las epidemias de cólera jugaron un papel relevante, pues si bien los factores higiénicos -como hoy los entendemos- tardaron en adentrarse en el ámbito íntimo, desde la primera epidemia europea (2ª pandemia) veremos cómo se expone abiertamente una supuesta predisposición a padecer la enfermedad en virtud del acatamiento o no de las recomendaciones de aquella *dietetica*, íntimamente ligadas a conceptos morales, o bien por la preeminencia de movimientos del ánimo depresivos o melancólicos.

Habré de matizar que cuando digo que el higienismo del XVIII supera el modelo de la dietética medieval-moderna no lo hago de forma excluyente, sino al contrario, de forma integradora, de modo que los determinantes inherentes al modo personal de vida y los determinantes medioambientales se entremezclan en una visión novedosa sobre la salud preventiva. Y ello será posible gracias a la superación paralela del concepto de sociedad colectiva, como suma de individualidades sin objeto, al de sociedad social, como integración de individuos con un objeto común. Efectivamente, estas preocupaciones médicas por preservar la salud coincidirán con los planteamientos políticos y económicos imperantes; fisiócratas y mercantilistas habían

⁵⁷ LÓPEZ PIÑERO, J.M. *Historia de la Medicina*, Biblioteca Historia 16, Madrid, 1990. Pág. 155.

señalado a la población como fuente de riqueza de una nación, y exigían del Estado un amparo para sustentarla como eje de la naciente industrialización. La respuesta del Estado promoverá una red asistencial benéfica (Beneficencia Pública) que tratará de racionalizar y rentabilizar la desperdigada asistencia caritativa individual que había imperado desde el medioevo.

Esta conexión entre los principios del mercantilismo y los de la nueva medicina preventiva será especialmente llamativa en las sociedades urbanas protoindustriales. Para los ilustrados el medio rural era el paradigma de la sabia acción de la naturaleza, mientras que las ciudades eran una obra humana donde se habían cometido todos los errores propios de las civilizaciones previas a la luz de la Razón, en las que se había anulado el orden natural y, por ello, donde reinaban todo tipo de males, empezando por el más general y arraigado, la pobreza. La percepción se verá corroborada con la introducción de metodologías cuantitativas: *“La singularización, a través de acercamientos cuantitativos, de la situación social (pobreza) como constante compañía de la mayor mortalidad y la mayor morbilidad contribuyó a sancionar la vinculación entre Higiene Pública y reforma social”*.⁵⁸ El higienismo se actualizaba y, junto a los pantanos y hospitales, se dejaba espacio para las fábricas y las viviendas de los pobres dando comienzo a la que se denominará medicina social, cuyo punto de partida suele considerarse la publicación en 1790 del alegato de Johann Peter Frank *La miseria del pueblo, madre de enfermedades*. En palabras de Arteaga, *“con la medicina de la Ilustración se perfila lo que será uno de los puntos neurálgicos de la geografía médica del siglo XIX: la consideración de un «espacio social», que unido al espacio puramente físico, debe ser estudiado, analizado meticulosamente, si se quieren desentrañar los procesos morbosos”*.⁵⁹ No obstante, no se produciría una unión de los espacios físico y social, predominando éste último, ya que a diferencia

⁵⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Colección Textos clásicos españoles de la Salud Pública vol. nº 30, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987.

⁵⁹ URTEAGA, L. Op.Cit.

de las fuerzas de la naturaleza el elemento social podía -y debía, en la concepción ilustrada y liberal- ser controlado, de ahí que la higiene pública de origen mercantilista, reorientada como medicina social, se desarrollara “*en torno al concepto de «policía», es decir, de vigilancia y control por parte del Estado absoluto del bienestar de sus súbditos*”,⁶⁰ lo que Laín Entralgo denomina “higiene desde arriba”.⁶¹

Las epidemias de cólera del XIX ofrecerán continuas oportunidades para poner en práctica los planteamientos teóricos del higienismo, y si bien ya he adelantado que tanto los planteamientos como sus decisiones -respecto al cólera- fueron en general erróneos, ha de destacarse -respecto a medidas higiénicas básicas- la decisiva influencia que tuvieron en la concienciación e interiorización entre la población como percepción de salud. Elemento este último ya señalado en otros estudios sobre el cólera: el de su poder de convicción vía pánico para poner en práctica cuantas medidas higiénicas argumentaran como válidas la comunidad científica.⁶² Sin embargo, y se tratará extensamente en el capítulo referido a la higiene, no se describe con suficiente detalle que este proceso de aculturación higiénica se dibuja perfectamente en las sucesivas epidemias de cólera, de tal manera que paulatinamente el mensaje va cambiando de destinatario: desde el espacio público de los higienistas ilustrados, pasando por el espacio privado de la “habitación del pobre” en las primeras epidemias de cólera, hasta el espacio personal de la higiene íntima a finales de siglo. Tampoco se resalta la *democratización* de las que hemos llamado *cosas no naturales*, hasta entonces sólo destinadas

⁶⁰ LÓPEZ PIÑERO, J.M. *Historia de la Medicina*, pág. 157. Aunque la expresión está referida al despotismo ilustrado, los sistemas liberales, en cuanto que asumen su papel rector en la beneficencia y los postulados ilustrados de educación para el ejercicio del libre albedrío, ejercerán plenamente la policía higiénica.

⁶¹ Refiriéndose a los postulados alemanes de Johann Peter Frank y Franz Anton May publicados entre 1780 y 1788 sobre un sistema de policía higiénica (*System einer wollständigen medicinischen Polizey*). LAÍN ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*, Tomo 5, Ilustración y Romanticismo. Tema, La medicina preventiva y social. Sin paginar en la edición digital en CD de Masson multimedia-LV&D.

⁶² Siguiendo a López Piñero (op. Cit. Págs. 144-145), varias importantes figuras de los movimientos sanitarios del siglo XIX hablaron de *nuestro aliado el cólera*.

a la élite y a partir del cólera popularizadas, si bien con un predominio de refuerzos negativos; esto es, que hasta entonces constituían recomendaciones y a partir del cólera cuasiobligaciones. Ni tampoco se destaca lo suficiente el papel del cólera como estímulo de la *policía* higiénica, ni del papel otorgado a la clase médica como celador de la misma, factores todos ellos sobre los que incidiré insistentemente a lo largo del presente estudio.

1.3.2. El higienismo frente al cólera.

Hasta el inicio de los descubrimientos bacteriológicos, en la década de los 80, y especialmente la de la bacteria causante del cólera en 1883, existió una relativa uniformidad entre la comunidad científica europea en atribuir a las epidemias de cólera una causalidad derivada de la existencia de elementos deletéreos que corrompían la atmósfera, los miasmas, y, dentro de esa concepción, el debate se centró en tratar de explicar qué factores medioambientales y de estilos de vida⁶³ participaban en la aparición y desarrollo del cólera. Fue necesaria la aterradora experiencia del cólera recorriendo Europa durante la segunda pandemia para producirse un verdadero debate sobre la eficacia de las medidas tomadas en los distintos lugares. Pero sobre todo, para tratar de dilucidar si el cólera siguió algún patrón que permitiera descubrir cuáles eran las causas de que la enfermedad hubiera salido de su cubil en el confín de la tierra y se hubiera esparcido globalmente, sin respeto alguno a las muy ilustradas naciones europeas. Para Broussais, uno de los primeros en postular sus conclusiones, el cólera no era ajeno a Europa, pues defendió que probablemente se tratara de la misma enfermedad que asoló el continente en el siglo XIV conocida como “peste negra”, lo que expuesto en 1832 en pleno azote de la epidemia en su país no debió ser muy esperanzador, contribuyendo a la equiparación popular entre peste y cólera, con la repercusión anímica y las connotaciones

⁶³ Referidos evidentemente a lo señalado sobre las “constituciones” epidémicas y a la incipiente medicina social como los actuales “factores medioambientales”, y a las “cosas no naturales” como los “estilos de vida”.

religiosas que ello suponía. En general, durante esa pandemia, las expresiones teóricas fueron fieles a los postulados miasmáticos tradicionales; sin embargo, tras la epidemia, se recogieron un sinfín de datos retrospectivos que se analizaron en todas cuantas academias médicas existían en Europa, iniciándose polémicos debates que continuarían a lo largo del siglo. Max Joseph von Pettenkofer⁶⁴ se alzaría a mediados de siglo, inmersa Europa en la tercera pandemia, como la máxima autoridad en lo referente al cólera, cobrando importancia su teoría llamada “telúrica” por centrarse en la influencia que los terrenos tenían en la epidemia.⁶⁵ Esta teoría del suelo hubo de modificarse parcialmente ante los estudios de John Snow en Londres que concluían en 1849 que el agua era el vehículo trasmisor del cólera. Pettenkofer concordaba en la virtud del agua pura⁶⁶ y no dudó en realizar un extenso estudio durante la epidemia de 1854 en Munich tratando de reproducir lo señalado por Snow pero, al no llegar a confirmar las conclusiones de aquél, expuso que, aunque el agua fuera la causa inmediata, se precisaba una causa necesaria: su unión a un substrato presente en el suelo bajo ciertas condiciones ambientales. Sólo la suma de ambas era el verdadero “veneno colérico”, siendo inofensivas por separado.

⁶⁴ Max von Pettenkofer (1818-1901), Químico y médico alemán, fundó en 1875 el Instituto de Higiene, el primero de su clase en el mundo. Científico de laboratorio, además de sus grandes aportaciones a la química y a la fisiología, trató de aplicar todos los recursos de la investigación química y física de laboratorio a los problemas de salud pública, planteándose crear una higiene experimental. Se suicidaría cuatro años antes de la concesión del Nobel a Robert Koch, quien había derrumbado todo su sistema teórico y con él a la Era médica prebacteriana.

⁶⁵ El término es el usual en la literatura castellana del XIX, si bien en los textos actuales es más corriente ver la expresión de “teoría del suelo”, más acorde con la locución original alemana de *bodentheorie*.

⁶⁶ Él mismo había impulsado la traída de agua de las montañas a Munich, demostrando el descenso de la morbi-mortalidad por fiebre tifoidea a raíz de ello. Cfr. LEDERMANN DEHNHARDT, W. “A propósito del cólera: Max von Pettenkofer y su *Experimentum crucis*”, *Revista chilena de infectología*, 2003; 84-85. También en *Una historia personal de las bacterias*, RIL Editores, Santiago de Chile, 2007. Pág. 357.

En la teoría “telúrica” se señalaban cinco condiciones esenciales en los brotes coléricos: 1) predisposición individual junto con malos hábitos alimenticios, 2) contacto humano, 3) terreno habitable por seres humanos, poroso y mezclado con aire y agua, 4) variaciones en la mezcla del suelo y 5) suciedad en los suelos.⁶⁷ Por tanto, Pettenkofer puntualizaba, frente al concepto clásico de los miasmas como entelequia aérea perniciosa de generación espontánea, la imperiosa necesidad del contacto del agente desconocido con la tierra para su conversión en patógeno. El mal estaba en la tierra y no era ni contagioso ni miasmático.⁶⁸

Las conclusiones de Snow, que pudieron haber sido el descubrimiento de mayor valor para la prevención del cólera, quedaron anuladas por el mayor influjo de Pettenkofer,⁶⁹ lo cual no implicaba que la teoría de éste último fuera aceptada de forma general y sin dudas; al contrario, la tónica general fue la de no desechar ninguna teoría, especialmente la del arraigado origen miasmático, y proceder a recopilar datos estadísticos -otro logro del cólera- sobre todo tipo de condicionantes, por ejemplo meteorológicos, que pudieran darse sincrónicamente con la aparición de un brote de cólera. De esa forma, las epidemias documentadas a partir de mediados de

⁶⁷ Términos que suenan muy contemporáneos, sin embargo matizo que la expresión de predisposición individual no comprende ni el concepto genetista ni el inmunológico actual, más bien alude a generalidades como el ser enfermizo, anciano o melancólico. Incluso será frecuente, lo veremos, condicionar el riesgo del cólera al estado de ánimo, el ejercicio o la actividad sexual. La unión de la predisposición individual a la alimentación es evidente hoy, pero entonces apenas pasaba del valor cuantitativo y de las propiedades atribuidas a algunos alimentos; la fisiología metabólica estaba todavía en pañales, si bien el propio Pettenkofer será uno de sus grandes iniciadores.

⁶⁸ Alain Corbin, siguiendo a Jean Ehrard, recuerda la secular asociación de la tierra con lo impuro e insistirá en ello en su análisis de la pavimentación como estrategia de la desodorización. Cfr. CORBIN, A. *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 1987. Págs. 30 y 105 y ss.

⁶⁹ Sheldon Watts afina en las posibles causas de la limitada repercusión de las teorías de Snow: “...su diploma de médico era del University College de Londres (la ‘impía’ institución fundada por Jeremy Bentham) y no de una universidad ‘respectable’”. Op. Cit., pág. 231.

siglo (las correspondientes a la tercera y cuarta pandemia) cuentan con abundante información estadística -si bien de muy desigual calidad- recogida por infinidad de médicos locales como respuesta a los llamamientos de sus respectivas academias médicas para redactar memorias sobre el cólera siguiendo un determinado esquema, el clásico de las topografías médicas ligadas a las “constituciones” medioambientales que había señalado al inicio. En Álava cabe destacar la excelente memoria redactada por el cirujano municipal Gerónimo Roure durante la epidemia de 1855.

Sin embargo, la recogida de aquella ingente cantidad de datos y los sesudos estudios posteriores no terminaron por aclarar el patrón epidemiológico del cólera aunque, en todo caso, no contradecían a Pettenkofer, quien se erigió en la máxima autoridad en la materia. Habría de esperarse hasta 1883 para que el conocimiento del cólera diera un giro intuido ya por científicos como Pacini que habían descrito microorganismos en el intestino de los enfermos. Ese año, Robert Koch y su equipo viajaron a Alejandría, siguiendo la estela de la epidemia por aquella región, logrando identificar y aislar el vibrión colérico, al que bautizaron como *comma* por su forma, y que presentaron al mundo al año siguiente en Berlín. Lo que parecía el inmediato desmoronamiento de las teorías miasmáticas y telúricas acabó en un eclecticismo en el que la vieja guardia, tras negar la evidencia y rechazar los postulados bacteriológicos, acabaron asumiendo que la diferencia entre el miasma y la bacteria venía a ser solamente terminológica, y que ésta servía para explicar aquél.⁷⁰ El

⁷⁰ De la generación espontánea de los miasmas por combinaciones químicas, inexplicables, en determinadas constituciones ambientales, a la visión directa del germen biológico no hay necesariamente una gran distancia ni confrontación, sino complementariedad. La bacteria explica el miasma pero no su formación y desarrollo, ciclo vital que seguirá ligado a idénticos postulados higiénicos y medidas de salubridad pública y privada. “*Las medidas de saneamiento que antes encontraban explicaciones químicas encontraron, a partir de Pasteur, explicaciones biológicas. La cuestión del medio externo, el ámbito donde los microbios pueden desarrollarse y reproducirse, pasó a ocupar un lugar central. Como afirma Dagognet (1998), bien puede decirse que es en el propio Pasteur donde los nuevos higienistas creyeron encontrar el punto de partida para muchas de sus*

propio Pettenkofer expresó impasivo que el vibrión colérico tampoco modificaba en absoluto su teoría del suelo, ya que continuaba siendo necesario que la bacteria se asociara con determinados elementos del suelo para adquirir patogenicidad. En su convicción llegó a beberse un cultivo de vibriones que, al parecer, sólo le indispuso levemente. Su nueva teoría revisada venía a decir que las bacterias debían penetrar en el suelo junto al agua para activarse con los miasmas del cólera que allí se encontraban, sirviendo entonces de transporte de la toxina desde el suelo al cuerpo humano. Sin embargo, cada vez eran más las pruebas que inclinaban la balanza a favor de la naciente bacteriología: en primer lugar la controvertida vacuna de Ferrán. Pero hubo de ser nuevamente Koch quien en 1892 tras un estudio comparado de dos ciudades alemanas que se suministraban con agua del mismo río, pero una con un sistema de filtrado y otra directamente, terminase demostrando, al presentar la desproporción de víctimas entre una ciudad y otra, que el paso por el suelo -que era el mismo- no condicionaba la aparición del cólera, sino las propias condiciones del agua permitiendo la mayor o menor presencia del vibrión.

Por fin, la causa y la vía de transmisión quedaban evidenciadas, con lo que se dirimía también un segundo punto de discusión científica respecto al cólera a lo largo del XIX: la determinación de su carácter epidémico o contagioso, lo que implicaba distintas estrategias de reacción. Las leyes de las enfermedades epidémicas y las contagiosas eran diferentes: la epidemia o infección significaba que la atmósfera del lugar podía cargarse de un miasma mórbido por el cual las enfermedades específicas llegaban al hombre sano, siendo su principal defensor Pettenkofer; en cambio, el contagio se refería a una enfermedad que podía ser comunicada de una persona enferma a una persona sana por el roce o contacto entre ellas. Una cuestión básica fue decidir en qué termino encajaba el cólera, o si se podía considerar una mezcla de ambas declarándola epidémica-contagiosa, ya que de ello se derivaba por ejemplo si era oportuna o no la medida de los cordones sanitarios, tan útil en otras enfermedades epidémicas como

generalizaciones". CAPONI, S. "Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada", *Cad. Saúde Pública*, nov./dic. 2002, vol. 18, nº 6.

la peste. Debate que, ante la evidencia de la etiología bacteriana a partir del descubrimiento del vibrión colérico por Koch, se inclinó hacia las teorías contagionistas, no sin oposición de los infeccionistas.⁷¹

1.3.3. El cólera y las cuestiones miasmáticas en Álava.

En Álava no se produjo expresamente un debate acerca del origen o sobre las cualidades infectivas o contagiosas del cólera, aunque puede apreciarse documentalmente el eco de la confrontación en las posturas mostradas por los diferentes gestores de las tres epidemias que vivió la provincia, apoyando controvertidas tomas de decisiones no siempre explicables por el cólera ni por el predominio claro de unas teorías sobre otras. Cabe citar por ejemplo la pugna entre Diputación y Ayuntamiento de Vitoria sobre el mantenimiento de los cordones sanitarios en la epidemia de 1834, o el derrumbe de los arcos y puertas de las angostas calles medievales de Vitoria en la epidemia de 1855.

Desde el inicio de las preocupaciones de las instituciones alavesas ante la previsión de una primera incursión del cólera, en 1832, se recogen de manera constante alusiones hacia los miasmas deletéreos y, en consecuencia, se promulgan medidas de control contra todo aquello que pueda enturbiar la calidad del aire, medida lógicamente con la agudeza olfativa. La primera alusión aparece en palabras del alcalde de Vitoria, Ramón María de Urrechú, el 5 de abril de 1832: “y *habiéndose reconocido generalmente en los países afligidos por esta calamidad, que el aseo y la limpieza de lo interior de los edificios y de las calles, y la pureza del ambiente conservada*

⁷¹ Hoy, como anticipaba al inicio de este punto, los términos de infección y contagio tienen lecturas diversas y, en general, se toman por sinónimas, siendo englobadas en el concepto más amplio de transmisible. Los infeccionistas, con Pettenkofer a la cabeza, en realidad tenían razón ya que la unicausalidad bacteria-enfermedad se da en pocas ocasiones, primando factores multicausales no siempre derivados del microorganismo, como la vía de transmisión, la de entrada o la susceptibilidad del huésped.

con el cuidado continuo de alejar los miasmas delectereos, eran condiciones necesarias de un sistema racional de presevacion, no puedo menos de llamar la consideración del Ayuntamiento hacia este importante objeto, [...] procurando conservar la pureza del aire”, especialmente en esos lugares clásicos de la teoría miasmática: “Que se escite el celo de la Diputacion de pobres y Junta directiva del hospital á fin de que redoblen su solicitud y vigilancia para que por medio de las medidas sanitarias mas severas y de los métodos desinfectantes mas seguros, se evite la introducción del mal en aquellos establecimientos que su destino hace tal vez mas expuestos.”⁷²

En idéntica línea teórica se expresa la Diputación, en cuyo primer comunicado, en mayo del 32, se reiteran los principios miasmáticos:

“Los miasmas propagadores de esta funesta enfermedad se desarrollan, nutren y vigorizan con las impurezas atmosféricas creadas por las emanaciones de materias corruptas, compresión y estancamiento del aire respirable, acumulación de efluvios recargados, y demas causas que generalmente se consideran como opuestas á la limpieza y aseo público; [...]

Se recomienda en su consecuencia [...] pronto entierro de los animales muertos sin dejarlos abandonados en los campos, conducción de basuras y materias fermentables á puntos ventilados y bien separados de los pueblos, curso expedito de las aguas, desecacion de depósitos pantanosos ó aguas detenidas, y cuanto se note que puede esparcir efluvios pútridos ó derramar sobre la atmósfera olor fétido y desagradable.”⁷³

La idea miasmática no varió a lo largo de la epidemia del 34. Así, al dar por finalizada la misma en Vitoria los médicos asalariados de la ciudad determinan que, “no obstante teniendo en cuenta el transcurso de los días desde el primer caso y teniendo presente el

⁷² A.T.H.A. DH 218-3.

⁷³ A.TH.A. DH 217-7.

curso de la enfermedad se inclinan a creer que la atmosfera esta ya libre de los miasmas productores de ella”.

Para mediados de siglo, como he comentado, a la teoría de los miasmas se han sumado con fuerza multitud de nuevas teorías, destacando la telúrica. En Álava durante la epidemia del 55 los mensajes, que ya no provienen tanto de las autoridades civiles como directamente de las sanitarias, reflejarán en buena medida este abanico de teorías, si bien ello es atribuible a la incuestionable autoridad de Gerónimo Roure, de lo que se derivará una mayor cautela en las afirmaciones, puesto que Roure ya ha dado el paso médico de la percepción absoluta galénica a la relativista del método científico. Conocedor del debate en Europa sobre cuanto rodea al cólera y sin perjuicios en reconocer su propia ignorancia, frente a renombrados científicos a los que no duda en señalar como no menos ignorantes,⁷⁴ se muestra reservado frente a todas la teorías y opta por cierto eclecticismo, tanto al enumerar los condicionantes ambientales de la provincia como, sobre todo, al plasmar sus observaciones sugiriendo o no asociaciones causales:

“Causas telúricas. [...] Que sin dejar de admitir con mucha reserva la teoría de Boubée acerca de la influencia de los terrenos en la invasión y curso del cólera, debemos hacer notar, que en la provincia de Alava se ha visto confirmada en parte...

⁷⁴ “...no podemos dejar de sentir embarazado nuestro juicio con la multitud de teorías que se han inventado para explicar el origen de la produccion de los fenómenos morbosos [...] teorías que en nuestro concepto hacen retroceder mas bien que dar pasos progresivos á la ciencia y que hasta ahora han sido formuladas á priori por el solo afan de explicar lo que tan obscuro se nos presenta y satisfacer el amor propio de sus autores que, no pueden resignarse á confesar su ignorancia en este punto. Nosotros que ni tenemos vergüenza de hacer esta confesion, ni hemos hallado en los hechos atenta é imparcialmente observados motivo alguno para decidirnos por ninguna de cuantas teorías se disputan el dominio de la etiología del cólera, solo nos limitaremos á consignar aquí los resultados de dichas observaciones en su relación con las opiniones mas generalmente admitidas”. (ROURE, G. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la provincia de Álava en el año 1855*, págs. 32 y 33).

Causas atmosféricas. [...] La composición del aire no ha sido estudiada con detenimiento en esta provincia, [...] Creemos firmemente que los resultados de este estudio hubieran como en otras partes sido negativos; [...] Con respecto a la temperatura, debemos hacer notar la coincidencia de haber empezado la epidemia en la primavera y aumentar considerablemente á medida que avanzaba el verano para irse debilitando de un modo sensible en el otoño y terminar del todo al principio de la estación fría. [...] parece confirmar la opinión de serle favorable el calor [...] El estado de humedad de la atmósfera no ha suministrado que sepamos dato alguno de valor en la epidemia que ha sufrido esta provincia. [...] La acción de los vientos en las epidemias es de una influencia tan reconocida que creemos escusado insistir en demostrarla. [...] Que en la mayoría de puntos se ha observado una recrudescencia notable cuando reinaba el viento S. [Y respecto a la electricidad atmosférica] haremos notar que en la epidemia cuya historia tratamos de escribir se han recogido dos observaciones que no debemos pasar desapercibidos. [Tempestades en Villanueva de Valdegobía y Vitoria tras los que aumentó el número de casos].

Causas miasmáticas. También son negativos los datos referentes á este orden de causas tan en boga para la explicación del origen de esta dolencia. [...] en ninguno se hace mención de emanaciones particulares, miasmas, partículas orgánicas, ni otros agentes apreciables á los sentidos ó al análisis demostrados en la atmósfera, y por consiguiente nos hallamos en el caso por lo que atañe á nuestra propia experiencia de suspender el juicio acerca de la pretendida acción de semejantes causas.”

Las apreciaciones de Roure rechazando las causas miasmáticas chocan frontalmente con la acción civil que se observa en Vitoria y en muchos pueblos, con reformas radicales de las estructuras medievales (murallas, puertas, arcos, torres, calles y cantones estrechos, etc.) que desaparecen por la supuesta limitación en el movimiento del aire y en la acción de la luz, o con la desecación de pantanos y humedales, etc. Cabe preguntarse entonces si estas decisiones obedecieron a la duda razonable, a tenor del conocimiento del momento, sobre la acción

miasmática o, por el contrario, se utilizó el argumento higiénico para lograr otros fines (estéticos, económicos, urbanísticos, inmobiliarios...).

Finalmente, para la epidemia de 1885, los trabajos bacteriológicos de Pasteur, Koch o Ferrán ya son conocidos en Álava, pero la filiación etiológica de la bacteria causante del cólera no desentraña los mecanismos de transmisión, ni tampoco se comprende la cadena epidemiológica en el sentido actual, por lo que está en plena ebullición el debate de su aceptación y encastre en el conocimiento médico anterior. Esta cuestión de la convivencia de postulados miasmáticos y bacteriológicos no se aprecia en Vitoria, al menos desde el cólera, y habrá que esperar a los ensayos de Ramón Apraiz en el decenio siguiente para entrever algo sobre este punto. Fuera del ámbito médico, sin embargo, la pervivencia de creencias miasmáticas está bien asentada, como puede verse en los escritos de Colá y Goiti a finales del XIX y que recuerdan perfectamente a los postulados de Foronda un siglo antes.⁷⁵ Probablemente la incidencia geográficamente más escasa del cólera en Álava durante 1885 y, sobre todo, la ausencia de casos en Vitoria, limitó la posibilidad de expresión de los jóvenes médicos que habían hecho el relevo a Roure en la ciudad. Sólo si nos atenemos a las disposiciones municipales y de la Diputación provincial, en relación a la actuación frente al cólera, podemos entrever una cierta convivencia de principios miasmáticos (como la continuación en la desecación de humedales y la insistente alusión al hacinamiento humano en el sentido oloroso) y bacteriológicos (como la desinfección usada ya en el sentido bactericida, aunque fuera meramente empírico).⁷⁶

⁷⁵ COLÁ Y GOITI, J. *El futuro Vitoria*, Imprenta de la viuda é hijos de Iturbe, Vitoria, 1884. Lo que sólo es indicativo de la dificultad que tuvieron las teorías bacteriológicas para abrirse camino tanto entre los sanitarios como, sobre todo, entre los ajenos a la materia que habían sido educados en unos conceptos universales que, a pesar de la reiterada demostración de su falsedad por la nueva ciencia, seguían igual de inmutables incluso en la lúcida pluma de Colá y Goiti, esclavo de su educación.

⁷⁶ A.M.V., AA.MM. 26-7-1885, Vol. 3, fol. 61: "*Octava: Que se recomiende a los Señores Facultativos se provean de fumigadores de bolsillo, en vista de los buenos*

Por tanto, vemos cómo se reproducen en nuestro entorno los conceptos de los debates europeos sobre el origen del cólera, e igualmente podemos apreciar que se reprodujo el debate sobre la cuestión de la transmisión contagiosa o infectiva del cólera, especialmente durante la primera invasión a raíz de la controvertida orden de retirar los cordones sanitarios por su permeabilidad, ocultando intereses económicos y sobre todo militares -en plena guerra civil-, y a cuyo cierre se opuso la ciudad de Vitoria exponiendo su Junta de Sanidad que el debate sobre el carácter contagioso del cólera no estaba concluido.⁷⁷ No obstante, la muestra más evidente de la discusión epidémico-contagiosa se obtiene a partir de la memoria de Roure: *“Vengamos ahora á esposicion de los datos recogidos acerca de las tan debatidas cuestiones de la importación y el contagio del cólera, para lo cual, prescindiendo enteramente de las razones que por diferentes autores se han espuesto en pró y en contra, y hasta de lo observado en otros puntos, nos limitaremos á la relacion de los hechos apreciados en la provincia de Alava.”* Desconocedor de los actuales conceptos de la cadena epidemiológica respecto a la existencia de diferentes puertas de salida y de entrada en la infección, así como de las vías de transmisión -en este caso directa oral-fecal o bien indirecta mediante fomites, especialmente por el agua-, Gerónimo Roure se limita a reproducir con numerosos ejemplos

resultados que ha dado el uso de estos aparatos en las poblaciones invadidas por el Cólera”.

⁷⁷ A.T.H.A. DH 87-7. *“1º en la opinion de que el Cólera es una enfermedad contagiosa, opinión combatida por muchos celebres profesores, sostenida por otros muchos de acreditada reputación, dudosa hasta el dia y todavia dominante en la mayor parte del pueblo. 2º en la idea de que en caso de duda deben tomarse todas las medidas que puedan preservarle de tan terrible enfermedad, y entre ellas la del establecimiento de cordones sanitarios para impedir las comunicaciones con las personas y efectos procedentes de puntos infestados ó sospechosos. 3º en la de que lebandandose el Cordon sanitario de esta Ciudad, vendran á refugiarse en ella una multitud de familias procedentes de las Provincias interiores y particularmente de los Pueblos situados allende del Ebro donde se ha manifestado el Colera, y que pudieran introducir esta plaga en el Pueblo. 4º en la alteración é inquietud que podría producir esta avenida y 5º en los males que tambien podria producir el hacinamiento de nuevas gentes en una población, donde hay tantas otras familias refugiadas, tanta tropa y un vecindario tan numeroso”*

detallados la perplejidad de unos casos en los que parece confirmada la existencia de contagio persona a persona, frente a otros en que, existiendo todas las posibilidades dada la proximidad de sano y enfermo, no se produzca el mismo, ante lo cual culmina que “*nos abstendremos en cuestion tan ardua y debatida de consignar una opinion terminante que nuevos hechos pudieran invalidar dentro de poco. [...] tal vez se llegue con el tiempo á la resolucion de un problema en que todavía consideramos equilibradas las opiniones*”.

Roure refleja perfectamente la crisis médica prebacteriana de la segunda mitad del XIX. Los dogmas galénicos universales han desaparecido, o hacen agua por doquier, a la par que se está construyendo una nueva medicina de base relativista en la cual, de momento, la multitud de teorías deja perplejos a los médicos creando una notable inseguridad en sus capacidades, por lo que la opción ecléctica es el único valor seguro por el que apuestan la mayoría de los médicos sensatos.

PRIMERA PARTE
Estudio cuantitativo

Introducción.

La provincia de Álava sufrió a lo largo del siglo XIX la incidencia de tres epidemias de cólera morbo-asiático, en 1834, 1855 y 1885, pudiendo librarse de las de 1865 y 1893 que azotaron en zonas limítrofes. A ellas habría de sumarse la devastadora acción de la viruela, el sarampión, el tifus o la tuberculosis a lo largo del siglo, elementos epidémicos que, junto a la permanente sangría de las guerras y los problemas de subsistencia rural, darán al siglo XIX alavés una imagen catastrófica. Probablemente fuera esta asiduidad de la muerte la que demográficamente resta importancia a la incidencia del cólera incluso entre los propios coetáneos. Así, el alcalde de Vitoria Ladislao de Velasco escribiría: *“El cólera vino en el verano de este año (1855) à sembrar el espanto en nuestra ciudad y provincia, aunque no fueron sus estragos tan terribles como se temía: después hemos visto con menos aparato y terror reproducirse la viruela, en varias ocasiones causando más víctimas”*,⁷⁸ visión que ya habían adelantado autores franceses en la epidemia de 1832 en Francia: *“El*

⁷⁸ VELASCO Y FERNÁNDEZ DE LA CUESTA, L. *Memorias del Vitoria de antaño*, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1889. Pág. 186.

*Cólera es una enfermedad grave, pero [...] otras enfermedades epidémicas como la viruela, la escarlatina, ciertas fiebres nerviosas han hecho mas destrozos que ésta... ”.*⁷⁹

Los estudios posteriores sobre el cólera en Álava vienen a corroborar en general aquellas impresiones de los coetáneos de que la mortalidad directa por el cólera no supuso ninguna catástrofe demográfica; si bien no se contabiliza la mortalidad diferida, multifactorial sin duda, pero en la que el cólera juega un papel de causa necesaria, ni otras consecuencias demográficas a raíz de aquellas epidemias, tales como el aumento de viudas y huérfanos, o lo que es lo mismo, de la pobreza y el pauperismo.

En cualquier caso, carecemos de datos fiables sobre la morbimortalidad de las mismas salvo para la de 1885, cuyos registros estadísticos normalizados le otorgan bastante confianza, si bien no existe una revisión en profundidad que lo confirme. En el caso de la epidemia de 1855 Ruíz de Azúa considera que al menos en el municipio de Vitoria la mortalidad fue como mínimo un 13% mayor que las cifras barajadas tradicionalmente, mientras que para la de 1834 diferentes estudios de localidades españolas establecen que la mortalidad directa por la epidemia fue entre el doble y el triple de las señaladas por el sesgado y parcial recuento oficial de 1835. Cifras por tanto que obligan a replantear el influjo tanto directo como diferido del cólera sobre la evolución demográfica de Álava, especialmente las referidas a 1834.

Al margen de los resultados del presente estudio, a priori las tasas de mortalidad en los invadidos conocidas a partir de los registros originales no responden con claridad al patrón epidemiológico que atribuimos al cólera. En la actualidad, en las zonas de alto riesgo -con similitudes a las que encontraríamos en 1834 en Álava- se han llegado

⁷⁹ Pariset, Esquirol, Desgenettes, Leroux, Juge, Chevallier y Marc. “Instrucción sobre el cólera-morbo asiático”, Traducción del francés, Tercera Edición, Imprenta de Delmas, Bilbao, 1832. Página 6. Consultado ejemplar disponible en A.T.H.A. DH-218.

a dar tasas de mortalidad de hasta el 41% entre los afectados,⁸⁰ aludiendo los textos médicos a mortalidades del 50% en los casos graves que no reciben ningún tratamiento, sobreentendiéndose por tal la rehidratación y antibioterapia, lo que sucedió en 1834. Estas cifras están en relativa consonancia con las calculadas por Pedro Ramos para la epidemia de 1885 (un 37'08%), la presumiblemente mejor registrada epidemiológicamente, pero muy alejadas de las que ofrece para 1834 (26'56%) y 1855 (29'32%),⁸¹ porcentajes poco creíbles salvo que les sumemos la sobremortalidad señalada tanto por Ruiz de Azúa para la de mediados de siglo, o que extrapolemos a 1834 recuentos actuales de otros puntos de España. De hecho resulta muy paradójico que según Ramos, cuyas cifras son similares a las oficiales, en Vitoria y su jurisdicción durante la epidemia de 1834 habrían fallecido 167 de los 328 casos (una llamativa pero razonable mortalidad del 50,91% en los invadidos), mientras que en Labastida, donde se darían 912 casos de los aproximadamente 1.500 de la provincia (un 60,8% del total), 'sólo' fallecieron 114 (mortalidad muy poco creíble del 12,5% sobre los invadidos). Resulta evidente el conformismo de Ramos con las cifras oficiales y con González de Sámano, que se basa en ellas, pero éstas carecen de toda fiabilidad y rigor, tanto en la expresión cuantitativa como en lo que respecta al área geográfica afectada en Álava, lo que obliga a una necesaria revisión del impacto demográfico y geográfico de aquella epidemia, objeto de esta primera parte del estudio.

Bajo el título genérico de Estudio cuantitativo se ha estructurado su contenido en tres capítulos. El primero tiene por objetivo efectuar un recuento de la sobremortalidad directa atribuible al cólera de 1834 a partir de una revisión de los registros sacramentales de las parroquias alavesas; el segundo capítulo aborda otros aspectos cuantitativos en relación a la morbimortalidad de la epidemia de 1834 a tenor tanto de los hallazgos expuestos en el epígrafe anterior como

⁸⁰ O.M.S., "Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire" n° 31, 5 august 2005, 80, 261-268. Cholera, 2004. Pág. 261. Disponible en <<http://www.who.int/wer>>.

⁸¹ RAMOS CALVO, P. M. Op. Cit.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

de los registros coetáneos, tomados éstos, dada su limitada fiabilidad, como muestra orientativa; finalmente, el tercer capítulo recoge el devenir cronológico de la epidemia en Álava, actualizándolo a la nueva extensión geográfica que se extrae del estudio de demografía histórica previo.

Capítulo II. La epidemia de 1834 en cifras.

La cuantificación del cólera es el objetivo de buena parte de los estudios realizados sobre estas epidemias tanto durante el siglo XIX como en las revisiones de finales del XX. También los trabajos alaveses, desde la memoria de Roure a los estudios de Ruiz de Azúa, Ramos y Echevarría, ponen entre sus objetivos principales tratar de dibujar una instantánea estadística sobre cuántos enfermaron y cuántos murieron, tantos hombres y tantas mujeres, estos niños y aquellos abuelos, ricos a veces y a otras pobres, más en este pueblo que en aquél o más en esta calle que en la otra. Sin embargo, la conclusión es la misma: no hay nitidez en esa instantánea, ni siquiera en la epidemia finisecular con datos estadísticos formalizados. Y cuanto más nos alejamos en el tiempo más borrosa se vuelve, hasta constituir una simple conjetura para la epidemia de 1834.

Ciertamente, la estadística oficial que se publicó en la *Gaceta de Madrid* el 20 de junio de 1835,⁸² base a su vez de los datos que ofrece

⁸² *Gaceta de Madrid* nº 171 del 20/06/1835, pág. 684.

la obra de González de Sámano de 1858, son absolutamente parciales y en modo alguno pueden tomarse como representativos de la epidemia. La estadística se realizó a posteriori de la epidemia, a través de los datos que enviaron los municipios previo requerimiento de la comisión regia formada ex profeso para su estudio (R. O. de 16 de enero de 1835), y ya entonces puntualizaba indirectamente su inexactitud en el caso alavés al hacer mención de que “*Hay noticias particulares sobre haberse padecido el cólera en algunos otros pueblos además de los expresados en este estado, pero no se remitieron á la comisión régia los datos oficiales correspondientes*”.⁸³ Ha de entenderse que en 1835, con buena parte de la provincia bajo control directo o indirecto del carlismo, serían muchos los pueblos alaveses que ni recibirían las instrucciones de la comisión regia, y ni caso querrían o podrían hacerle de haberla recibido; además, la confluencia de la propia epidemia con la etapa inicial de la primera guerra carlista supondría una importante limitación a la recogida fehaciente de datos sobre la enfermedad.⁸⁴ Pero además, para recalcar aun más la nula fiabilidad de aquellas cifras, habrían de sumarse los errores diagnósticos, tanto por el desconocimiento de la enfermedad por parte de los médicos como por la limitada distribución de éstos en la geografía alavesa;⁸⁵ y por supuesto debido al ocultamiento voluntario de casos, ya que el estigma del cólera como enfermedad de la pobreza había precedido a la propia epidemia desde los textos fundamentalmente franceses, amén de los intereses económicos, políticos y militares para no declarar la epidemia en algunas zonas o en determinados momentos.

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ En este sentido el informe a la comisión regia de la provincia de Vizcaya es más elocuente que el alavés, aunque sin lugar a dudas es válido para ambas: “...*el estado de rebelion en que se halla aquel pais opone insuperables dificultades al cumplimiento de la Real orden de 16 de Enero por lo obstruidas que se hallan las comunicaciones...*”. *Gaceta de Madrid*, n° 104 del 14/04/1835, pág. 415.

⁸⁵ Extrapolando datos del XVIII, la mayor parte de los pueblos alaveses sólo contaba como asistencia sanitaria estable la presencia de cirujanos, muchos de ellos romancistas cuando no meros sangradores. Cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. *Historia de la Enfermería en Álava*, Colegio de Enfermería de Álava, Vitoria, 2008.

Estas mismas limitaciones del cómputo original son las que plasmaron una extensión geográfica de la epidemia por Álava muy reducida respecto a lo que conoceremos en los siguientes embates del cólera. La estadística oficial menciona en Álava la invasión por cólera de 4 municipios, 4 localidades y 2 hermandades,⁸⁶ dando un reparto geográfico con soluciones de continuidad poco creíbles antes de la construcción del ferrocarril,⁸⁷ que minimizaron el impacto de la epidemia tanto entre los cronistas del XIX como entre los investigadores más actuales. Es obvio que a diferencia de las próximas epidemias, que serán seguidas de cerca por las autoridades provinciales, con nombres propios como Gerónimo Roure en la de 1855 -y aún con ello la revisión de Ruiz de Azúa para Vitoria estima un defecto en el recuento de al menos un 13% en cuanto a la mortalidad-, en la de 1834 nadie supo lo que sucedió más allá de su demarcación concreta, con lo que las cifras oficiales se hicieron creíbles incluso entre los cronistas más cercanos en el tiempo a los acontecimientos: como ejemplo, Ladislao de Velasco y Becerro de Bengoa ni la mencionan, mientras que Tomás Alfaro lo reduce a una frase como acumulación de desgracias a la primera guerra carlista, al igual que Serdán, aunque éste aporta algo más de dramatismo.⁸⁸ En la misma línea se han mantenido los textos actuales, incluido el específico texto sobre el cólera de Pedro Ramos que, salvo aportación

⁸⁶ Para remarcar las dudas de la estadística oficial, ésta ofrece los datos de Zurbano por un lado y de la Hermandad de Arrazua por otro, sin saber si a su vez incluye los datos de aquél ya que pertenece a dicha Hermandad. Igualmente, la aclaración de que Vitoria incluye a los pueblos de su municipio y Peñacerrada a su aldea deja duda de si Salvatierra y Labastida hacen referencia sólo a la localidad o al conjunto de su municipio, lo más probable. En cualquier caso la etiqueta usada por la Gaceta de Madrid es la de “Pueblos”, que mantiene inalterable González de Sámano.

⁸⁷ Como ejemplo el salto entre la Hermandad de Arrazua y Salvatierra que, sin embargo, parece tener continuidad cronológica en el estadillo oficial.

⁸⁸ VELASCO Y FERNÁNDEZ DE LA CUESTA, L. Op.Cit., respecto al cólera se centra sólo en la de 1855. BECERRO DE BENGOA, R. *El libro de Álava*, Diputación Foral de Álava, facsímil de la edición original de 1877, Vitoria, 1983. ALFARO FOURNIER, T. *Vida de la ciudad de Vitoria*, Magisterio español, 1951, (hay una edición de Rivera Blanco, A. en Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1996). SERDÁN Y AGUIRREGAVIDIA, E. *Vitoria, el libro de la ciudad*, Tomo IX, II Parte, Capítulo XVI (de 1833 a 1837), Editorial Amigos del Libro Vasco, 1985. Pág. 40.

menor, mantiene la estadística y distribución oficial, incluso asumiendo equívocamente expresiones de aquélla; así no duda en afirmar que “*todos los pueblos del distrito vitoriano presentan casos de cólera*”⁸⁹ a partir de la referencia oficial de “*Vitoria y los 43 pueblos de su jurisdicción*”, aunque no fueron pocos los núcleos vitorianos que quedaron libres de la epidemia.⁹⁰ En la misma línea de asunción de las cifras y distribución oficiales me parece muy significativo la alusión de Fernández de Pinedo en cuanto texto fundamental para el conocimiento de la demografía vasca en la primera mitad del XIX: con cierta perplejidad anota que “*En las localidades donde no se señaló cólera morbo la mortalidad también fue muy elevada. En Lequeitio [Vizcaya] se alcanzaron cifras record: 249 fallecidos en 1834 y 141 en 1835, y el número de muertos en combate no fue particularmente elevado: trece y dos, respectivamente...*”.⁹¹ Sin embargo, no se cuestiona un error en la definición de Lequeitio como libre de cólera,⁹² sino que interpreta la sobremortalidad como consecuencia colateral del conflicto bélico: “*La impresión que se saca [...] es que la Guerra Carlista afectó más*

⁸⁹ RAMOS CALVO, P.M. Op. Cit. Pág. 44.

⁹⁰ De hecho el propio Ayuntamiento de Vitoria lo expresó con claridad en la copia existente de la relación remitida al Comisario Regio: “*El numero de los acometidos del colera morbo en la población de esta Ciudad y 20 de los 43 pueblos de que se compone su jurisdicción que tambien han sido invadidos asciende a 254 individuos*”. A.M.V. 17/27/18.

⁹¹ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco (1100-1850)*, Siglo veintiuno, Madrid, 1974. Pág. 134.

⁹² Ciertamente el estadillo de la *Gaceta de Madrid* para Vizcaya (nº 104 del 14/04/1835, pág. 416) no recoge datos de Lequeitio; sin embargo, sí sufrió la epidemia. Un poco posterior al trabajo de Fernández de Pinedo es la revisión de VITORIA ORTIZ, M. *Epidemias de cólera en Vizcaya en el siglo XIX. Estudio histórico-médico-topográfico*, La Gran Enciclopedia Vasca, ed. Bilbao, 1978, que sí señala a Lequeitio como afectada por el cólera en 1834, “*siendo la proporción [de afectados] mucho menor que en la Villa [de Bilbao]*”, pág. 36. No obstante, al margen de algún dato nuevo, M. Vitoria se mantiene fiel a los datos oficiales de la epidemia, al igual que la revisión posterior para Bilbao de VILLANUEVA EDO, A. “*Estudio social e histórico de la epidemia de cólera de 1834 en Bilbao*”, *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, Tomo 60, nº 2, 2004, págs. 541-565.

duramente a la población civil que la Guerra de la Independencia". Sin embargo, la coincidencia en ese momento de guerra y cólera, asumiendo un papel menor de otras variables típicas en las crisis de mortalidad, ¿no debiera llevar al menos a una prudente valoración de la coexistencia de ambas variables en la respuesta demográfica tanto directa como diferida que se observa a partir de 1834?⁹³ Pero no es así. Es más, la uncausalidad bélica no es sólo la tónica general, sino que incluso se encuentran textos que ni siquiera mencionan el cólera como interferencia en dicha crisis. Situación ésta que no puede entenderse si no es por la confianza depositada por estos autores, en ausencia todavía de trabajos revisionistas serios, en la estadística oficial y en su impresión de que la epidemia de cólera de 1834 fue un pequeño bache demográfico al inicio del largo y duro camino de la confrontación civil.

No obstante, con posterioridad a estos trabajos, han sido cada vez más los autores a nivel nacional que ya han manifestado la necesidad de revisar al alza los datos oficiales de la comisión regia, fundamentalmente por errores de diagnóstico, ocultamiento de casos y mal procesamiento de los datos,⁹⁴ si bien no señalan lo mismo respecto a la necesidad de revisar geográficamente las localidades presuntamente no afectadas. Mi consideración es que dicha cuestión geográfica sólo incumbe a aquellos territorios no controlados por el gobierno cristino, caso de amplias zonas de nuestra provincia, por lo

⁹³ Dado que durante 1834 los embarazos en curso se presume que se mantuvieron, iniciándose el desplome de la fecundidad para las nuevas concepciones de ese mismo año, visibles en su mayoría en 1835, anticipo el resultado del incremento de expósitos en Vitoria durante 1834 pero coincidiendo con el brote de cólera, lo que serviría indirectamente para evaluar el papel de la epidemia en el postergamiento de la fecundación.

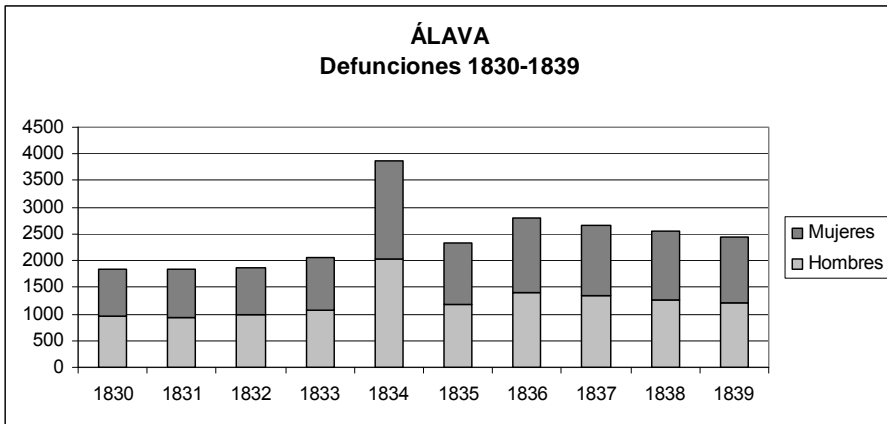
⁹⁴ Así, RODRÍGUEZ OCAÑA, E. "Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2, 1992. Pág. 104, expone que quizá debiera multiplicarse por 2 los datos para acercarse a la realidad; mientras que FERNÁNDEZ GARCÍA, A. "El cólera de 1834 en Madrid. Apuntes a partir de una crisis demográfica", en *Homenaje a Domínguez Ortiz*, Pág. 457, llega a triplicar las cifras generales para España; contabilidad que asume también ORTA RUBIO, E. "El cólera: La epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra", *Príncipe de Viana*, año nº 45, nº 172, 1984. Pág. 272 y 283.

que no ha suscitado la misma necesidad de discusión en otros lugares de España. La consecuencia inmediata es que si ya automáticamente se podría por lo menos duplicar los datos clásicos alaveses extrapolando las conclusiones de otros estudios, en Álava además habrán de sumarse los casos de las localidades no contabilizadas, lo que nos proporciona una visión bastante más estremecedora, quizá no tanto por las cifras al estar ya computada Vitoria como por la extensión de la epidemia y sus consecuencias demográficas en los pequeños núcleos rurales.

Con este punto de partida de nula confianza en las cifras manejadas hasta el momento, se ha planteado en el presente estudio una revisión indirecta de la totalidad de las localidades alavesas a través de los registros parroquiales de defunciones, partiendo de la hipótesis de que la sobremortalidad acaecida durante parte del verano y otoño de 1834, ponderadas las acciones bélicas de importancia conocidas y minimizadas otras variables, como el hambre, se deben a causas extraordinarias que, en ese periodo y estacionalidad, junto a la forma de curva que describen en la gráfica, tuvo que ser debida fundamentalmente al cólera.

II.1. La crisis de mortalidad de 1834.

La crisis de mortalidad en 1834 es evidente en la expresión gráfica de las defunciones del decenio 1830-1839 en Álava,⁹⁵ aunque, debido a la distorsión de la sobremortalidad de los años siguientes a 1834 a consecuencia de la guerra civil, el cálculo de la intensidad de la mortalidad para ese año en relación a los otros nueve del decenio que



estudio da un resultado no muy llamativo. Aplicando el índice de Dupâquier⁹⁶ para el conjunto de Álava se obtiene una intensidad de

⁹⁵ Todos los gráficos, tablas y mapas del presente estudio, salvo nota contraria, son de elaboración propia a partir de los datos extraídos de la base de datos del A.H.D.V. disponible en <<http://www.siga.ahdv-geah.org>>. La leyenda general es M=mujer, H=hombre y, salvo expresión contraria, la cuantificación es en unidades.

⁹⁶ El índice propuesto por J. Dupâquier para estimar la intensidad de las crisis de mortalidad establece una relación entre la mortalidad del año a estudio y el promedio anual de diez años previos teniendo en cuenta su desviación estándar, aunque igualmente se ha propuesto en relación a cinco años anteriores y cinco posteriores al año objeto, y también se ha validado para su uso en entornos inferiores a diez años. La fórmula matemática es una variación de la puntuación “Z” y se expresa de la siguiente forma: $I=(D-M)/\sigma$, donde

I=Intensidad de la crisis del año a estudio.

D=Cifra de defunciones registradas el año a estudio.

M=Media aritmética de las defunciones de los años a comparar excluyendo el año objeto.

σ =Desviación estándar de las defunciones del periodo a comparar excluyendo el año objeto.

4,33; es decir una crisis de magnitud fuerte que rozaría la magnitud mayor si se calculara el índice sobre el periodo seguro de cólera, agosto-noviembre, ya que obtendríamos un resultado de 7,94.⁹⁷ Pero, como digo, dichas intensidades son relativas, ya que no se evalúan desde la mortalidad habitual de un periodo “normal”, sino que lo hace sobre un periodo de mortalidad sobreelevada por la guerra carlista y sus consecuencias, tanto directas como indirectas. Por tanto, esa intensidad ligeramente superior a 4 en realidad lo que determina es la intensidad de mortalidad achacable a variables superpuestas en 1834 a las ordinarias, a la guerra civil y a la situación de pobreza consecuente, de ahí mi interés en contabilizar dichos años para aislar indirectamente el efecto de la guerra.

De hecho, si prescindimos de los años bélicos y comparamos la mortalidad total de 1834 con la media de la mortalidad de los años previos al inicio de la guerra, sugerentes de una mortalidad “normal” u ordinaria, nos encontramos en 1834 con una mortalidad que dobla esa media, es decir, que supera sobradamente la definición de mortalidad catastrófica que propusiera Goubert.⁹⁸ Igualmente, si calculamos el índice de Dupâquier en relación a ese periodo inicial del decenio, nos encontraríamos ante una intensidad de la mortalidad de magnitud 6, catástrofe. Desecho la posibilidad de usar otros índices, como el de Hollingsworth,⁹⁹ ya que para el caso alavés nos encontramos con dos

⁹⁷ Dupâquier propone la siguiente escala de relación entre intensidad y magnitud:

Intensidad	Magnitud
< 2	1-Crisis menor.
2-4	2-Crisis media.
4-8	3-Crisis fuerte.
8-16	4-Crisis importante o mayor.
16-32	5-Gran crisis o supercrisis.
> 32	6-Catástrofe.

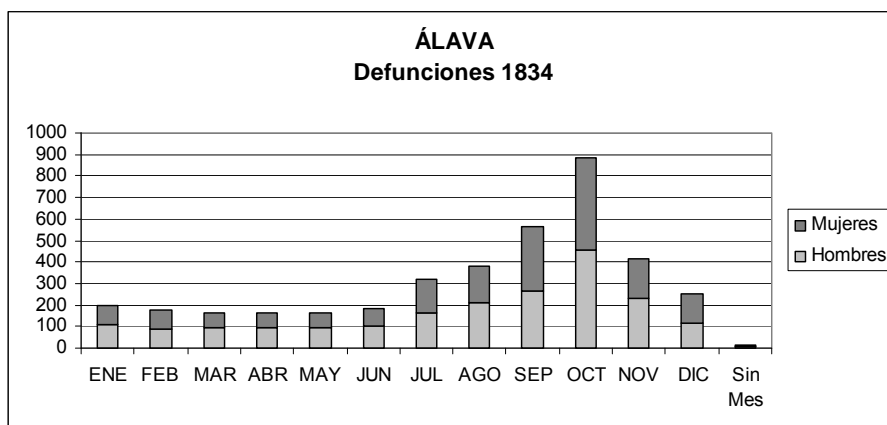
Jacques Dupâquier (1975).

⁹⁸ Goubert propuso considerar como mortalidad catastrófica aquella que superase al menos en un 50% la mortalidad ordinaria.

⁹⁹ T. H. Hollingsworth propuso que para medir la intensidad de una crisis de mortalidad se necesita conocer tres variables: el tamaño de la población afectada, la proporción de víctimas y la duración de la crisis. Sin embargo, este índice ofrece importantes dificultades de aplicación en nuestro caso. Además de las correcciones a

grandes dificultades: por un lado, la poca fiabilidad de los censos más cercanos a nuestro año¹⁰⁰ y, por otro, la más que dudosa fecha oficial de inicio de la epidemia, por lo que el cálculo de cualquier índice que use estos parámetros no tiene ningún sentido.

Resumiendo, no cabe duda de que, desde la perspectiva de la tendencia poblacional al inicio de la década de los 30, la confluencia de al menos un hecho epidémico y una guerra sobre la mortalidad habitual -a la que previsiblemente haya de unirse el hambre- suponen una catástrofe demográfica, si bien puntual, para Álava.



No obstante, la evidente sobremortalidad de 1834 no está uniformemente distribuida durante el año, sino que se da una clara situación estacional en curva que se inicia en julio con pico en octubre y descenso posterior hasta diciembre. Este periodo engloba la

esta fórmula que expusiera Vicente Moreda para poder ser usada en poblaciones pequeñas, desconocemos la población total de referencia y hay dudas razonables sobre la duración de la epidemia en Álava.

¹⁰⁰ Aunque existe un censo de 1825, en teoría el censo de 1857 estaría más cerca de la realidad de 1834, ya que el crecimiento se estanca durante los años siguientes a causa de la guerra y, por otra parte, la generación hueca de la misma, en plena fertilidad a mediados de siglo, además de estar reducida sufriría la epidemia de cólera de 1855, lo que supondría otra corrección a un posible crecimiento. Mientras, el censo de policía de 1825 parte ya de las sospechas de defecto que expusiera Madoz en su diccionario, a las que habría de añadirse que la población alavesa crece a buen ritmo esos años, por lo que a pesar de ser relativamente más cercano a 1834 probablemente sus cifras estén más lejos de las reales para nuestro año.

temporalidad de la epidemia de cólera conocida hasta ahora en Álava, con inicio en agosto y final en noviembre, si bien no son fechas fiables y la propia gráfica mensual de 1834 sugiere tener en cuenta una duración más extensa. En cualquier caso, que un 72,5% de la mortalidad de ese año se concentre en la segunda mitad del mismo invita a pensar más en el cólera como variable decisiva en la causalidad de la sobremortalidad que la guerra iniciada en octubre del año anterior, máxime cuando las acciones bélicas conocidas de 1834 no se aprecian con claridad en las gráficas.¹⁰¹

Queda bastante claro por tanto que en 1834 se da una mortalidad de proporciones catastróficas respecto a los años previos, y que incluso valorando la mortalidad de los años más duros de la guerra -a partir de 1835- se da en 1834 una mortalidad de magnitud fuerte atribuible a causas ajenas tanto a las ordinarias como a la guerra y el hambre acompañante, pudiendo no sólo apuntarse a la epidemia de cólera como variable causal suficiente, sino que posiblemente sea responsable de mayor proporción que la estimada a partir de esa sobremortalidad del decenio, entre otras razones porque la mayor parte de las defunciones totales de 1834 se dan en un periodo posible de cólera, entre agosto y noviembre, con un índice Dupâquier de 7,94.

Apoyaría además esta última nota el hecho de que la mortalidad por la guerra en 1834 está sobrevalorada en función de la media, ya que ese año el ejército carlista todavía se está formando y rehúsa los enfrentamientos abiertos, las grandes batallas, que se darán a partir de 1835 fundamentalmente; esto es, a priori hay más mortalidad bélica directa a partir de este año que la ocurrida en 1834. Más complicado es saber si el hambre fue más intensa en 1834 que en los años siguientes de la guerra, cosa poco probable, pero en cualquier caso no parece constituir un problema de magnitud con anterioridad al inicio del conflicto en 1833. Por tanto, cabe pensar que ese resto de

¹⁰¹ Cifras que, aun groseras, están en consonancia con lo expresado por Orta Rubio para la Ribera navarra: “*Con los datos suministrados por éstos [los archivos parroquiales] estamos en condiciones de afirmar que entre el 60% y el 70% de los muertos de 1834 lo fueron a consecuencia de la epidemia*”. ORTA RUBIO, E. *El cólera: La epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra*, pág. 284.

defunciones sobre la media del decenio atribuibles al cólera debieran tomarse como un mínimo, y estaríamos hablando de entre 1.615 y 1.325 fallecimientos para el conjunto de Álava, según tomemos la media de todo el decenio excepto 1834 o sólo los años de la guerra posteriores -1835 a 1839-, frente a la cifra oficial de 379 decesos.¹⁰² Entre tres y cuatro veces más y por encima de orientaciones de otros autores para ejemplos españoles, pero ha de recordarse que en Álava no sólo se daría un mal registro sino además un verdadero silencio en buena parte de su territorio, situación que no se dio en otras partes de España bajo control gubernamental estable durante la epidemia. En cualquier caso, resulta evidente que la clave para poder sugerir que dichas defunciones puedan ser atribuibles al cólera está en aislar lo mejor posible las otras dos variables extraordinarias conocidas ese año, guerra y hambre, de manera más fina a como lo he anticipado. Y esto porque, aunque no puede descartarse la interferencia de otras variables extraordinarias, en nuestro actual nivel de conocimiento si éstas existieron hubieron de darse sólo a nivel local y fuera de los grandes núcleos, en principio mejor estudiados. Esto es, para el conjunto alavés, cólera, guerra y hambre son fehacientemente las variables extraordinarias y relevantes conocidas en 1834, y la suma de estas variables a las causas de mortalidad ordinaria que predominaron de forma aparentemente estable en los primeros años de la década de los treinta son las que llevaron a Álava a una crisis demográfica de características catastróficas durante el año 1834.

El objetivo general de este análisis previo será pues el de cuantificar la influencia de estas variables extraordinarias durante el año 1834. Cuestión imposible que obliga a perseguir un objetivo más operativo: el de tratar de demostrar que la mortalidad atribuible al conflicto bélico y al hambre hubieron de ser mayores entre 1835 y 1839 de lo que pudo haber sido en 1834; e igualmente que no constituyeron variables relevantes en los años previos 1830-1833. Se concluye, por tanto, que tomando la expresión del promedio del periodo 1835-39, en cuanto que superaría a cada uno de los años

¹⁰² *Gaceta de Madrid* n° 171 del 20/06/1835, pág. 684. Unos 400 muertos para Ramos Calvo, op. Cit., pág. 44.

“normales” del intervalo 1830-1832, puede neutralizarse con seguridad el influjo de ambas variables, guerra y hambre, en nuestro año objeto puesto que no serían tan influyentes en 1834 como en los años siguientes. Veámoslo.

II.1.1. La cuestión del hambre.

En primer lugar ha de señalarse que la forma clásica de entender el hambre como variable causal suficiente en la generación de crisis de mortalidad a lo largo de la Historia ha sido cuestionada en los últimos 30 años,¹⁰³ coincidiendo la mayor parte de los investigadores actuales en “*negar la existencia histórica de un equilibrio entre recursos y población controlado por medio de una mortalidad dependiente del hambre o de los problemas alimentarios*”,¹⁰⁴ posicionándose por tanto frente al esquema malthusiano tradicional. La mortalidad directa por hambre tendría, según estos autores, un carácter marginal en la causalidad de las crisis de mortalidad del pasado, debiendo valorarse factores indirectos como por ejemplo los dependientes de la distribución de los alimentos; esto es, los campesinos no se morían de hambre pero sí podían hacerlo los artesanos urbanos. Planteamiento que parece estar en el texto de

¹⁰³ Vicente Pérez Moreda señala como punto de inflexión la reunión celebrada en Bellagio, Italia, en 1982, donde, con el objetivo de establecer las relaciones entre nutrición, infección y crecimiento demográfico, se hizo una puesta en común de propuestas previas y, fundamentalmente, se produjo un gran estímulo para la reflexión y reformulación del papel jugado por el hambre en la evolución demográfica. Expresivos ejemplos de ello serían las dos obras a las que dedica los comentarios bibliográficos sobre los que apoyo estas líneas: *El hambre en la historia. El impacto de los cambios en la producción de alimentos y los modelos de consumo sobre la sociedad* de Robert I. Rothger y Theodore K. Rabb (comps) que analiza en “Alimentación, desnutrición y crecimiento económico. Reflexiones sobre la obra: El hambre en la historia”, *Agricultura y Sociedad* nº 61, 1991, págs. 207-222; y *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa* de Massimo Livi Bacci sobre el que reflexiona en “Hambre, mortalidad y crecimiento demográfico en las poblaciones de la Europa preindustrial”, *Revista de Historia Económica*, nº 3, 1988, págs. 709-735.

¹⁰⁴ PÉREZ MOREDA, V. “Alimentación, desnutrición y...”. Pág. 212.

Arbaiza, Guerrero y Pareja cuando aventuran como hipótesis para Vizcaya que la crisis de la caduca industria de las herrerías a inicios del XIX forzó a un regreso de aquel protoproletariado al campo, permitiéndoles indirectamente aumentar sus capacidades de supervivencia.¹⁰⁵ La cuestión final es que quien dispuso de una producción de alimentos propia, incluso en situaciones difíciles, tuvo más oportunidades de supervivencia que quien debía adquirir dichos alimentos mediante un salario, ya que éste sufría doblemente las crisis: a nivel salarial (desempleo, depreciaciones de la moneda, etc.) y a nivel de los alimentos (malas cosechas, mala distribución, inflación, etc.). En este sentido, y para nuestras fechas, más allá del hecho productivo agrícola, una cuestión clave para determinar la influencia del hambre en estos grupos sociales es determinar si los mecanismos de distribución de los alimentos garantizaban a la población asalariada el acceso a los mismos y a precios razonables y asequibles.

Y ambos elementos, producción y distribución, que tenían sus particularidades en Álava, no cabe duda que quedaron rotos durante el largo conflicto carlista provocando la conocida correlación positiva entre guerra y hambre; por no hablar del hundimiento del poder adquisitivo de los dependientes de un salario. En cuanto a la producción agrícola los datos que presentan Bilbao y Fernández de Pinedo para la primera guerra carlista, aún con las dudas de extrapolar la coyuntura agrícola mediante el pago del diezmo, dejan claro el desplome productivo en el País Vasco, lo que implica especialmente a Álava en cuanto que era el granero vasco: *"El periodo bélico carlista hunde las series decimales consultadas hasta casi la mitad de los mejores momentos del siglo XVIII, mientras que ni las crisis finiseculares [del XVIII] ni la guerra de la Independencia consiguen rebajar los índices por debajo del 70%"*.¹⁰⁶ Por su parte, la

¹⁰⁵ ARBAIZA, M; GUERRERO, A; PAREJA, A. Op. Cit. Pág 43. "a modo de hipótesis, sostenemos que aunque la ruralización de una parte de la población rural [dedicada a actividades extra-agrarias] supusiera a efectos macro-económicos una disminución de la renta per cápita, aseguraba el abastecimiento de víveres más directo y, por lo tanto, estaba menos sometida a la carestía y a la fluctuación de los precios..."

¹⁰⁶ BILBAO, L. M.; FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. "La producción agrícola en el País

paralización de los canales de distribución queda bien evidenciada en los datos que Madoz presentara en su diccionario sobre el movimiento de las aduanas alavesas: “*el término medio [...] del 29 al 33 inclusive, anteriores por consiguiente á la guerra, fué de 9.982,051 rs.; [...] el término medio de los seis años de guerra civil del 34 al 39, tambien inclusive, fué de 1.117,750 rs.*”¹⁰⁷

No obstante lo dicho -la obiedad de que la guerra restó brazos, destruyó cosechas, requisó ganado, paralizó el comercio y produjo hambruna-, interesa señalar que el perfil bajo del conflicto en Álava durante casi todo 1834,¹⁰⁸ aunque empeoraría la situación previa, probablemente no la modificó tanto como para evidenciarse un incremento del peso del hambre sobre la mortalidad directa. Así, respecto a la producción agrícola, Bilbao y Fdz. de Pinedo apuntan a que la crisis se notaría a partir de 1835: “*todas las curvas vuelven a tocar fondo, apuntándose otro mínimo intersecular entre 1835 y 1840*”,¹⁰⁹ siendo la propia supresión del diezmo durante la guerra buen testimonio de las dificultades por las que atravesaban los agricultores. Por su parte, la distribución, más afectada desde el inicio del conflicto en Álava y con manifiestas repercusiones durante 1834, se hundió claramente a partir de 1835, según las cifras de Madoz,¹¹⁰ lo que coincide con la expansión del control carlista que, para la primavera

Vasco peninsular. 1537-1850. Tendencia general y contrastes. Una aproximación”, *Eusko-Ikaskuntza/Sociedad de Estudios Vascos*, 1984, pág.159. Si bien matizan un posible error por la supresión del diezmo durante el conflicto ya que realizan sus cálculos en base a ese impuesto.

¹⁰⁷ MADOZ, P. *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, Vol. I, Madrid, 1845, pág. 218.

¹⁰⁸ Cfr. el siguiente punto, “La cuestión de la guerra”.

¹⁰⁹ BILBAO, L. M. Y FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. Op. cit., págs. 159 y 162.

¹¹⁰ MADOZ, P. Op. cit., pág. 219, señala los siguientes totales para los productos de aduanas de la provincia de Álava:

1833	12.547,498
1834	4.442,726
1835	351,132

Éstos disminuyeron los siguientes años hasta repuntar en 1839. Cifras que durante la guerra se sostienen prácticamente a expensas de la aduana de Vitoria, cuando con anterioridad venía a suponer en torno a la mitad del total.

de ese año, tenía ya bajo su dominio amplias zonas de Álava atenuando a Vitoria, quien sólo disponía del Camino Real en dirección a Castilla como insegura y momentánea vía de comunicación con la España cristiana.¹¹¹ En consecuencia, parece razonable pensar que la pobreza y el hambre que pudieran existir en la provincia en 1833 hubieron de agudizarse a medida que aumentó la intensidad del conflicto y se alargó en el tiempo, lo que ocurrió fundamentalmente a partir de 1835 o, como muy temprano, a últimos de 1834,¹¹² sin interferencia por tanto con el cólera o estando al menos en sus últimos coletazos.

Pero, con anterioridad al inicio de la contienda, ¿el hambre acaecida durante 1833 reunió características ordinarias similares a los años anteriores o fue por el contrario extraordinaria? Si tomamos en consideración la abundante bibliografía que aborda consideraciones sociales en la gestación del enfrentamiento civil no hay razones para pensar que pudiera haber más hambre en octubre de 1833 que la conocida en años anteriores y, en cualquier caso, la que existía no reunía características extraordinarias.

La evidente situación de crisis que desembocaría en la salida armada ha tenido muy diversas lecturas entre los autores que, aún hoy día, continúan aportando caras al poliedro de la multicausalidad pero, en general y respecto a los condicionantes socioeconómicos, priman la idea del desajuste entre los viejos y los nuevos modelos de producción (por mucho que éstos tuvieran más de potenciales que de reales) por encima del agotamiento y hundimiento del modelo antiguo, que todavía satisfacía las necesidades de la provincia manteniendo un

¹¹¹ “estrecho cordón umbilical apenas suficiente para abastecerla, acechado constantemente, expuesto a romperse en cualquier momento”. ALFARO FOURNIER, T. *Vida de la ciudad de Vitoria*, Magisterio español, 1951. Pág. 337.

¹¹² Los textos de historia militar vienen a marcar el cambio en la intensidad del conflicto con el inicio del asalto a Bilbao, en junio del 35; si bien la mayoría remarcan el cambio de estrategia de Zumalacárregui a últimos de 1834, pasando de la lucha de guerrilla a la de campo abierto, como el de la confirmación de la creación de un gran ejército bien preparado por parte de los carlistas y el del inicio de las grandes batallas, empezando por las de Mendaza y Arquijas en diciembre de ese año.

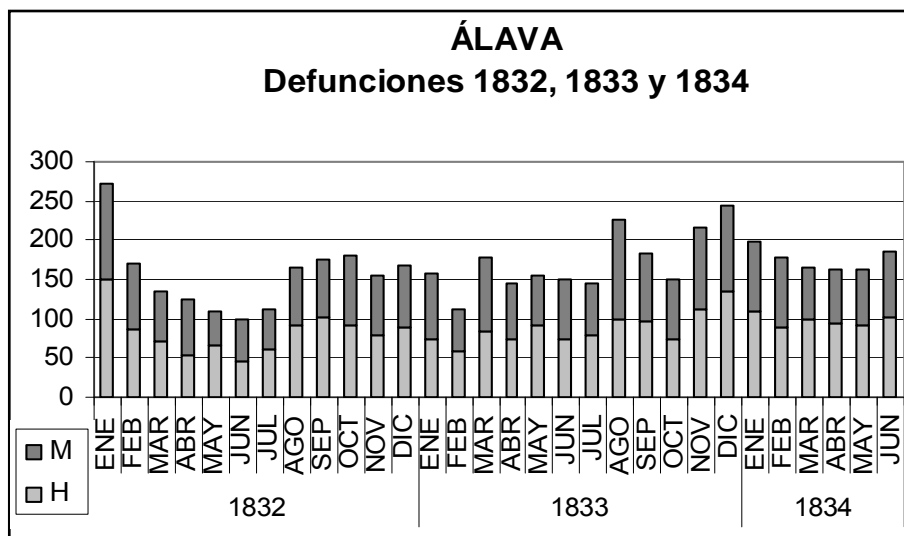
buen crecimiento demográfico¹¹³ y con una producción económica que recuperaba las cifras de los mejores años del XVIII tras superar las calamitosas consecuencias de la guerra de la independencia y las crisis agrarias de origen climático de inicios de siglo y años 20.¹¹⁴ No quiere esto decir que la perspectiva económica de Álava fuera halagüeña al estallar el conflicto; más bien al contrario, la mayor parte de los autores coinciden en un atraso de la economía alavesa con, aun sin guerra, un oscuro horizonte. Sin embargo, todavía en 1833 mantenía el equilibrio con la fragilidad característica del Antiguo Régimen. De hecho, tomando como síntesis clásica para el periodo el expresivo título del citado estudio de José Ignacio Homobono, “*Estancamiento y atraso de la economía alavesa en el siglo XIX*”, el énfasis sobre el agotamiento de la economía alavesa está referido esencialmente a la segunda mitad del XIX en cuanto que, incapaz de subirse al carro de la industrialización y perdido el papel comercial de Vitoria, Álava reducirá su fuerza productiva a un sector agro-ganadero que claramente se ha desequilibrado frente a la demanda.

En cualquier caso, aunque de estos autores pueda desprenderse que la situación económica de 1833 no fue muy diferente a la de los

¹¹³ La percepción de crecimiento poblacional aparece a menudo devaluada para estos años previos a la guerra, ya que la perspectiva se toma en función de los censos existentes -de manera generalizada 1787, 1810, 1825 y 1857-, por lo que se tiende a percibir dichos años censales como cambios de tendencia: esto es, Álava crecería aceleradamente hasta 1825 y después lo haría más lentamente a tenor del recuento de 1857; sin embargo, ningún dato confirma ese corte, sino que habrán de ser los acontecimientos extraordinarios los que marcan el cambio de tendencia, reseñándose habitualmente el influjo de la Iª guerra carlista tanto sobre la mortalidad directa como especialmente sobre la fecundidad, a los que yo insisto en sumar el efecto del cólera de 1834.

¹¹⁴ Por ejemplo, respecto a la producción agrícola, Bilbao y Fdz de Pinedo (op.cit. Pág. 159) asumen que “*la I Guerra Carlista (1833-39) afectó negativamente, tras el reinicio de nueva recuperación a todas las localidades observadas*”, así “*en Guipúzcoa, entre 1829-33, es decir, antes de la primera carlistada [...] el crecimiento de las cosechas de cereales es de un 15%*” (pág. 165). En el caso de las ferrerías alavesas, “*se producirá una reactivación que permite rebasar en 1829 las cotas de producción alcanzadas a comienzos de siglo*”, en HOMOBONO, J.I. “*Estancamiento y atraso de la economía alavesa en el siglo XIX*”, *Boletín de la Institución “Sancho el Sabio”*, Tomo XXIV, Vitoria, 1980, pág. 277.

años inmediatamente anteriores, podemos llegar también a la percepción de que el hambre no tuvo repercusión directa extraordinaria sobre la mortalidad en 1833 a partir de la gráfica siguiente que muestra las defunciones en Álava durante todo el año 1832, 1833 y los seis primeros meses de 1834.



Puede observarse que 1832,¹¹⁵ partiendo del sobresaliente pico de enero, presenta dos tendencias: una descendente hasta julio con un promedio de 125,33 defunciones/mes, y otra más uniforme a partir de julio con 169,25 def./mes que parece continuarse a un nivel algo inferior (promedio de 148,4) durante los siete primeros meses de 1833, hasta que se rompe momentáneamente durante agosto para entreverse un retorno a la tendencia previa en ascensión hacia los

¹¹⁵ En la gráfica se han eliminado dos datos de 1832 y siete datos de 1833 por carecer de mes, y no se incluyen más meses de 1834 ya que a partir de julio es evidente un cambio de tendencia en probable relación a la superposición de una variable nueva, posiblemente el cólera, aunque oficialmente el inicio de la enfermedad en Álava sea finales de agosto. Leyenda: M=mujer, H=hombre; defunciones en unidades.

meses invernales. En general, por tanto, la gráfica sigue el ciclo vital anual conocido para Álava en el Antiguo Régimen.¹¹⁶ No obstante este apego al ciclo “normal”, he de hacer notar el adelanto del incremento de las defunciones en el invierno de 1833-34 al mes de noviembre, así como unas cifras totales superiores al año anterior esos meses, (periodo coincidente con la sublevación de Verástegui, derrota de Herrera, desmembración de los “Naturales de Álava” y primeras acciones bélicas de importancia), para volver a una cierta uniformidad los meses siguientes, si bien con una mortalidad ligeramente más alta que la previa de 1833 y similar a la del verano-otoño de 1832 (170,8 de promedio).

Por tanto, la mayor parte de la explicación al ligero incremento de la mortalidad en 1833 (2.068 defunciones) respecto a las cifras de los años anteriores (1.835 en 1830, 1.838 en el 31 y 1.870 en el 32 - con su valor extremo de enero-) habrá que buscarla en los picos de agosto y especialmente en el de finales de año. Elevación discreta de la mortalidad que está en perfecta sintonía con la peculiar sublevación frustrada de Valentín de Verástegui en Álava y las acciones bélicas consecuentes, no conociéndose, por el contrario, otras variables extraordinarias de mortalidad ni apreciándose en los registros un peso desproporcionado de alguna localidad que pudiera explicar esta sobremortalidad por otras causas. Es cierto que la curva general del periodo es sinusoidal y que la desviación sobre la media no es muy grande, por lo que pueden haber sido múltiples las causas que producen ese artefacto de finales del 33. Pero hay dos elementos bastante evidentes: por un lado, que la mortalidad de 1833 no es en esencia muy diferente a la de 1832 -lo que se quería demostrar-, y, por

¹¹⁶ Aunque centrado en Vitoria, el grupo de trabajo Ikerketak estableció para el periodo 1680-1830 un ciclo vital anual relativamente uniforme en el que para “*las defunciones totales, los máximos corresponden a los meses de invierno –diciembre-enero- y, especialmente, al final del verano, en septiembre. Los fallecimientos mínimos se producen entre finales de la primavera y principios de verano (junio-julio) y en noviembre*”. IKERKETAK. “Aproximación a la demografía alavesa: la población de Vitoria (1680-1830)”, *La formación de Álava. 650 Aniversario del Pacto de Arriaga (1332-1982)*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1985, págs. 963-999. Cita en pág. 986

otro, que el incremento de la mortalidad de noviembre y diciembre no se explica ni con el hambre ni con otra causalidad mejor que a través de la coincidencia temporal con el fracasado alzamiento de Verástegui.

Concluyendo, durante 1833 no se dio una sobremortalidad llamativa respecto a 1832, pudiéndose explicar el discreto incremento de las defunciones por el inicio de la contienda carlista, aunque para febrero de 1834 se vuelve a una mortalidad ordinaria, poco mayor que la media de 1833 y similar a la de la segunda mitad de 1832, que no va a cambiar de tendencia hasta julio, en posible relación al cólera, y que no refleja picos por acciones bélicas conocidas, como el asalto a Vitoria en marzo de ese año, muestra tal vez de la baja intensidad del conflicto durante ese año y/o de su más que probable mal registro. Los estudios previos sobre la guerra carlista tampoco señalan al hambre como un elemento extraordinario en 1833. Estos mismos estudios apuntan a un empeoramiento significativo de la producción agrícola a partir de 1835 coincidiendo con el incremento de la intensidad del conflicto. Por tanto, el hambre como posible elemento perturbador en la mortalidad juega un papel muy secundario en 1834, probablemente mayor que su peso ordinario en el intervalo 1830-1833 pero muy inferior al que tendrá en los años siguientes, 1835-1839. Luego, el promedio de la mortalidad de este último periodo engloba sin lugar a dudas una mortalidad por hambre más significativa que la que pudo darse en 1834.¹¹⁷

¹¹⁷ Otro asunto diferente es plantear la repercusión del hambre ordinaria sobre el cólera, cuestión peliaguda de la que puede anticiparse que, a tenor de lo dicho anteriormente, en el caso de Álava el hambre, en sentido extraordinario, no precedió al cólera -en contraposición al tópico de que *“el hambre precede a la fiebre”*-; esto no es obstáculo para asumir que probablemente el hambre ordinaria sí influyó en el aumento de la susceptibilidad de algunos individuos a la enfermedad infecciosa por la inmunodepresión achacable a la desnutrición y a que, pasada la epidemia, parte de los supervivientes a la enfermedad carecerían de los requisitos nutricionales mínimos requeridos para superar la convalecencia y fallecerían, diferida e indirectamente, a consecuencia del cólera.

II.1.2. La cuestión de la guerra.

La Iª guerra carlista produjo desde el mismo instante de su inicio una producción bibliográfica proporcional a su importancia histórica que, todavía hoy, suscita revisiones y nuevos puntos de vista. Sin embargo, a pesar de la cuantiosa bibliografía, y por supuesto de aquellos cronistas intitutados testigos directos, no contamos con un recuento fiel de las víctimas directas que causó aquel enfrentamiento civil, y menos aun con adscripción geográfica. Desconocemos por tanto cuántos alaveses fallecieron a consecuencia directa del conflicto bélico, lo que constituye un problema para nuestro objetivo puesto que la mortalidad directa por la guerra en Álava sí coincidió fehacientemente en el tiempo con el cólera, y se hace necesario aislar suficientemente esta variable para poder sugerir con confianza qué porcentaje de la sobremortalidad en 1834 es atribuible al cólera.

Las dificultades para la contabilidad de la mortalidad directa por la guerra han llevado a los historiadores a realizar valoraciones desde la repercusión demográfica a corto y largo plazo, lo cual da en ocasiones una impresión de afirmaciones contradictorias cuando no se señala claramente el marco temporal. Así, Fernández de Pinedo¹¹⁸ remarca la generación hueca subsiguiente al primer conflicto carlista que aprecia en la pirámide de población que extrae del censo de 1857, insistiendo sobre las notables repercusiones indirectas de la guerra en la ralentización del crecimiento demográfico, percibida en la comparación censal 1825-1857, y que atribuye fundamentalmente no a la mortalidad sino al hundimiento de las tasas de nupcialidad y fecundidad; mientras, Homobono, desde una visión temporal más alejada, valora la tendencia general de recuperación demográfica alavesa durante el siglo para minimizar los efectos de los conflictos bélicos, señalando que “*no tuvieron efectos profundos sobre la*

¹¹⁸ Cfr. FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico...* Éste añade también en su trabajo conjunto con BILBAO, L. M. *La producción agrícola...*, pág. 162, la repercusión indirecta sobre la producción agrícola que, de alguna manera habría de repercutir en la mortalidad: “*los conflictos bélicos aparecen como los principales responsables de la fase B de cada ciclo y como factores extraeconómicos decisivos para cortocircuitar cualquier pretensión de crecimiento de la producción agrícola*”.

población”.¹¹⁹ En cualquier caso, ambas apreciaciones en el corto y largo plazo no sugieren una mortalidad directa por la guerra llamativa, en línea con la valoración global de otros autores.¹²⁰

Y efectivamente, si se examinan las gráficas de defunciones de 1834, las acciones bélicas sobresalientes en Álava durante ese año no se aprecian con claridad en las mismas, por lo que, o ciertamente fallecieron directamente pocos alaveses en aquellos enfrentamientos, o bien no quedaron adecuadamente registrados. Para Fernández de Pinedo aquella fue la tónica general durante todo el conflicto de 1833-1839: “*las muertes acaecidas en encuentros fortuitos, en emboscadas o en batallas en general no inflan la curva de mortalidad, so pena de suceder el evento en el mismo pueblo, en sus proximidades o haberse instalado un hospital en él [...]. Esta realidad se refleja en las curvas de Laguardia y de Labastida en las que la guerra apenas si se aprecia*”,¹²¹ al igual que en la mayoría de las localidades alavesas.¹²² Es más, resulta difícil hallar en Álava localidades con un predominio de mortalidad masculina que no sea puntual o en pueblos de población

¹¹⁹ HOMOBONO, J. I. “Estancamiento y atraso...”, destaca especialmente el descenso de la mortalidad como elemento compensador de los efectos directos e indirectos de las guerras sobre la población, tomando las alusiones de Fernández de Pinedo a mejoras en la dieta y sobre todo a la vacunación antivariólica como elementos clave en ese descenso de la mortalidad. Sin embargo, no hay estudios en profundidad sobre las características nutricionales de la dieta popular en el XIX como para aseverarlo; y respecto a la viruela, abstrayéndose del ensayo de la Bascongada en torno al cambio de centuria, la memoria de Gerónimo Roure para la epidemia de 1866-67 en Vitoria no da a entender una vacunación extensiva con anterioridad al proyecto por él impulsado a partir de 1873. Por último, la alusión de Homobono a otros hechos epidémicos incide en la tónica general de confianza en las cifras oficiales, así los datos que ofrece para la epidemia de 1855 se extraen de la memoria de Roure que, con posterioridad al trabajo de Homobono, corregirá al alza Ruiz de Azúa para Vitoria.

¹²⁰ COLINAS SANTOS, J.A.; RIVERA BLANCO, A.; SANZ LEGARISTI, P. “El XIX. Un siglo de conflictos”, en Llanos Ortiz de Landaluze, Armando (Dir. y Coord.). *Álava en sus manos*, vol. 3, Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa. Vitoria, 1983. Pág. 231.

¹²¹ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico...*, pág. 132.

¹²² Pueden verse las gráficas de defunciones del decenio 1830-1839 de todas las localidades alavesas en el apéndice 2.

muy reducida, cuando lo esperable es que la mortalidad directa por el conflicto marcara perceptiblemente una diferencia por sexo, por lo que en el incremento del promedio de la mortalidad durante el conflicto (2.553,2 en 1835-39), respecto a la mortalidad media previa (1.847,6 en 1830-32), parecen haber jugado un papel destacado factores indirectos y diferidos (heridos, hambre, pobreza...) que afectaron a todo el conjunto de la población, aunque haya de dejarse un margen de error, probablemente llamativo, por cuantos fallecidos quedaron sin registro en fosas comunes, simas y barrancos.

Esto último debiera ser analizado más pormenorizadamente, ya que las referencias al conjunto de fallecidos en las acciones de 1834 en Álava no cuadra con las gráficas de defunciones registradas, cuando el porcentaje de alaveses muertos tendría que aproximarse proporcionalmente a su peso en ambos ejércitos y éste, aunque limitado en sus inicios respecto a los años siguientes, no era despreciable especialmente en el bando carlista.

Habría que empezar matizando que probablemente el número de alaveses participantes activamente en cualquiera de los bandos durante 1834 no debió ser muy alto. Aunque desconocemos el peso real de los alaveses en esa fase inicial de formación de ambos ejércitos, trabajos de revisión recientes insisten en las dificultades de los dos bandos para motivar el alistamiento, frente a la confusa y extendida idea de dos bloques enfrentados ya desde octubre de 1833. Expresiones del tipo *“la Guerra Carlista, como ya es sabido, fue una guerra civil que movilizó a la mayoría de la masa campesina”*,¹²³ no sería una realidad antes de 1835 y evidentemente con muchos matices.¹²⁴ Al respecto, no

¹²³ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico...* Pág. 133.

¹²⁴ Cfr. SANTOS ESCRIBANO, F. *Miseria, hambre y represión. El trasfondo de la Primera Guerra Carlista en Navarra. 1833-1839*, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 2001. Así, para el escenario navarro, con una movilización mayor y más temprana que la alavesa, aunque con muchas similitudes socio-económicas, remarca esa dificultad en el alistamiento por encima de clichés arraigados; ni en el carlismo todos fueron voluntarios ni en el liberalismo todo tropas regulares, practicándose coacciones y levas forzosas por ambos contendientes. Por ejemplo, pág. 31, en Tudela en 1834 habían huido a la “facción” 104 vecinos de los 7.286 habitantes, un 1,4% que, aún debiéndose corregir el porcentaje en función de grupo de edad, sexo y

cabe duda del efecto mitificador que tendría el gran desarrollo posterior del carlismo a la hora de percibir e interpretar sus orígenes, así como la del fuerismo respecto al derecho alavés de exención de levadas en cuanto a su incorporación a los ejércitos regulares cristinos se refiere. Separándonos de ellos, existen argumentos en Álava para apuntar hacia una movilización lenta; ha de recordarse que los proliberales alaveses salían de diez años de persecuciones y temor a manos de los realistas comandados por Verástegui y su ejército de “Naturales”, y éstos, tras decantarse por el pretendiente en octubre del 33, habían sido ridiculizados en el primer enfrentamiento con tropas regulares (Herrera, noviembre de 1833), siendo disueltos y perdonados quienes abandonaron las armas, puesto que en el resto de España los Voluntarios Realistas se habían sumado a la causa cristina. Según Tomás Alfaro, para finales de 1833 “*Álava quedó limpia de facciosos*”,¹²⁵ habiendo huido los sublevados a Navarra para sumarse al proyecto de Zumalacárregui. El ejército paramilitar de los “naturales armados de Álava”, que alimentó en primera instancia la sublevación de la causa de Carlos en la provincia, contaba aproximadamente con no menos de 5.000 efectivos,¹²⁶ de los que tras la derrota de Herrera “*Bruno Villarreal se presentó [ante Zumalacárregui] con un batallón de alaveses cuya dispersión había*

estado civil, está lejos del mito de movilización en masa. Para 1836, con un carlismo en alza, Bullón de Mendoza recoge que “*en el caso de Álava se consiguió de esta forma [reclutamiento] un total de 2.675 realistas, de los que tan solo 240 se presentaron voluntarios*”, BULLÓN DE MENDOZA Y GÓMEZ DE VALUGERA, A. *La Primera Guerra Carlista*, Tesis doctoral dirigida por María Estibaliz Ruíz de Azúa y Martínez de Ezquercocha, Universidad Complutense de Madrid, 1991. Pág. 224. Disponible en <<http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/H/0/H0003401.pdf>>.

¹²⁵ ALFARO FOURNIER, T. *Vida de la ciudad de Vitoria*, Pág. 327. Casi la misma expresión es la usada por Serdán: “*Álava quedó limpia de facciosos en una semana*”, en SERDÁN Y AGUIRREGAVIDIA, E. *Vitoria, el libro de la ciudad*, Tomo IX, II parte, Editorial Amigos del libro vasco, 1985. Pág. 24.

¹²⁶ ORTIZ DE ORRUÑO, J.M. “La militarización de la sociedad vasca en tiempos de paz: los naturales armados (1823-1833)”, *Vasconia* nº 26, 1998, págs. 23-40. Pág. 35. Cifra que otros autores, recogiendo la distribución de las fuerzas de Verástegui en 1831 distribuidas en sus respectivos tercios, elevan hasta 8.994 hombres ese año; en VV.AA. *Los carlistas, 1800-1876*, Fundación Sancho el Sabio, Vitoria, 1991. Págs. 179 y 180.

logrado evitar, y lo mismo hizo el teniente coronel Amusquivar, quien mandaba cincuenta caballos de la misma provincia”.¹²⁷ Aunque previsiblemente se fueran uniendo nuevos voluntarios alaveses, es muy improbable que se acercaran a los números de los “naturales” durante 1834, tanto por las cifras barajadas para el contingente de Zumalacárregui (15.800 en junio),¹²⁸ por las propias limitaciones de la intendencia carlista en esos momentos y, especialmente, porque muchos voluntarios realistas lo eran condicionados por el entorno.¹²⁹ Según José M^a Portillo, “En mayo de 1835 no llegaba al diez por ciento el número de voluntarios alaveses sobre el total que engrosaban las fuerzas carlistas”.¹³⁰

Por parte liberal resulta aún más complicado acercarnos a una estimación sobre la presencia alavesa, ya que netamente como tal sólo puede señalarse a las milicias urbanas, y éstas hubieron de superar no sólo la inercia de los últimos diez años de clandestinidad, sino también las iniciales limitaciones sociales para formar parte de ellas, lo que redujo prácticamente su formación a Vitoria con un contingente en marzo de 1834 de aproximadamente 350 individuos, a los que se añadiría una compañía más tras el ataque de Zumalacárregui a la ciudad a mediados de ese mes.¹³¹ Junto a este cuerpo de voluntarios se configuró otro franco a sueldo, denominado “Celadores” o “Tiradores de Álava”, a quienes los carlistas etiquetarían como “peseteros”

¹²⁷ MORAL RONCAL, A.M. *Las guerras carlistas*, Sílex, 2006. Pág. 85. No está claro el volumen de soldados que implica, ya que los batallones carlistas se conformaron habitualmente con 8 compañías de 80 hombres cada una, mientras que la tónica general en los ejércitos regulares, en el cristino por ejemplo, fue el del sistema decimal con batallones de 10 compañías de 100 hombres. En cualquier caso, en ese momento (entre diciembre 1833 e inicios de 1834) se estima que Zumalacárregui tendría un ejército de entre 2.500 y 3.500 efectivos, por lo que los alaveses vendrían a suponer un importante porcentaje de dichas tropas. Avanzado el conflicto llegó a haber una división alavesa con 7 batallones, más un escuadrón de caballería, unos 120 jinetes, y la compañía de los Húsares de Arlabán.

¹²⁸ BULLÓN DE MENDOZA, op. cit., pág. 240, siguiendo el clásico de Antonio Pirala.

¹²⁹ ORTIZ DE ORRUÑO, op. cit., pág. 34.

¹³⁰ PORTILLO, J.M. “Entre revolución y tradición (1750-1839)”, en Rivera, A. *Historia de Álava*, ed. Nerea, San Sebastián, 2003. Pág. 349.

¹³¹ ALFARO FOURNIER, T. Op. cit., pág. 328 y 330.

convirtiéndolos en blanco preferido de sus excesos. Pero a pesar de su toponimia no sabemos realmente cuántos eran alaveses; de hecho en marzo serían fusilados 118 en Heredia y, sin embargo, la gráfica de los registros parroquiales no lo recoge.

Cronológicamente, aunque las escaramuzas y represalias se sucedieron intermitentemente a lo largo del año,¹³² durante 1834 sólo se dieron en suelo alavés tres acciones bélicas de magnitud suficiente como para potencialmente modificar de manera puntual la tendencia de la mortalidad, una en marzo y dos en octubre. La bibliografía militar las etiqueta precisamente con el término de “acción” frente al de “batalla” para recalcar su importancia menor en la guerra, aunque las cifras de fallecidos barajadas en las consecutivas acciones de octubre son considerables. Me centraré en estos enfrentamientos por la simple probabilidad de que hubiera más alaveses en liza -aunque está claro que por lo menos los afectos al carlismo lucharon también en Asarta, Cenicero y sobre todo en Mendaza y en Arquijas-¹³³ como muestra suficiente para inferir que los muertos en combate no aparecen en los registros parroquiales, al menos en fechas próximas al acontecimiento.

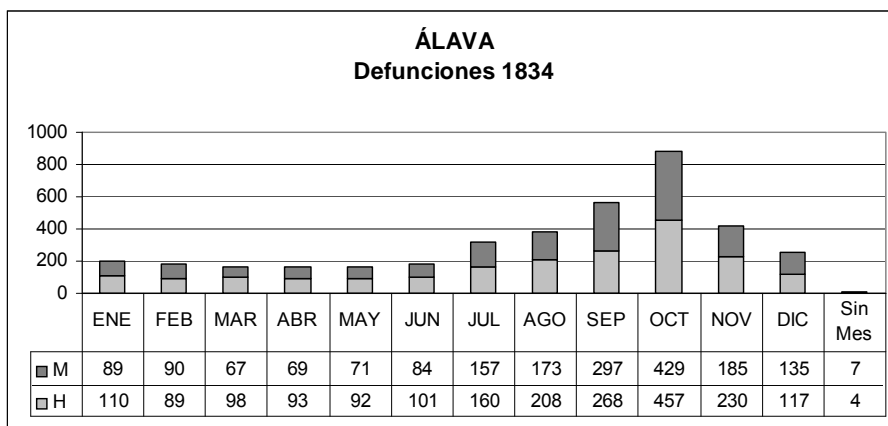
La primera de las acciones destacadas sobre suelo alavés sucedió el 16 de marzo de 1834, cuando Zumalacárregui ataca Vitoria aprovechando que está mal guarnecida. El ataque, que fue rechazado,

¹³² *"En Araya a las cinco de la mañana fueron pasados por las armas los dos peseteros cogidos el día de ayer"*. URANGA, J.I. *Diario de guerra del teniente general D. José Ignacio de Uranga (1834-1838)*, San Sebastián, 1959, pág. 24, correspondiente al 17 de junio de 1834.

¹³³ Las primeras “batallas” se darían en diciembre de 1834 (Mendaza el 12 y Arquijas el 15) en Navarra junto al límite con Álava, pero ya sin interferencia con el cólera, por lo que no las comento. No obstante, ha de señalarse que la importancia de estas batallas radica en que militarmente se considera el final de una estrategia de combate y el inicio de otra con una intensidad mucho mayor. Hasta esa fecha Zumalacárregui estuvo reclutando y formando su ejército, por lo que rehuyó cualquier enfrentamiento a campo abierto contra el ejército regular -más numeroso, formado y pertrechado que, además, se reforzaría con el contingente de Rodil a partir del verano de 1834- por lo que se decantó por acciones de guerrilla que fundamentalmente buscaban aprovisionarse de armas, ropa y alimentos, amén de incorporar nuevos efectivos a la causa carlista.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

no debió producir muchas víctimas;¹³⁴ sin embargo, en su huida, las tropas carlistas se toparon en el pueblo de Gamarra con una compañía cristina de “Celadores de Álava”, a la que atacaron matando aproximadamente a 50¹³⁵ y llevando consigo a 120 prisioneros que fusilarán al día siguiente en Heredia.¹³⁶ Y sin embargo, a pesar de que el total de fallecidos directos en el enfrentamiento supera los doscientos y presumiblemente todos hombres, en la gráfica mensual de defunciones de 1834 no se aprecia en absoluto, si bien hay un discreto 18,7% de sobremortalidad masculina en marzo como único posible testimonio bélico.



¹³⁴ VARGAS, M. F. M. *La guerra en Navarra y provincias Vascongadas*, Imprenta de Don Baltasar Gonzalez, Madrid, 1848, facsimil de Amigos del Libro Vasco, Bilbao, 1985. Autoproclamado testigo ocular directo señala que “*la pérdida de las tropas de la Reina fué de un oficial muerto y otro herido, y tres individuos de tropa muertos y 30 heridos [...] la de los carlistas no hemos podido averiguarlo, aunque es de suponer fuese mas considerable*”, pág. 136-137 del tomo I, recogándose en los diarios cristinos la anotación de que “*se ha dado sepultura a unos cuarenta cadáveres facciosos*”, expresión que claramente habla del desinterés por el enemigo y de la imposibilidad de la existencia de un registro medianamente fiable.

¹³⁵ ALFARO FOURNIER, T. Op. cit., pág. 329.

¹³⁶ URANGA, J.I. Diario citado: “*Día 17. Permanecemos en Heredia donde se fusilaron 118 peseteros*”, pág. 18. Se salvaron dos de estos celadores por intercesión de Bruno Villarreal. Algunos textos hablan de 116 fusilados.

Algo más complicado es señalar lo propio para las acciones de octubre, ya que interfieren con el cólera en su momento más álgido. Sin embargo, “*los centenares y centenares de víctimas ya cadáveres ò agonizantes*”¹³⁷ no modifican la tendencia en dientes de sierra de la gráfica en torno a los días de combate en Alegría y Echavarri. Los dos enfrentamientos tendrían lugar los días 27 y 28 de octubre, en los cuales Zumalacárregui, al frente de unos 4.500 carlistas, se impondría consecutivamente a las tropas cristinas de O’Doyle, unos 3.000, y de Osma, unos 4.000.¹³⁸ Según De Vargas, “*la derrota de O’Doyle le costó al trono de Isabel 1.500 servidores entre muertos y prisioneros*”, muchos luego fusilados, mientras que la acción de Osma para liberar a los 500 refugiados del primer combate supondría “*300 muertos y 400 prisioneros*”,¹³⁹ siendo las pérdidas carlistas muy inferiores aunque no hay cifras orientativas. Huelga decir que la versión liberal es bien distinta: “*Nuestra perdida fue de poca consideración; los heridos se recogieron casi todos por el eficaz auxilio de los pueblos que se apresuraron á presentar sus carros para conducirlos. [no obstante, un poco más adelante señala que] El pretendiente permanece en Oñate, donde le presentaron los guipuzcoanos antes de ayer ciento y tres prisioneros cogidos los dias 27 y 28.*”¹⁴⁰

Cifras por tanto aproximadas pero que, en cualquier caso, evidencian una importante cantidad de muertos directos, a los que

¹³⁷ VARGAS, M.F.M. Op. cit., pág. 62 del tomo II.

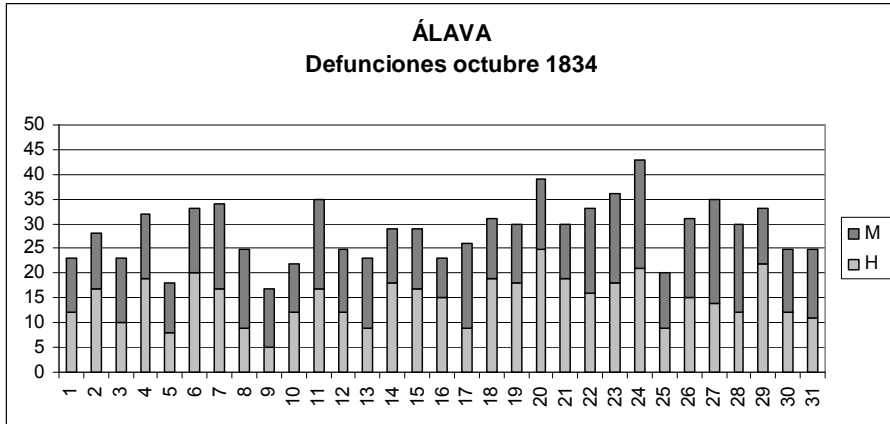
¹³⁸ Las cifras las tomo de MORAL RONCAL, A.M. *Las guerras carlistas*, Sílex, 2006, págs. 91 y 92. Aunque coinciden con las de otros autores no hay consenso claro. Así Jaime del Burgo habla de 4.000 infantes para O’Doyle y 5.000 hombres para Osma, en *Para la Historia de la Primera Guerra Carlista. Comentarios y acotaciones a un manuscrito de la época, 1834-1839*, Institución Príncipe de Viana, Pamplona, 1981. Págs. 106 y ss.

¹³⁹ VARGAS, M.F.M. Op. cit., pág. 62 y 64 del tomo II. Para la acción de Osma Jaime del Burgo señala que “*Zumalacárregui dio cuartel aquel día a más de 2.000 soldados isabelinos*” (ibidem), cifra que también manejan García de Cortazar, Montero y Betanzos: “*volvieron con 2.000 bajas entre muertos, heridos y prisioneros*”, en GARCÍA DE CORTAZAR, F.; MONTERO, M.; BETANZOS, J.M. *Historia de Álava*, Tomo 2, Txertoa, San Sebastián, 1986. Págs. 75 y 76.

¹⁴⁰ *Boletín de Álava* nº 86 del 1 de noviembre de 1834, pág. 4.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

habrá de sumarse un alto porcentaje de los heridos y el previsible fusilamiento de los prisioneros que no cambiaran de bando. Aunque consideráramos el porcentaje de alaveses mínimo, debiera ser suficiente para modificar la curva de defunciones y, sin embargo, no se distingue con nitidez en los registros sacramentales de defunción.



Ciertamente la gráfica de octubre no facilita la discriminación de causas potenciales dada la gran variabilidad que presenta, y ésta es debida a que muestra sucesivos picos de cólera de múltiples localidades en el mes más álgido de la epidemia en Álava. Pero es bastante obvio que en los días de las acciones bélicas y posteriores no encontramos la marcada mortalidad esperada, y sólo el día 29 hay una llamativa sobremortalidad masculina como para pensar en alguna asociación con los enfrentamientos de Alegría y la Venta de Echávarri, pero los totales diarios de fallecidos no lo reflejan claramente, salvo que se diera alguna de las dos situaciones señaladas: que el peso de los alaveses fuese muy reducido en ambos ejércitos o que los fallecidos en combate se enterraran *in situ* sin los adecuados registros.

Mi impresión, por tanto, es que al margen de que la mortalidad directa por la guerra fuera más o menos cuantiosa, cuestión no aclarada, no fue en absoluto bien recogida en los registros sacramentales cuando los fallecidos lo fueron en campos de batalla alejados de sus localidades, por lo que no puede valorarse a través de

ellos el impacto directo del conflicto sucesorio. Este silencio administrativo es previsible que se mantuviera a lo largo del conflicto o por lo menos no hay razones para pensar que sucediera más al inicio del conflicto que cuando se generalizó, por lo que cara a mis intereses sirve para reforzar la idea de que la sobremortalidad visible en 1834 es debida fundamentalmente al cólera.¹⁴¹ Igualmente si la mortalidad bélica de 1834 se registró con posterioridad, inflando las defunciones de los años siguientes, también dejaría claro que el cólera es el agente causal principal de la mortalidad registrada en 1834.

Por tanto, que hubiera más o menos muertos en los campos de batalla durante 1834 o en los años siguientes resultaría más irrelevante para este estudio de lo que pensaba *a priori*, ya que aquellos fallecidos no se registraron adecuadamente en 1834 y por tanto no alimentan la sobremortalidad de aquel año.¹⁴² No obstante, por fidelidad al objetivo inicial de demostrar que debió haber más mortalidad directa en los enfrentamientos a partir de 1835 que los de 1834, valgan estos dos apuntes: en primer lugar la abundante bibliografía sobre el conflicto que no duda en señalar el aumento de la intensidad a partir de los primeros enfrentamientos a campo abierto de diciembre de 1834, pero especialmente a partir de la decisión carlista de atacar Bilbao y del

¹⁴¹ Lo cual no se cumple al 100%, ya que son varias las localidades que no presentan defunciones en 1834 y sí en años posteriores, no quedando claro si fue un hecho natural o debido a la paralización del registro (por la ausencia de párroco por ejemplo). Un caso evidente sería el de Villodas (ver gráfica en anexo) en el que la ausencia de fallecidos sólo en 1834, y mínima en 1835, parece artificial.

¹⁴² No obstante, está la duda de los fallecidos directos por el conflicto fuera de las batallas -la sangría de las escaramuzas y los fusilamientos-, que parece que sí fueron mejor registrados y que serían los responsables de la ligera sobremortalidad masculina que presenta Álava en el conjunto de 1834 y en el parcial de agosto-noviembre, en contradicción relativa con lo esperado por el cólera. Un análisis de ello está en el apartado de resultados y en su anexo correspondiente, si bien no exento de incertidumbre. Un caso paradigmático podría ser el de Navaridas, cercano a Laguardia donde, como decía Fdz. de Pinedo, apenas se aprecia el impacto de la guerra. En Navaridas a lo largo de septiembre hay un evidente pico de defunciones de claro predominio masculino (un 85,7%) que habla más a favor de la guerra que del cólera, si bien no están concentradas en un único día (fusilamientos, escaramuza, etc.) por lo que tampoco puede descartarse el efecto de la epidemia.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

inicio de la ofensiva en junio de 1835; y en segundo lugar las elocuentes cifras de ambos ejércitos en 1834 y con posterioridad:¹⁴³

Ejército Liberal del Norte			Ejército Carlista del Norte		
	Hombres	Caballos		Hombres	Caballos
Ene 1834	17.221	623	Jun1834	15.800	220
Nov1834	23.357	1.089			
Jul 1835	120.000	1.700	Jul 1835	32.842	1.044
Feb 1837	100.000	4.300	Ene1837	35.000	1.500

Cifras que han de valorarse no solamente como evidente muestra de grandes batallas, sino también por el coste de mantenimiento y manutención que habría de repercutir en forma de hambre generalizada para la población.

Concluyendo: en primer lugar, la mortalidad bélica de los enfrentamientos mayores se halla infraregistrada en los libros parroquiales durante 1834 lo que supone una interferencia poco significativa en las gráficas de defunciones, sí pudiendo estar mejor registrada la producida a nivel local por enfrentamientos menores, ejecuciones, etc., que, no obstante, sólo se aprecian, y con dudas, en algunas localidades a partir del predominio de una sobremortalidad masculina. En segundo lugar, independientemente de su mejor o peor registro sacramental, las defunciones directas por el conflicto bélico fueron inferiores en 1834 que las producidas en los años siguientes. Por tanto, también en este caso de la “cuestión de la guerra” ha de pensarse en el cólera como el agente causal principal de la sobremortalidad registrada en 1834, evidentemente por encima de la media del periodo previo, 1830-1833, pero igualmente si se toma como media la del periodo bélico 1835-1839.

¹⁴³ BULLÓN DE MENDOZA. Op. Cit. Págs. 155, 156 y 240, basándose en datos de Pirala.

II.1.3. Las causas ordinarias.

Finalmente ha de señalarse una pequeña puntualización en torno a las causas de la mortalidad ordinaria y normal. Siendo ésta muy variada y no siempre relacionada con causas naturales o con la enfermedad, he preferido partir de la idea de que su presencia es relativamente constante, y por tanto no entrar en la ardua búsqueda de causalidades potenciales durante 1834. Sin embargo, habría de matizarse que durante las épocas epidémicas las causas ordinarias en relación a la vejez y a la enfermedad suelen aparecer disminuidas, debido a que su carácter inmunodepresor hace de las personas enfermas y ancianas sujetos muy susceptibles a la epidemia cuando es de carácter infeccioso y, evidentemente, si están expuestos a ella. Esto es, la epidemia anticipa su muerte y, en consecuencia, desde la causalidad inmediata debe atribuirse su fallecimiento a la enfermedad epidémica, por mucho que sin ella terminarían igualmente falleciendo de sus dolencias previas o de su ancianidad. De hecho, estas defunciones anticipadas ayudan a explicar la reducida mortalidad de 1835 en Álava, cuando la dinámica bélica de ese año hace pensar que debiera mantener cifras en la apreciable horizontalidad de los años siguientes

En consecuencia, esta disminución de la mortalidad ordinaria que no contabilizo supone otro colchón que da holgura a la hipótesis de que la sobremortalidad de 1834, por encima de la media del decenio sin ese año, puede atribuirse al cólera con suficientes garantías como para utilizar un sistema de contabilidad indirecta como el que propongo.

II.2. Metodología.

Aunque existieron recuentos directos durante la epidemia en algunas localidades alavesas, éstos no ofrecen muchas garantías. Valga como ejemplo lo señalado para la discordancia en la tasa de letalidad de los datos de Vitoria (un 50%) y Labastida (un 12,5%), diferencia muy poco creíble para un mismo brote y para poblaciones densamente pobladas¹⁴⁴ que probablemente dejan en evidencia tanto las dificultades para establecer diagnósticos fiables como la ocultación de casos, situación esta última sospechosa en Vitoria.¹⁴⁵ En cualquier caso, el dato más llamativo de la escasa fiabilidad del recuento de fallecidos por cólera es que se reduce a 62 para Vitoria sin sus pueblos,¹⁴⁶ lo que no cuadra nada con la mortalidad total de la ciudad en 1834: 542 defunciones totales, de las cuales 231 están por encima de la media del decenio 1830-1839, guerra incluida, con altas probabilidades de ser atribuidas al cólera.¹⁴⁷ No obstante lo dicho, los estadillos conservados para Vitoria sugieren un esfuerzo recopilador serio en sus posibilidades y la tasa de letalidad calculada no es

¹⁴⁴ Un mismo serotipo de vibrión con una misma virulencia, en principio sin tratamientos eficaces, sólo deja posibles diferencias en cuanto a la facilidad de transmisión y en la susceptibilidad del sujeto. Ambas villas tenían una alta densidad de población, pero Labastida carecía de más recursos y estaba sufriendo más directamente los avatares de la guerra. Además, según los datos oficiales tuvo una tasa de ataque mucho más elevada, por lo que es poco comprensible que se diera una menor letalidad que en Vitoria y mucho menos que fuera tan llamativa la diferencia entre ambas.

¹⁴⁵ Ya que los primeros casos confirmados oficialmente se dan a la par de la supresión de los cordones sanitarios, a cuya desaparición se había opuesto firmemente la ciudad; sin embargo, viendo la gráfica de defunciones de Vitoria, la sobremortalidad se había iniciado con anterioridad a finales de agosto. Luego cabe pensar en un interesado ocultamiento de casos, máxime cuando éste fue la tónica general en toda España.

¹⁴⁶ A.M.V. 7/27/18. La *Gaceta de Madrid* sólo publica los datos de Vitoria con los pueblos de su jurisdicción, 130 fallecidos; si bien la copia existente en el archivo municipal expresa 133 fallecidos, A.M.V. 17/27/18.

¹⁴⁷ Cifras extraídas de la base de datos de Registros Sacramentales del A.H.D.V. Es más, en el caso de Vitoria existe una distorsión llamativa del promedio debido a un destacado segundo pico de mortalidad el año 1836, lo que hace perder peso específico a la mortalidad sobre la media de 1834.

disparatada, lo que impresiona de una buena relación entre invadidos y fallecidos al menos para el periodo de contabilidad del ayuntamiento, si bien habrá que estimarla a la baja, ya que según la opinión de Fernández García “*en los momentos de mayor gravedad de la epidemia se prescinde de notificar los casos leves, que se curan*”.¹⁴⁸

Concluyendo, los estadillos conservados, aun siendo recopilaciones directas durante la epidemia, no nos sirven para estimar la morbimortalidad real del cólera; mucho menos el resto de recuentos que se hicieron *a posteriori* a fin de satisfacer la petición de la comisión regia.

Las alternativas de contabilidad indirecta han sido exploradas para el cólera por diversos autores españoles, caso del estudio de Estíbaliz Ruiz de Azúa para la epidemia de 1855 en Vitoria, si bien a través de ella sólo es posible estimar la mortalidad, no así la prevalencia. Ruiz de Azúa solucionó la limitada fiabilidad del recuento de entonces con el cotejamiento del Libro de enterramientos del cementerio de Santa Isabel que, puesto en marcha en 1850, recogía datos estadísticos de los finados incluyendo el motivo de fallecimiento, concluyendo que el recuento oficial pecaba por defecto como mínimo un 13%. Sin embargo, dicho recurso no me es posible para la epidemia de 1834 porque todavía no se realizaban dichas anotaciones de la *causa mortis*, de la misma forma que tampoco lo hacían, salvo excepciones, los registros parroquiales para el sacramento de defunción. A falta también de esta posibilidad, únicamente se puede tratar de inferir la mortalidad por el cólera a partir del cómputo total de los fallecidos eliminando aquellos atribuibles a otras causas; es decir, a partir del aislamiento de las variables que intervinieron en la evidente sobremortalidad existente en el año 1834 en Álava. Aunque no exento de riesgos, éste es el método elegido en el presente estudio y parte de los siguientes presupuestos para discriminar las causas de mortalidad:

¹⁴⁸ FERNÁNDEZ GARCÍA, A. “La epidemia de cólera de 1854-55 en Madrid”, *Estudios de Historia contemporánea*, C.S.I.C., 1976. Pág. 239.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

-El periodo 1830-1832 en el conjunto de Álava muestra una estabilidad evidente en el número de defunciones registradas y cuya media (1.847,6) está claramente por debajo de la del periodo 1835-1839 (2.554,2) correspondiente a la guerra carlista (elimino el año 1833 por el inicio del conflicto con un discreto aumento de la mortalidad -2.068- y el 34 por la profunda perturbación que *a priori* achaco al cólera -3.880 defunciones-).

-La mortalidad media de un periodo estable sin crisis de mortalidad, como la que se da en los primeros años 30 del siglo XIX en Álava, refleja presumiblemente una causalidad ordinaria en la mortalidad ajena a las variables clásicas de las crisis demográficas (hambre, guerra y epidemias).

-La mortalidad por encima de la media del periodo “normal” previo al inicio de la guerra carlista es sugestiva de una modificación en las variables independientes que actúan sobre la mortalidad. La propia guerra, el cólera epidémico y la pobreza consecuente con ambas son las variables conocidas de mayor influjo en los años siguientes.

-La mortalidad por encima de la media de un periodo que incluye años “normales” y los años de la guerra carlista es sugestiva de ser causada por variables sobreañadidas tanto a las “normales” como al propio conflicto bélico, sean directas o diferidas.

-Si este último suceso se da en 1834, la interferencia conocida más probable fue el cólera, aumentando esa probabilidad si la mortalidad se concentra entre agosto y noviembre -periodo seguro de epidemia-, y no tiene un claro predominio masculino.

-Los estadillos existentes para el cólera de 1834 y lo conocido para la epidemia de 1855 sugieren una sobremortalidad femenina por la epidemia. Un claro predominio masculino en algunas localidades debiera tener en cuenta las acciones bélicas conocidas, ya que en el conjunto alavés fallecen más hombres que mujeres en 1834.

-Aunque la variable guerra ya se pondera dentro de la media del periodo, se puede aislar aun más su influjo y reducir el error, dado que se conocen las fechas de las acciones bélicas más importantes.

-Los numerosos estudios sobre la Iª guerra carlista no constatan crisis de subsistencia en los prolegómenos de la contienda, la cual coincide *grosso modo* con el cólera, como para precisar una revisión pormenorizada de esta variable como causa necesaria en la sobremortalidad de 1834.

-La infección por cólera, como otras enfermedades principalmente transmitidas por el agua, tiende a generar una representación gráfica llamada curva holomiántica, caracterizada por un contagio masivo desde un reservorio infectivo común -un pozo de agua, por ejemplo- que debuta de forma relativamente brusca tras el periodo de incubación y tiende a disminuir más lentamente. Dicha curva, sin embargo, sólo puede apreciarse en poblaciones relativamente numerosas y que, lógicamente, cumplan el criterio de una infección múltiple en un breve espacio de tiempo a partir de un mismo foco.

-Estos presupuestos otorgan mayor fiabilidad cuanto mayor es la población a estudio, y aumenta el potencial de error cuanto más pequeña es la población analizada ya que variables despreciables para conjuntos grandes (Álava) pueden ser muy significativas en pequeñas aldeas: fallecimientos múltiples en un incendio, por ejemplo.

II.2.1. Fuentes de datos.

El recurso a las fuentes sacramentales se presenta como el único camino viable para la contabilización de la mortalidad en Álava durante el periodo a estudio. Afortunadamente, las dificultades derivadas de la dispersión y conservación de los libros parroquiales son ya batallas pasadas merced a la magna labor recopilatoria emprendida por el Gobierno Vasco a través de IRARGI (Centro de Patrimonio Documental de Euskadi) para digitalizar e informatizar los registros sacramentales.

Partiendo precisamente de esta labor auspiciada por el Gobierno Vasco, junto al Archivo Histórico Diocesano de Vitoria (A.H.D.V.), de informatización de los registros sacramentales de todas las parroquias pertenecientes a la Diócesis de Vitoria, se ha procedido a extraer los sacramentos de defunción de dicha Diócesis para el decenio 1830-1839. Los datos procedentes de dicha base informática se han descargado por los procedimientos de búsqueda disponibles a través de la Web del A.H.D.V.¹⁴⁹ y constituyen, hoy por hoy, la fuente más fiable en el recuento de la mortalidad en Álava para el intervalo temporal a estudio. No obstante, son sobradamente conocidas las limitaciones de estas fuentes sacramentales al margen de la mejor o peor conservación de algunos libros parroquiales, caso del, en general, mal registro de la mortalidad neonatal y lactante, o de la enorme dependencia que tuvieron de la disposición y capacidad del párroco de turno y, lógicamente, de su existencia; cuestión peculiar durante el cólera ya que su fallecimiento o su alistamiento militar¹⁵⁰ silenciaba a la vez el registro de otros o bien los postergaba aumentando el riesgo de errores en la datación.

A pesar de éstas y otras limitaciones, se estima que el registro sacramental es suficientemente representativo de la mortalidad por lo menos adulta como para otorgarle validez. En este sentido, no se ha procedido a ningún tipo de corrección para tratar de representar la mortalidad de párvulos, ya que se supone que desde mediados del XVIII el problema se va reduciendo por las nuevas directivas eclesiásticas. En cualquier caso, atribuir un factor multiplicador constante¹⁵¹ a todo el periodo sería aun más perturbador, puesto que no se mantienen igualmente constantes las causas de la mortalidad: el

¹⁴⁹ Url <<http://www.siga.ahdv-geah.org>>.

¹⁵⁰ Es sobradamente conocida la alineación mayoritaria del bajo clero con la causa carlista y su participación activa desde el púlpito y desde la trinchera.

¹⁵¹ LÁZARO RUIZ, M.; GURRÍA GARCIA, P. A. "Las crisis de mortalidad en La Rioja en el Antiguo Regimen", *Revista de Demografía Histórica*, vol 7, N° 1, 1989, págs. 31-46. Sugieren como primera solución multiplicar el número de defunciones adultas por un índice corrector similar a la mortalidad media infantil calculada para el periodo a estudio, o disminuir el valor de la población en un porcentaje similar al que representen los censos la población de 0 a 7 años. Pág. 38.

cólera produjo sobremortalidad infantil y la guerra incidió más en la población adulta joven. La decisión final ha sido considerar que porcentualmente el potencial mal registro de mortalidad pàrvula afecta a toda la serie estudiada del decenio, por lo que no es imprescindible para un cálculo suficientemente fiable de la intensidad de la mortalidad en 1834; si bien la mortalidad absoluta probablemente fue mayor. En relación a ello, al analizar los resultados echo mano del excelente trabajo para Vizcaya de Arbaiza, Guerrero y Pareja,¹⁵² sugiriendo una posible extrapolación de resultados. De igual modo, el mal registro de la mortalidad bélica directa, que he señalado con anterioridad, supone un sesgo que asumo en la convicción de que se minimiza al afectar a todo el periodo de estudio.

Finalmente he de reseñar mi plena confianza en la base de datos utilizada, tanto en relación a la labor experta en su recolección y sistematización como por la buena correspondencia con otros recuentos conocidos, caso del efectuado por el grupo de trabajo Ikerketak. Este colectivo recopiló los datos sacramentales de las cinco parroquias de Vitoria correspondientes al periodo 1680-1830, pudiendo por tanto comparar los resultados de este último año.¹⁵³

¹⁵² ARBAIZA, M.; GUERRERO, A.; PAREJA, A. “Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaína (1770-1930)”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, II, 1996, págs. 19-55.

¹⁵³ IKERKETAK. “Aproximación a la demografía alavesa: la población de Vitoria (1680-1830)”, *La formación de Álava. 650 Aniversario del Pacto de Arriaga (1332-1982)*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1985, págs. 963-999.

	Santa María	San Miguel	San Pedro	San Vicente	San Ildefonso
MATRIMONIOS					
Ikerketak	17	20	24	20	6
Base datos AHDV	17	20	24	20	4
BAUTISMOS					
Ikerketak	56	99	77	49	39
Base datos AHDV	61	104	81	56	45
DEFUNCIONES					
Ikerketak	47	36	67	44	32
Base datos AHDV	46	36	66	46	31

Como se observa, hay un claro paralelismo en los resultados obtenidos para los sacramentos de matrimonio y defunción, aunque no así en el de bautismo, si bien esto último es debido a que Ikerketak sólo adjunta la tabla correspondiente a los bautismos de hijos legítimos, lo que explica la diferencia con los resultados de la base de datos del A.H.D.V. que incluye hijos ilegítimos y expósitos. En el caso de las defunciones, además, la base de datos del archivo diocesano incorpora también las registradas en el hospital de Santiago, ausentes en el trabajo de Ikerketak que se ciñe sólo a las cinco parroquias vitorianas.¹⁵⁴

II.2.2. Área de estudio.

El área geográfica a estudio está constituida por la actual demarcación administrativa de la Provincia o Territorio Histórico de Álava. Aunque dicha provincia pertenece a la Diócesis de Vitoria, ésta abarca además territorios de las provincias de Burgos y de Vizcaya, por lo que las incluye la base de datos del A.H.D.V., de tal forma que, para ser fieles al espacio geográfico pretendido para el presente estudio se han excluido los datos correspondientes a las áreas administrativas de Burgos (Lapuebla y Treviño) y Vizcaya (Orduña).

El motivo de ello no es otro que el de la fidelidad al objetivo cuantitativo del presente estudio. Por un lado el actual territorio de Álava es el mismo que en 1834 y, por otro, las referencias poblaciones que tomo en consideración -por ejemplo los censos de 1787, 1810, 1825 y 1857- están referidas a ese mismo espacio territorial. Luego introducir datos demográficos de áreas geográficas nuevas contituye un sesgo perfectamente evitable. Esta elección tiene una contrapartida

La base de datos del A.H.D.V., además de los registros de las cinco parroquias vitorianas, incorpora también 81 defunciones registradas ese año en la capilla del hospital Santiago de Vitoria.

¹⁵⁴ Probablemente debido a que este registro sólo se inicia con la puesta en marcha del nuevo edificio, en 1820 -al final por tanto de periodo a estudio de Ikerketak-, mientras que hasta entonces la capilla del hospital fue objeto de rivalidad entre las parroquias de San Miguel y San Vicente.

evidente, como es la de crear una solución de continuidad en la visualización geográfica de la epidemia al ocupar el Condado de Treviño una posición interior en el mapa alavés; no obstante, el interés inicial por la cuantificación de la mortalidad sobre cualquier otro objetivo y el hecho de que tanto el Camino Real como la vía hídrica paralela a aquél, el río Zadorra, son prácticamente tangenciales al condado treviñés, me parecieron razones suficientes para la selección del área geográfica a estudio que he presentado.

En cuanto que los datos provienen de parroquias, éstas se asociaron de acuerdo a la actual división administrativa de Álava a sus respectivas localidades, y éstas a sus municipios, ya que originalmente se pensó en utilizar los municipios como elemento de definición geográfica en este estudio pensando en reducir los problemas derivados de las poblaciones pequeñas; no obstante, la pronta evidencia de positivos para el cólera en algún municipio cuando sólo alguna de sus localidades estuvieron afectadas, llevó a un replanteamiento de la unidad de análisis procediendo a realizarlo a nivel de núcleo local, lo que ha producido importantes limitaciones para su definición como positivo o negativo cuando su tamaño es reducido, pero dada la extensión de algunos municipios -incluso con soluciones de continuidad física- la distribución geográfica quedaría muy distorsionada si se señalase como afectada por cólera una amplia zona si sólo fue un área concreta de la misma la que sufrió los avatares directos del cólera.¹⁵⁵ Además, la dilución de la sobremortalidad causada por la epidemia en una o varias localidades afectadas en el conjunto de la población del municipio -si tuvo localidades que se libraron- disminuye la percepción de gravedad en aquellas localidades.

La decisión final ha sido la de primar la sensibilidad, prefiriendo perder pequeñas localidades en las que sus reducidas cifras de

¹⁵⁵ Caso del municipio de San Millán, que posee localidades dispersas y con soluciones de continuidad de su territorio, ya que algunas son enclaves en otros municipios. Señalar la totalidad del municipio como afectado implicaría por tanto una distribución geográfica muy amplia y dispersa cuando en realidad varias de sus localidades no se vieron afectadas.

mortalidad absoluta no permiten cumplir con claridad los criterios de validez, en lugar de asignar equívocamente positivos a cólera, por pertenecer al mismo municipio, a espacios geográficos que no lo sufrieron.

Por último, señalar que, una vez decidido realizar el análisis a nivel local, aparecieron fundamentalmente dos inconvenientes a la hora de señalar dichas localidades. Por una parte aquellos núcleos hoy desaparecidos y por otra los que, aún perviviendo, carecen hoy de entidad local. Los primeros son básicamente pueblos anegados bajo los pantanos artificiales creados en la segunda mitad del siglo XX, cuyas superficies no inundadas se repartieron entre varias localidades contiguas, no pudiéndose por tanto asignar aquella población a una sola existente hoy día; mientras que los segundos habitualmente son uniones o anexiones, sin problemas para identificarlos hoy en el nomenclátor actual. Sin embargo, la cuestión de fidelidad a la extensión geográfica de la epidemia persiste de la misma manera que en lo referido a las localidades y sus municipios; esto es, que una aldea haya perdido su carácter jurídico de núcleo local y haya sido englobada en otra localidad próxima no reduce el espacio geográfico entre ellas; por tanto, dado que la distribución por parroquias del XIX es aun más fiel a la distribución geográfica que la actual división administrativa se decidió no sumar las defunciones de estos núcleos a sus localidades actuales -en cualquier caso imposible para las desaparecidas bajo las presas- tratando de preservar mejor el aislamiento geográfico de cada espacio habitado en 1834. Por el contrario, sí se han unificado las parroquias pertenecientes a una misma localidad, ya que, aunque pudieran establecer diferencias de mortalidad en unas calles o barrios respecto de otros, existen muchas dudas de un reparto claro y estable de las áreas de influencia de cada parroquia.¹⁵⁶

¹⁵⁶ Ikerketak por ejemplo, señala preferencias por una u otra parroquia vitoriana para sacramentarse -especialmente en el caso del matrimonio- en función de parámetros ajenos a la demarcación eclesiástica, tales como el prestigio social. Op.cit., pág. 970.

II.2.3. Entorno temporal.

Aunque es obvio que el objetivo es tratar de aislar la mortalidad causada por el cólera durante 1834, ésta no puede inferirse de manera directa, sino en relación a la mortalidad por encima de la media de un espacio temporal en torno a dicho año 1834. En este sentido, el marco 1830-1839 es el que ofrece más ventajas, ya que sopesa la influencia de años “normales” junto a los del conflicto bélico que acompañó al cólera, además de situar nuestro año en una posición relativamente central.

Si bien se utilizará el índice propuesto por Dupâquier para el cálculo de la intensidad de la mortalidad, y éste en su versión original propugnaba la comparación del año objeto con los diez previos, no es posible hacerlo así en nuestro caso ya que la variable cólera no es la única que se sobrepone a la mortalidad “normal” en 1834, sino que interfiere, al menos, el inicio de una confrontación civil. Si la comparación se hiciera con el periodo 1823-1833, la llamada Década Ominosa o Segunda Restauración Absoluta, obtendríamos una crisis de mortalidad mucho más marcada en 1834 a expensas de una mortalidad relativamente reducida y estable en Álava durante ese decenio, excepción hecha de la cruda persecución política con el retorno de Fernando VII tras el fin del ensayo liberal 1820-1823, pero no me sería posible aislar la influencia de la guerra carlista. Se hace necesario por tanto incorporar los años bélicos para neutralizar su influjo en 1834 a partir de la estimación de su media, y dado que finaliza en 1839 casi obligaba a pensar en la década 1830-1839 como el entorno temporal a estudio más adecuado.¹⁵⁷

En consecuencia, se ha adaptado el índice Dupâquier a su uso en un periodo alrededor del año objeto pero manteniendo intacta su

¹⁵⁷ Desecho también el año 1840 por dos cuestiones: la primera porque, de incluir un año “normal” más, el efecto de la guerra quedaría más diluido en la comparación de 1834 con la media del decenio siendo el objetivo precisamente el contrario, otorgar el mayor peso posible a la incidencia de la guerra de forma que su diferencia con 1834 dé mayor garantía de poder atribuirle al cólera aunque cuantitativamente se reduzca esa diferencia; y la segunda, porque con 1840 se desviaba en exceso la relativa posición central de 1834 en el periodo 1830-39.

expresión matemática. Se desecha por el contrario el uso de modificaciones al índice original, como la supresión en el cálculo de los años inmediatamente anterior y posterior¹⁵⁸ al del objeto, o la eliminación de los valores extremos para evitar distorsiones del promedio por el aumento de la desviación típica, al estilo de la fórmula de De Planta y Livi Bacci, ya que el uso que doy al índice Dupâquier no es estimar la intensidad de la mortalidad como objetivo en sí -como digo distorsionada por los valores altos de la guerra-, sino determinar objetivamente cuánta de la mortalidad de 1834 está por encima de la atribuible tanto a causas ordinarias como a consecuencias de la guerra, infiriendo que probablemente sea achacable al cólera. Por tanto, cuanto más extremo sean los valores de los años bélicos mayor seguridad tendré en repercutir sobre el cólera la diferencia de 1834 con la media de los años a estudio.

II.2.4. Criterios de validez.

Es obvio que la constatación documental es el criterio esencial para determinar fehacientemente si una localidad fue o no azotada por el cólera. Sin embargo, el silencio de las fuentes en la mayor parte de los pueblos no quiere decir en modo alguno que el cólera no hiciera su presencia en aquellas localidades, ya que a los característicos problemas de registro y de diagnóstico que señalan todos los investigadores de la epidemia de cólera de 1834 habría de unirse el mutismo habitual de los tiempos de guerra. Por otro lado, aún con la certificación documental, hay serias sospechas de que su contabilidad sea fiable, de ahí que no pueda reducirse la presencia del cólera sólo a aquellas localidades con testimonio documental, y de ahí el esfuerzo por tratar de saberlo por métodos indirectos.

El método presentado para tratar de averiguar qué poblaciones alavesas sufrieron la epidemia y en qué intensidad es un método de probabilidades que, evidentemente, deja un margen de error que debe

¹⁵⁸ Aún reconociendo que probablemente la mortalidad en 1835 está reducida en parte a la anticipación de fallecimientos que sucedió a causa del cólera de 1834, disminuyendo por tanto la mortalidad ordinaria.

ser minimizado mediante la valoración de aquellos aspectos que he señalado en las páginas previas, aunque en modo alguno puede eliminarse completamente. Especial relevancia cobra esta advertencia en las pequeñas aldeas alavesas, donde una sola defunción puede suponer el 100% de los fallecidos en 1834, lo que no implica necesariamente que fuera debido al cólera, aunque muriera un 8 de octubre, fuera una mujer y esa muerte estuviera por encima de la media del decenio para su localidad. No obstante, cada uno de esos elementos aumenta la probabilidad de que así fuera, aunque no es posible calcular en qué porcentaje aumenta ya que no contamos con datos epidemiológicos fiables que tomar como referencia para un cálculo de la probabilidad y del error.

Para la toma en consideración de una localidad como positiva para el cólera se han buscado criterios de validez objetivos que primen la sensibilidad sobre la especificidad, de forma que, aun a riesgo de perder localidades dudosas, las que se determinen como verdaderos positivos tengan realmente altas probabilidades, a falta de testimonio documental, de haber sido invadidas por el cólera en el verano-otoño de 1834. Estos criterios son los siguientes:

-Constatación documental de casos de cólera en dicha localidad,

o

-Índice de Dupâquier superior a 1 para la mortalidad de 1834 en dicha localidad, y que al menos un 45% de la mortalidad de ese año esté concentrada entre los meses seguros de cólera, agosto y noviembre (Ago-Nov en las gráficas).

Dada la exigencia de estos criterios, especialmente en poblaciones particularmente afectadas por el conflicto carlista en los años siguientes, creando una sobremortalidad secundaria que aumenta muy significativamente la desviación estándar y por tanto hace disminuir el índice Dupâquier, o caso de aldeas con mortalidades muy reducidas en las que una sola defunción significa un altísimo porcentaje o el total de la mortalidad, se decidió dejar constancia de su situación dudosa en función de que cumpliera alguno de los siguientes requisitos:

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

- Proximidad geográfica estrecha con núcleos afectados.
- No existencia de un predominio claramente masculino.
- Curva holomiántica sugerente (sólo posible en poblaciones con mortalidades elevadas) o que se evidencie un pico claro de mortalidad.
- Mortalidad llamativa en julio y/o diciembre, meses posibles de cólera.

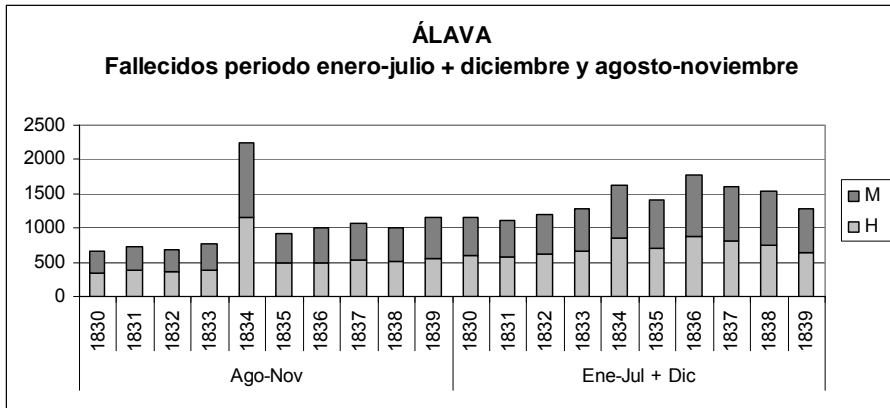
No valoro sin embargo la posibilidad de una sobremortalidad evidente en octubre, coincidente con las acciones de Alegría y Echávarri, ya que es en ese mes cuando se produce el pico álgido de la epidemia y serán numerosas las poblaciones cuya gráfica destaque en esas fechas, prefiriendo la alternativa señalada de buscar predominio masculino.

Aunque en principio un índice Dupâquier positivo ya lleve implícito una sobremortalidad sobre el resto de años a comparar, he preferido aumentar éste hasta 1 ya que los años siguientes, 1835 a 1839, si eliminamos el valor extremo de 1834, también presentan índices positivos, siendo su media de 0,95 si bien la mortalidad sin cólera de 1834 hubo de ser menor que la de los años siguientes, caso de 1835 cuyo índice es de sólo 0,20 (aunque ha de tenerse en cuenta lo dicho respecto a la anticipación de los fallecidos para ese año a causa del cólera).

Por su parte, poner el corte de la mortalidad en el periodo agosto-noviembre en el 45% es un redondeo al alza por encima de los valores medios tanto de la década a estudio como del periodo bélico sin 1834. La media de defunciones entre agosto y noviembre en el periodo 1830-1839 sin 1834 fue de un 39,05%, mientras que exclusivamente en el periodo bélico 1835-1839 fue de un 40,38%.

El periodo seleccionado, agosto-noviembre, responde a ser el periodo documentado de la epidemia en Álava, si bien ya he anticipado que a tenor de las gráficas de defunciones parece que el inicio de la tendencia fue en julio y la cola de la epidemia se alarga hasta diciembre. Esto también puede sospecharse a partir de la gráfica

siguiente,¹⁵⁹ ya que los fallecimientos del periodo enero-julio más diciembre en 1834 se encuentran sensiblemente elevados debido al peso fundamentalmente del mes de julio.



Finalmente, he de hacer notar que en el periodo agosto-noviembre se da una ligera sobremortalidad masculina (1.163 hombres frente a 1.084 mujeres) que contradice la idea de un predominio femenino en la mortalidad por el cólera, por lo que a falta de mortalidad elevada masculina en las fechas de los grandes enfrentamientos podrá pensarse en una sangría más continuada en escaramuzas, fusilamientos, etc., muy difícil de evaluar pero que ha de alimentar las dudas cuando en alguna localidad exista un claro predominio masculino en las defunciones.

¹⁵⁹ Se han eliminado 67 valores por carecer de mes en los siguientes años:

1830	1831	1832	1833	1834	1835	1836	1837	1838	1839
0	9	2	8	11	11	13	5	3	5

II.2.5. Análisis estadístico.

Los listados, tablas, gráficos y cálculos estadísticos se han realizado con el programa informático Microsoft Excel, lo que se ha considerado suficiente dada la limitada complejidad del análisis estadístico, reducido éste a aspectos descriptivos. En este sentido, el cálculo más complejo, el de la desviación estándar poblacional (σ), se ha realizado mediante el comando DESVESTP, y el del coeficiente de correlación a través de COEF.DE.CORREL, siendo las versiones utilizadas del programa Excel las contenidas en los paquetes Office 2003 y XP de Microsoft.

Los resúmenes de las tablas y las gráficas respectivas se encuentran en los apéndices 1 y 2 al final del estudio.

II.3. Resultados.

Se han obtenido resultados de 442 parroquias que se corresponden con 405 localidades existentes en 1834 y 390 del nomenclátor actual de Álava. No hay datos de 37 localidades actuales, pero en contraposición sí existen para 15 poblaciones que hoy no constituyen una entidad local propia -al convertirse en mortuorios, ser absorbidos o haberse unido a otra localidad- o bien al haber desaparecido bajo las aguas del embalse de Ullívarri-Gamboa. En porcentaje, tendríamos resultados del 91,3% de las localidades actuales y probablemente un porcentaje no alejado respecto a las poblaciones existentes en 1834.¹⁶⁰

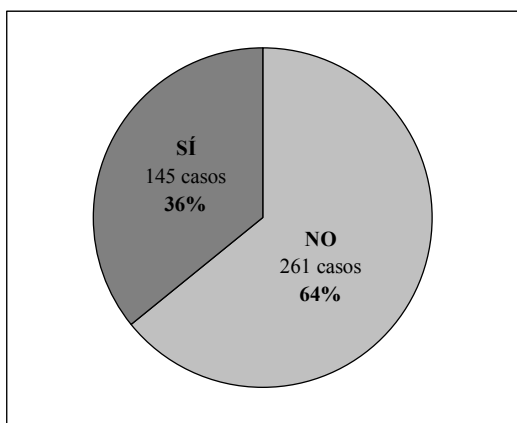
Como se ha señalado en el punto de la metodología, la unidad de análisis es la localidad existente en 1834 -por tanto las 405 poblaciones de las que contamos con registros sacramentales de defunción-; no obstante, se observará a continuación que hago expresión de 406 localidades. Ello es debido a que los criterios de validación toman como valor preferente la existencia de documentación relativa a la existencia de cólera en una localidad y, en nuestro caso, parece confirmado que Peñacerrada sufrió los avatares epidémicos y, sin embargo, es una de las 37 poblaciones de las que no contamos registro de defunciones.¹⁶¹

¹⁶⁰ Pascual Madoz en su Diccionario (op. cit., pág. 200), con datos de la década de 1840 e incluyendo ciudades, villas, lugares y barrios, habla de 441 y 444 poblaciones alavesas (no coinciden las sumas de ambos ejes de la tabla), mientras que Fermín Caballero (*Manual Geográfico-administrativo de la monarquía española* de 1844, pág. 10) señala que la provincia de Álava comprende 435 pueblos. Lo que, orientativamente, sirve para asumir que el porcentaje de poblaciones existentes en 1834 registradas, 405, está por encima del 90% del total.

¹⁶¹ La alusiones a Peñacerrada como afectada por la epidemia de cólera proceden del estadillo oficial de la *Gaceta de Madrid* (nº 171 del 20/06/1835), que está referido a “*Peñacerrada y su aldea* [en singular]” si bien el municipio está constituido por 7 localidades, de las que, desde la validación cuantitativa sólo Payueta cumple con los criterios propuestos a falta de registro para Peñacerrada y Zumento; y del *Boletín de Álava* nº 125 del 17 de marzo de 1835, donde figura Peñacerrada dentro de un listado de ayudas a “*huérfanos y personas desvalidas por resultado del cruel azote del colera-morbo*”.

Aunque 38 de las localidades analizadas carecen de defunciones registradas en 1834 no he desechado ninguna, ya que resultaba obvio que no iban a cumplir los criterios de validación y, sin embargo, eran necesarias para el cálculo de porcentajes. Observando las medias de mortalidad del periodo 1830-1839 es posible que efectivamente en la práctica totalidad de esas 38 poblaciones, casi todas pequeñas aldeas, no muriera nadie en 1834, pero en algún caso no es tan probable, debiendo pensarse en problemas para el registro -quizá la ausencia de sacerdote-, lo que cuestiona su categorización como libre de cólera. Un caso podría ser el de Villodas, en el que la ausencia de defunciones en 1834 y la mínima de 1835 contrasta especialmente con el resto de años bélicos; pero el más claro parece ser el de Ascarza, donde se testimonia documentalmente huérfanos a causa del cólera¹⁶² pero no consta ningún fallecido en el registro sacramental.

Aplicando los criterios de validación propuestos: evidencia documental o, en su defecto, un índice Dupâquier ≥ 1 y una mortalidad en el periodo agosto-noviembre $\geq 45\%$, se ha obtenido que de las 406 localidades analizadas un 36%, 145 localidades, han cumplido con dichos criterios, siendo la inmensa mayoría debido al análisis cuantitativo que se adjunta en el apéndice 1.1, al final del estudio.



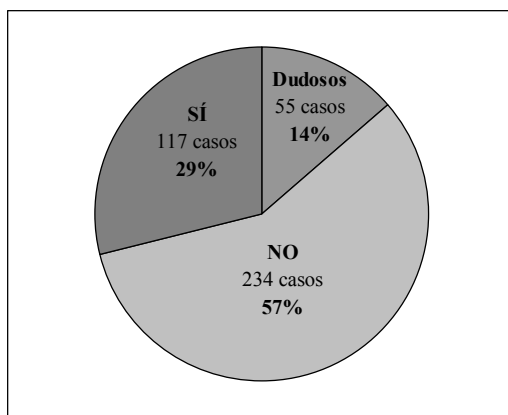
Salvo 8 excepciones, todas las localidades con confirmación documental han dado positivo mediante los criterios estadísticos, lo que cabría entenderse como un apoyo a la validez de los criterios propuestos en la metodología. Además, estas ocho poblaciones eran todas pequeñas aldeas de los municipios de Vitoria y

¹⁶² A.M.V. 17/27/18. “Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”.

Badayoz (Amárita, Aránguiz,¹⁶³ Arechavaleta, Aríñez, Arriaga, Ascarza, Gamarra Mayor y Gardelegi), cuya limitada mortalidad absoluta registrada (el ejemplo de Ascarza) provoca que, en su totalidad, obtengan un índice Dupâquier inferior a 1, incluso con valores negativos a poco que tuvieran fallecidos durante los siguientes años a causa de la guerra. Si bien el porcentaje de defunciones entre agosto y noviembre de 1834 superó el 50% en cinco de ellas.

En parte por esta aparente contradicción que, tal como señalé, era esperable en poblaciones de mortalidades muy reducidas, he considerado prudente hacer mención de los sucesos que podrían poner en duda la aplicación del calificativo de positivo o negativo para cólera a partir de cálculos estadísticos.¹⁶⁴ Así, entre los 145 resultados matemáticos de positivo he marcado 28 localidades como dudosas,

esencialmente por el claro o completo predominio de defunciones masculinas en el periodo de agosto a noviembre, o bien porque la curva diaria no evidenciaba un pico sugerente de mortalidad epidémica. Por su parte, entre los resultados negativos, he señalado objeciones a 27 casos que potencialmente podrían ser



positivos, debido fundamentalmente a que su índice Dupâquier desciende al presentar en los años bélicos un pico extraordinario,¹⁶⁵ o bien a que no alcanza el 45% porque presenta mortalidad importante en el mes de julio -en algunos casos en aparente sintonía con el inicio de la curva e incluso como pico de la misma- o en el mes de diciembre

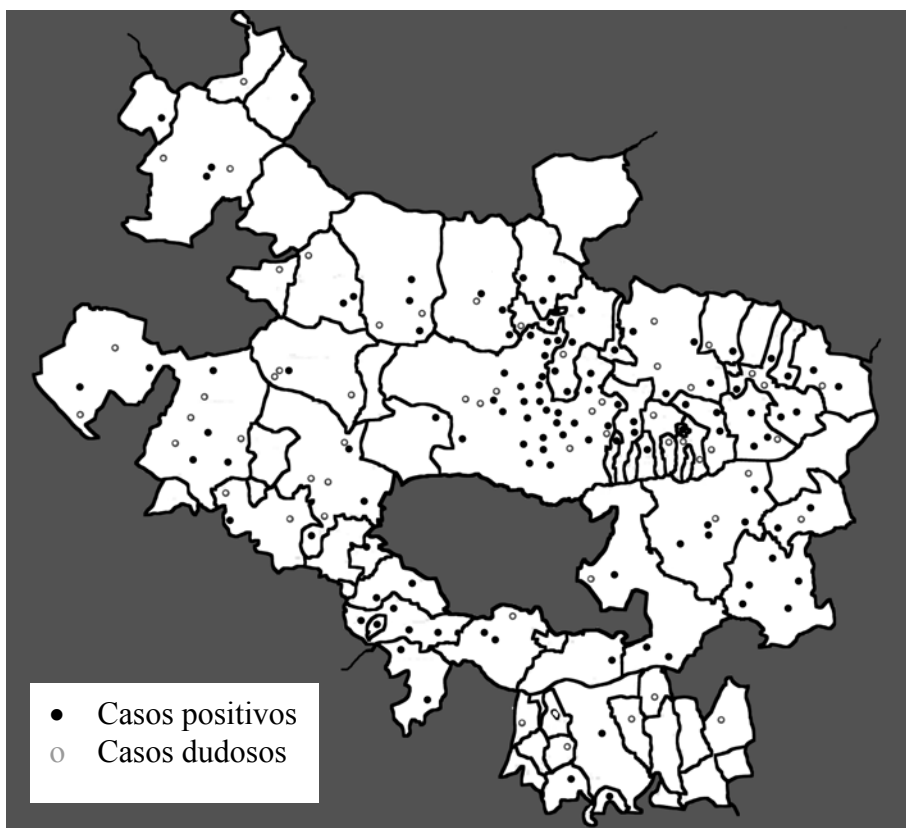
¹⁶³ Aránguiz, hoy en el municipio de Vitoria, pertenecía a la hermandad de Badayoz.

¹⁶⁴ Los comentarios a las localidades con base documental y las señaladas como dudosas se encuentran en el apéndice 1 en forma de notas.

¹⁶⁵ Si en el decenio a estudio existe otro pico de mortalidad diferente al de 1834, la media del periodo aumenta frente a la mortalidad de 1834, e igualmente lo hace la desviación estándar, que es el divisor, reduciendo el cociente y por tanto el índice.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

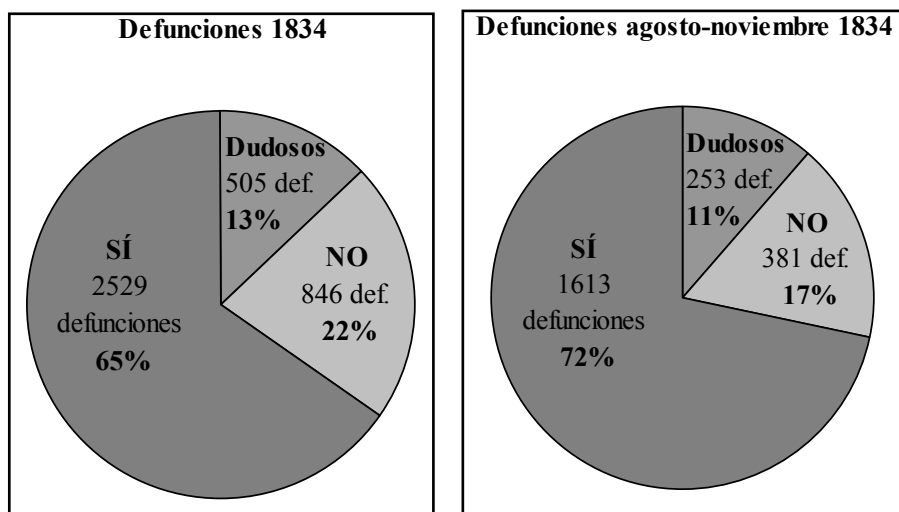
-igualmente como cola de la curva pero también en forma de pico-. En total 55 casos dudosos que otorgan una gran variabilidad al porcentaje de positivos, que podría oscilar entre el 29% y el 43% de las localidades analizadas. No obstante, las distribuciones de ambas, positivas y dudosas, es lo suficientemente estrecha -ver mapa- como para pensar que es más probable acercarnos al porcentaje superior.



Y si geográficamente el número de poblaciones afectadas no resulta imponente en términos absolutos, habremos de fijarnos que su reparto no es uniforme, pudiendo apreciarse en el mapa anterior una mayor densidad en el cuadrante noreste en torno a dos vías de comunicación que, partiendo de Vitoria se dirigen a Navarra por

Salvatierra y a Vizcaya y Guipúzcoa por Villarreal. No apareciendo clara sin embargo la línea más esperable, la del camino de Castilla entre Miranda y Vitoria, potencialmente la vía de entrada del cólera según la distribución oficial.

Demográficamente, como era de esperar, los casos positivos copan la mayor parte de la mortalidad, tanto absoluta como relativa. En términos absolutos, fundamentalmente porque las localidades más pobladas no sólo cumplen inequívocamente los criterios de validación, sino que, además, fueron las más abatidas por el cólera.



De las 3.869 defunciones registradas en Álava durante 1834,¹⁶⁶ el 65% se halla en poblaciones que cumplen los criterios y no se han marcado como dudosas. Pero si lo referimos al periodo seguro de cólera en Álava, agosto-noviembre, el porcentaje asciende al 72%; y si tenemos en cuenta que parte de los casos dudosos también son positivos y que no se reflejan las defunciones de julio y diciembre, en los que probablemente también se dieron casos de cólera, obtendremos un porcentaje aun mayor. Es más, de las 117 localidades

¹⁶⁶ Están eliminadas 11 defunciones que carecen de mes. El total de fallecimientos sacramentados es de 3.880.

alavesas positivas según los criterios propuestos y sobre las que no señalo causas de duda, sólo las 10 poblaciones con mayores defunciones en el periodo agosto-noviembre¹⁶⁷ suponen ya el 51,28% de los fallecidos en el conjunto de dichas localidades.

De manera relativa, podemos apreciar el efecto singular de la mortalidad agosto-noviembre sobre cada población a través del cálculo de la intensidad de la mortalidad según la propuesta de Dupâquier. A diferencia de la mortalidad absoluta, en este caso las diez localidades más afectadas serían: (de mayor a menor) Onraitia, Salvatierra, Gaceo, Sabando, Arcaya, Santa Cruz de Campezo, Heredia, Luco, Opacua (dudoso) y Arrízala,¹⁶⁸ con índices entre el 11,8 y el 6,56 mientras que el mayor índice para las poblaciones negativas sin duda es un 4,5 correspondiente a Contrasta. En el puesto 12 estaría Zambrana que, junto a Salvatierra y Santa Cruz, compartirían la trágica estampa de una gran mortalidad absoluta y relativa.

¹⁶⁷ De mayor a menor: Vitoria, Salvatierra, Labastida, Laguardia, Llodio, Lapuebla de Labarca, Elciego, Santa Cruz de Campezo, Zambrana y Villarreal. El listado completo se encuentra en el apéndice 1.2.

¹⁶⁸ El listado completo puede verse en el apéndice 1.3.

II.4. Discusión.

A la luz de los resultados cabe la discusión sobre aspectos que superan los objetivos del presente capítulo, caso de la cronología y la topografía del cólera, elementos que se ha preferido incorporar en capítulo separado para mantener la estructura de éste en torno al análisis de la mortalidad y su relación con el cólera, puesto que son los que se ciñen a los objetivos iniciales.

II.4.1. Validación.

Dicho esto, probablemente el primer elemento sobre el que se deba discutir es el de la validación. Los criterios que se propusieron pretendían dotar de una alta sensibilidad al análisis estadístico utilizado, de forma que, a la hora de señalar una población como positiva, se diera una alta probabilidad de que efectivamente lo hubiera sido; y a tenor de los resultados parece que así ha sucedido, ya que el 78,94% de las poblaciones que cuentan con confirmación documental de haber padecido el cólera (38)¹⁶⁹ han sido igualmente validadas como positivas mediante los criterios estadísticos propuestos, tratándose las no validadas en todos los casos (8) de pequeñas aldeas que en su conjunto suponen sólo 12 defunciones del total agosto-noviembre de 1834. En consecuencia, al margen de los posibles sesgos que, sin duda, han podido ocurrir en pequeñas localidades, el fundamento de una alta sensibilidad queda demostrado. Lo que a su vez exige recordar que toda alta sensibilidad se alcanza a expensas de la especificidad, esto es, de incrementar la posibilidad de que los criterios estadísticos marquen una localidad como no atacada por el cólera cuando realmente sí lo fue, por lo que de manera indirecta, al reconocer un predominio de la sensibilidad sobre la

¹⁶⁹ Se había señalado la dificultad para establecer cuántas localidades eran las documentadas, ya que cabía la duda de si algunos testimonios documentales se refirieran al municipio o a la localidad y, en cualquier caso, no quedaban especificados qué localidades habían sido afectadas cuando aludían a la hermandad, por lo que el cálculo se ha realizado sobre un mínimo, tomando para la contabilidad sólo una localidad en los casos de duda.

especificidad se está sugiriendo que es más probable que hayan quedado sin contabilizar localidades que sí estuvieron afectadas por la epidemia que, al revés, se hayan contabilizado como positivas localidades que no lo fueron, aunque sin lugar a dudas se habrán producido ambos sucesos en el presente estudio, falsos positivos y falsos negativos. En definitiva, la correlación positiva entre localidades documentadas y positivos estadísticos apoya la buena sensibilidad de los criterios propuestos; y ésta, la mayor posibilidad de haberse producido falsos negativos, esto es, de que sean aún más las localidades que fueron afectadas por el cólera en 1834 y difícilmente menos.

Por tanto, que 145 localidades alavesas, el 36% de las 406 analizadas, cumplan esos criterios de validación propuestos, abarcando el 77% de las defunciones registradas en las parroquias de la provincia en el periodo confirmado de cólera, agosto a noviembre de 1834,¹⁷⁰ debe interpretarse como una corroboración de la hipótesis planteada inicialmente: la mortalidad por cólera en Álava había de ser necesariamente mayor que la recogida en los recuentos oficiales.

II.4.2. Mortalidad.

En este sentido, contabilizando sólo las 145 localidades estadísticamente positivas, se acumulan ya 1.723 fallecimientos, un 194,40% por encima de la mortalidad media del conjunto de Álava para agosto-noviembre del periodo 1830-1839 sin 1834 (886,3 fallecidos), sobremortalidad de 837 defunciones que he venido defendiendo puede atribuirse al cólera. Cifra que aumenta considerablemente si en lugar de todo Álava sólo tomamos la media de mortalidad de las mismas localidades positivas, incluso prescindiendo de los casos positivos dudosos. Así, si únicamente

¹⁷⁰ Tomo como referencia todas las poblaciones que cumplen los criterios propuestos (145 localidades), al margen de que 28 de ellas presenten dudas, obteniéndose para el periodo agosto-noviembre 1.723 defunciones, un 77% del total para esos meses, a diferencia del gráfico previo que discriminaba los casos dudosos (tanto positivos como negativos) otorgando un 72% de la mortalidad a los casos positivos sin dudas.

tomamos las 117 localidades que he considerado positivas sin duda,¹⁷¹ se contabilizan 1.613 defunciones entre agosto y noviembre de 1834 frente a una media de 446,11 óbitos para el decenio sin 1834 en dichas poblaciones y durante esos meses. Por tanto, sin perder de vista que no se contabiliza ni julio ni diciembre -meses muy posibles de cólera-, que probablemente sean más las localidades que se vieron afectadas por el cólera -aunque con mortalidades reducidas-¹⁷² y que en la media 1830-39 está incluida la sobremortalidad bélica, la diferencia del periodo agosto-noviembre de 1834 en esas 117 localidades con el promedio del decenio ha de considerarse un mínimo de la mortalidad atribuible al cólera. En consecuencia, propongo que la mortalidad por cólera en Álava fue al menos el triple de lo que señalan los recuentos existentes hasta ahora; frente al redondeo de Pedro Ramos de aproximadamente 400 defunciones pasaríamos a hablar de 1.166 como mínimo, en sintonía con las propuestas de otros autores españoles que se mueven entre el doble y el triple de la mortalidad epidémica para sus espacios de estudio en relación a las cifras oficiales de 1834.

Diferencia muy apreciable que incidiría en que en nuestro entorno, en relación al mutismo de la documentación relacionada con el cólera de 1834, tuvo mayor importancia el conflicto bélico que los problemas diagnósticos o la ocultación de casos que se destacan en otros estudios nacionales.

II.4.3. Comparación con los registros de 1834.

Aunque estas nuevas cifras constatan aun más el mal registro que traslucen las cifras oficiales, a tenor de algunos ejemplos parece que no puede generalizarse en todos los casos. Tal vez el aparentemente más claro sería el de Labastida, donde los registros sacramentales de la localidad recogen 121 defunciones en el periodo

¹⁷¹ En realidad el cálculo es sobre 116 localidades, ya que la última corresponde a Peñacerrada de la que no tenemos datos.

¹⁷² Si se añadiesen los casos positivos y negativos dudosos se alcanzarían las 1866 defunciones.

agosto y noviembre, entre las que habrá de sospecharse que alguno de los fallecidos lo fuese por causas ajenas a la epidemia, puesto que la mortalidad media del decenio excepto 1834 para ese intervalo agosto-noviembre es de 34,55 sacramentos de defunción. Sin embargo, tal como lo he establecido, la adjudicación estadística de la mortandad atribuible al cólera como la diferencia entre la mortalidad agosto-noviembre en 1834 y la media de ese periodo para el decenio sin 1834, atribuiríamos a Labastida (localidad) una mortalidad epidémica de $121-34,55=86,45$ fallecidos. Cifra inferior al recuento publicado en la *Gaceta de Madrid* (nº 171, pág. 684) que refiere 112 muertos a causa del cólera, y que Ramos Calvo eleva a 114 (op. cit., pág. 44), si bien no queda claro si se refiere a la localidad o al municipio. Aún y todo, si se tomara el municipio, en Salinillas de Buradón se contabilizan 26 defunciones, siendo la media del decenio de 6,11; luego para el total del municipio estadísticamente adjudicaría al cólera un mínimo de 106,34 fallecidos, lo que en cualquier caso sigue por debajo del recuento oficial, resultado que no esperaba incluso recalando que el cálculo estadístico expresa un mínimo. Esta situación de mayor número de fallecidos en los datos oficiales que en mis cálculos parece entonces contradecir la hipótesis -al menos expresada de manera generalizada- de que el ocultamiento de casos y los errores diagnósticos -entre otras causas- crearon estadillos que pecan por defecto. Sin embargo, esta suposición cobraría mayor vigor si se repitiera en el resto de localidades para las que tenemos cifras oficiales, pero no lo hacen, si bien las diferencias no son tan abultadas como yo esperaba inicialmente.

Así, en poblaciones pequeñas como Trespuentes y Zurbano podría hablarse de una cierta correspondencia, si bien engañosa por lo reducido de las cifras, entre las cifras oficiales y mis cálculos estadísticos (Trespuentes 16 fallecidos en la *Gaceta* y $18-4,12=13,88$ los calculados; Zurbano 8 defunciones en la *Gaceta* y $15-4,55=10,45$); sin embargo, al compararlas con poblaciones más numerosas como Salvatierra y Vitoria las diferencias se hacen más llamativas: Para Salvatierra (no sabemos si localidad o municipio) la *Gaceta de Madrid* señala 84 fallecimientos a causa del cólera frente a 126-

17,77=108,23 en los resultados estadísticos utilizados sólo para la localidad, mientras que para Vitoria sin pueblos, las 62 defunciones que constan en el estadillo municipal (A.M.V. 17/27/18), aún sumándole las 34 contabilizadas en el hospital de Santiago,¹⁷³ están muy alejadas de las calculadas estadísticamente para el periodo agosto-noviembre de 1834: 247-105=142.

Por tanto, el caso de Labastida parece más una excepción que la tónica general y, vistas las desigualdades entre cifras oficiales y cálculos estadísticos, tal vez haya de señalarse la lógica posibilidad de que algunos recuentos sean más fiables de lo que supuse *a priori*.

No obstante, la relación de Labastida ofrece la duda de estar realizada *a posteriori*, por lo que también es posible que se inflara la cifra de fallecidos incorporando al cómputo todas o la mayoría de las defunciones que ocurrieron en aquellos meses, ya que durante la mayor parte de la epidemia no contaron con supervisión médica,¹⁷⁴ y por tanto sin diagnósticos potencialmente más acertados dentro del general desconocimiento de la enfermedad, lo que explicaría una cifra tan llamativamente cercana a la del total de los registros sacramentales: 112 fallecidos (114 para Pedro Ramos) por cólera en la *Gaceta de Madrid*, entre septiembre y noviembre de 1834, frente a

¹⁷³ El ayuntamiento vitoriano sólo informa a la comisión regia del cómputo global para el municipio, señalando 133 muertos entre agosto y noviembre -que la *Gaceta de Madrid* rebaja a 130- a los que añade otros 34 en el hospital de Santiago, si bien sólo 16 son civiles, esto es, con más garantías de figurar también en los registros sacramentales. La cifra de 62 defunciones sólo para Vitoria sin sus pueblos se extrae del estadillo utilizado por el ayuntamiento para la contabilidad de los invadidos y fallecidos, del que cabe sospechar que sólo recoge los enfermos más graves y sólo los fallecidos que ya habían sido registrados como invadidos.

¹⁷⁴ A.T.H.A. DH. 87-7. Desde finales de agosto Labastida solicita ayuda a Vitoria por carecer de profesionales sanitarios. Esta ayuda llega el día 7 en forma de un médico y un cirujano, Oribe y Palacios, quienes informan de una situación calamitosa: “ayer se enterraron quatro, y esta noche han fallecido cinco, todos precipitadamente, [...] ascendiendo a veinte los que han sido victimas de esta cruel dolencia” pero a los pocos días Oribe ha de volver a Vitoria, ya que está siendo superada por la epidemia, y Labastida vuelve a quedarse sin control médico a pesar de las nuevas peticiones de ayuda.

118 sacramentados en los libros parroquiales, algo poco probable que no encontramos en otras poblaciones relativamente grandes.

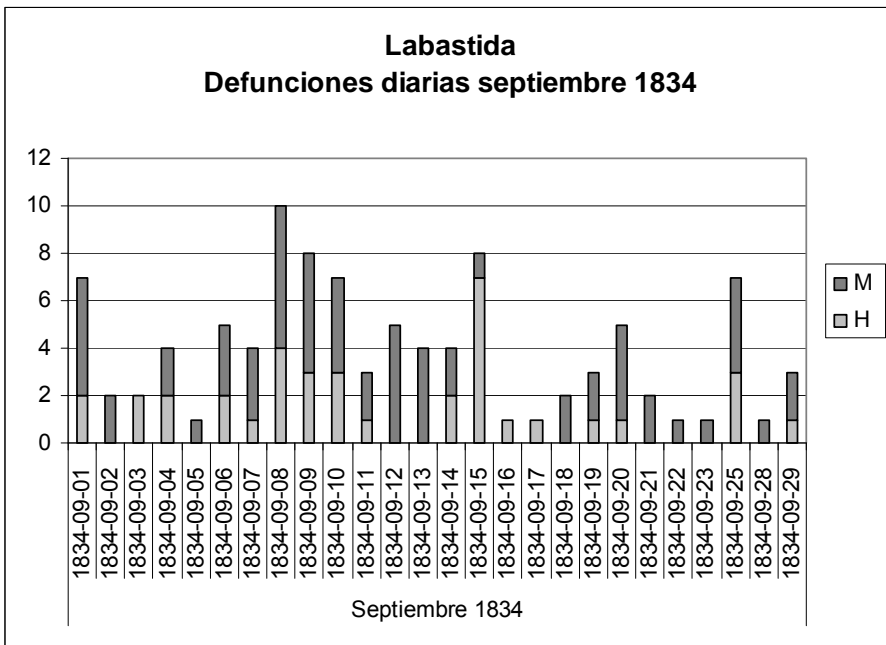
II.4.4. El problema de la curva holomiántica.

El mismo caso de Labastida sirve para señalar las dificultades en la utilización de la expresión gráfica de la curva de mortalidad como elemento de apoyo en la definición de los casos dudosos.

Había señalado en el apartado de la metodología que las epidemias ligadas a la transmisión hídrica tienden a producir múltiples infecciones desde un mismo foco, típicamente un pozo de agua, que hace que tras el periodo de incubación aparezcan numerosos casos conformando un pico llamativo en la curva, tras el cual desciende más lentamente que durante el ataque de la curva, en forma de cola más o menos alargada, pudiéndose producir picos secundarios por reinfecciones o nuevos focos. Este modelo de curva con ataque relativamente rápido seguido del pico y de un descenso lento e insidioso recibe el nombre de holomiántica, y era esperable reconocerlo en las gráficas de las poblaciones afectadas por cólera, si bien ya anticipaba que en las poblaciones pequeñas, la inmensa mayoría de las alavesas, podía pasar perfectamente desapercibida si el número de defunciones no era elevado. Por otra parte, en cuanto que las gráficas utilizadas refieren cifras de mortalidad, sólo se apreciaría la curva si existe una proporcionalidad relativamente constante entre los invadidos y los fallecidos, lo que igualmente era de esperar en una epidemia dejada a su libre albedrío por la inoperancia cuando no inexistencia de recursos sanitarios. En consecuencia, exponía la intención de utilizarla como elemento discriminador en casos dudosos; sin embargo, la curva no aparece con nitidez en ninguna localidad y son pocas las poblaciones en cuyas gráficas diarias se aprecian tendencias sugerentes de la misma.

Por ejemplo en Labastida la tendencia general sí parece corresponder a la curva descrita en la primera mitad del mes de septiembre, apareciendo un segundo pico menor con posterioridad y artefactos ocasionales algunos días. Pero en este caso lo importante es

que la secuencia expresada inequívocamente por el médico Luis de Oribe el día 7 de ese mes (*“ayer se enterraron quatro, y esta noche han fallecido cinco, todos precipitadamente”*¹⁷⁵) no se refleja fielmente en el registro sacramental, probablemente porque en algunos casos fallecimiento y registro fueron actos separados en el tiempo, lo que favorece que al representar gráficamente la mortalidad desde el registro sacramental, como es nuestro caso, aparezcan dientes de sierra tal vez ficticios y se desfigure una curva potencialmente holomiántica.



Es probable que sea ésta una causa que se repetiría en localidades desbordadas por el número de fallecimientos o las limitaciones sacerdotales, pero habrá otras, como en el caso de Vitoria, donde la principal causa que impide ver la referida curva

¹⁷⁵ A.T.H.A. DH. 87-7.

parece deberse a la existencia de diferentes focos de diseminación de la epidemia.¹⁷⁶

Por tanto, la expectativa depositada en la posibilidad de utilizar la representación gráfica como elemento de apoyo a la confirmación de casos positivos ha resultado escasamente productiva, si bien no he abandonado, en el apéndice estadístico, la mención en los casos dudosos a la existencia o no de picos en la mortalidad de las distintas localidades como expresión de una potencial curva, o bien, si ésta está presente, si su tendencia es sugerente.

II.4.5. Los casos dudosos.

En parte por la limitada utilidad de estas curvas, pero esencialmente por las dificultades halladas en los pequeños núcleos rurales con mortalidades absolutas muy reducidas (312 de las localidades analizadas registran en el periodo agosto-noviembre cinco o menos defunciones) en las que resulta muy aventurado tomar en consideración elementos como el pretendido de la sobremortalidad masculina, se decidió ser conservador en el uso de los casos dudosos, especialmente con los que no cumplían con los dos criterios estadísticos principales, el índice Dupâquier y una mortalidad $\geq 45\%$. De hecho, en este apartado de discusión, las cifras barajadas son exclusivamente las provenientes de localidades que cumplen con esos dos criterios o bien poseen certeza documental, marginándose aquellas que no los cumplen, y que he venido llamando “negativos dudosos”, aunque en la tabla estadística del apéndice se conserva la expresión de duda.

Esta decisión elimina también el uso de negativos dudosos por otras causas, como las referidas a índices inferiores a 1 por sobremortalidades importantes algún año bélico, o cuando no alcanzan una mortalidad en agosto-noviembre del 45% por presentar una mortalidad anómala en otros meses, especialmente julio o diciembre, presentando sin embargo, algunas de ellas, quizás no curva pero sí un

¹⁷⁶ Ver capítulo siguiente.

pico sugerente, un predominio femenino -o al menos no masculino- y presencia del cólera en áreas contiguas. En este sentido, aunque los comentarios a estas poblaciones dudosas se hallan en el apéndice 1.1, cabría reseñar aquí algún caso de este tipo como puerta abierta a futuras consideraciones y estudios, por ejemplo Gauna o Gereñu en el municipio de Iruraiz-Gauna, Bergüenda en Lantarón, Quintanilla, Ribera de Valderejo y Villanueva en Valdegovía, o el caso de Elvillar, si bien éste por acumular una llamativa sobremortalidad que se registró sin mes.

II.4.6. Impacto demográfico.

Aún recalcando su carácter de mínimo, 1.166 defunciones en el conjunto de Álava atribuibles al cólera, si bien en sólo cuatro meses de 1834, supondría una tasa bruta de mortalidad en torno a un 12,32%,¹⁷⁷ cifra bastante discreta como para suponer un impacto demográfico capaz de modificar la tendencia a largo plazo de la provincia, aunque obviamente supone una ralentización clara en el tránsito al modelo demográfico industrial. De hecho, la expresión señalada de Homobono sobre que los conflictos bélicos no tuvieron efectos profundos sobre la población podría ser igualmente aplicada a los sucesos epidémicos, ya que efectivamente en el largo plazo la recuperación de la fecundidad unida al descenso de la mortalidad, especialmente la infantil, y a los fenómenos migratorios, compensarán las pérdidas de la triada clásica, epidemia-guerra-hambre, presente en la historia alavesa del XIX con una asiduidad tal que alargará, visiblemente, el periodo de transición entre los modelos demográficos antiguo y moderno. Sin embargo, en el corto plazo y de manera especial a nivel local, no cabe duda que las cifras que barajo para el cólera supusieron claros elementos de desequilibrio a los que se debería prestar atención.

En este sentido, y atendiendo a los índices Dupâquier calculados como expresión de mortalidad relativa, habrá de reseñarse que cinco

¹⁷⁷ Tomando como población total la media de los censos de 1825 y 1857.

localidades sufrieron una crisis de intensidad importante o mayor (Onraita, Salvatierra, Gaceo, Sabando y Ariñez), 27 una crisis de carácter fuerte, 55 de intensidad media y el resto de intensidad menor. El caso de Salvatierra sería el de mayor impacto demográfico, ya que se sitúa en el segundo puesto tanto por la intensidad de la mortalidad como por el valor absoluto de la misma, seguido de Santa Cruz de Campezo y, ya con intensidades de carácter fuerte, las localidades de Zambrana y Labastida destacan sobre el resto. Como suele ser habitual en nuestra provincia, los sucesos de Vitoria quedan magnificados en la documentación y por quienes hacemos uso de ella, y, aunque efectivamente es la localidad con mayor mortalidad absoluta, su índice de 2,98 le sitúa en el puesto 53 del listado con una intensidad de la mortalidad de carácter medio, por debajo incluso de la media provincial con un índice de 4,33.

II.4.7. La epidemia en la evolución demográfica alavesa.

La proposición de al menos triplicar el número de fallecidos en Álava por la epidemia de cólera sufrida durante el segundo semestre de 1834 obliga, necesariamente, a replantearse algunas cuestiones sobre la evolución demográfica de la provincia en el segundo tercio del siglo XIX, es decir, entre los censos de referencia más utilizados de 1825 y 1857, tomando en mayor consideración el factor epidémico frente al clásico del conflicto carlista.

Para Fernández de Pinedo y sus seguidores, se observa un innegable crecimiento demográfico en el siglo XVIII hasta 1787, a expensas de un descenso de la mortalidad “*imputable a una alimentación más equilibrada gracias al crecimiento económico y al desarrollo del comercio*”¹⁷⁸ que, tras el paréntesis de las guerras de la Convención e Independencia, y particularmente en Álava, se continuaría con un gran impulso demográfico de 1810 a 1825, limitándose después hasta 1857. Entendiéndose que el cambio de tendencia no es en 1825, sino que entre el censo de 1825 y el de 1857

¹⁷⁸ VV.AA., CARO BAROJA, J. (Dir.). *Historia general del País Vasco*, vol VIII, pág. 29, basándose a su vez en FERNÁNDEZ DE PINEDO E. *Crecimiento económico...*

sucede algo que va a limitar la tendencia alcista del primer cuarto de siglo, achacándose para el conjunto alavés al efecto de la larga guerra carlista (1833-1839), tanto por la mortalidad directa sobre la generación más fértil -que a su vez ya estaba reducida por la contención de la fecundidad durante la guerra de la independencia- como por el freno en la nupcialidad y en los nacimientos durante la contienda. Y, entre quienes lo tienen en cuenta, a la enfermedad epidémica, destacándose de manera general el papel devastador del cólera de 1855.

Sin embargo, en estas revisiones la epidemia de cólera de 1834, evidentemente partiendo de las cifras oficiales y de la distribución geográfica sugerida por éstas, o se cita sin más en sentido de interferencia menor o, si se destaca su influencia, es sólo a nivel local, por ejemplo en Labastida, al mismo nivel que otros fenómenos morbosos como la epidemia de sarampión de 1828 en Laguardia.¹⁷⁹

Por tanto, resulta interesante tratar de situar en una medida más justa la influencia del cólera de 1834 en la evolución demográfica alavesa, al menos en comparación tanto con el conflicto carlista como con la epidemia de 1855 y, evidentemente, que vaya más allá de la mera confrontación de cifras de mortalidad absoluta, incorporando aspectos como la duración de la epidemia, su extensión geográfica, su influencia en la nupcialidad y fecundidad o en la anticipación de la mortalidad, como ejemplos. Estudio por tanto que, por aproximativo que sea, obliga a desviarse del tema que ahora se discute, por lo que he preferido diferirlo al capítulo siguiente, asociándolo a distintos aspectos epidemiológicos, como el de la morbilidad, que escapan a los objetivos específicos de este capítulo.

¹⁷⁹ Por ejemplo, FERNÁNDEZ DE PINEDO E. *Crecimiento económico...*, pág. 133.

II.5. Conclusiones.

- La buena correlación entre los casos documentados y los positivos estadísticos sirve de validación para la metodología empleada.
- Se estima que al menos 145 localidades alavesas fueron afectadas por la epidemia, frente a las aproximadamente 38 documentadas hasta ahora, lo que confirma la hipótesis de que la guerra carlista influyó notablemente en el mutismo de numerosas localidades.
- Las defunciones por cólera en Álava en 1834 deben situarse como mínimo en 1.166 muertes frente a las aproximadamente 400 que se registraron inicialmente.
- Aunque buena parte de los fallecimientos se corresponden con localidades ya documentadas, se confirma el mal registro de las defunciones por cólera durante y después de la epidemia, aunque con desigual grado de fiabilidad.
- Proporcionalmente, el predominio de pequeñas aldeas entre las localidades estudiadas ha supuesto manejar, en esas poblaciones, mortalidades muy reducidas sobre las que no se ha podido utilizar criterios como los de género o la curva gráfica en la forma inicialmente prevista.
- Aunque la mortalidad absoluta propuesta para Álava no suponga en su conjunto una catástrofe demográfica, existe una gran disparidad en su impacto a nivel local, destacando que cinco localidades, según la fórmula de Dupâquier, sufrieron durante 1834 una crisis de mortalidad de intensidad importante o mayor y 27 de intensidad fuerte.
- En su conjunto, las nuevas cifras propuestas orientan a la necesidad de abrir un debate sobre la influencia de la epidemia de cólera de 1834 en la evolución demográfica de la provincia durante el siglo XIX.

Capítulo III.

Otras cuestiones cuantitativas.

Originariamente este capítulo estaba destinado únicamente a estudiar la morbilidad de la epidemia de cólera de 1834 a través del único estadillo con cierta fiabilidad conservado, el recopilado por el Ayuntamiento de Vitoria. No obstante, al surgir nuevas cuestiones para el análisis durante el estudio de la mortalidad, que rechacé incorporar de modo paralelo al mismo por miedo a perder claridad expositiva, he considerado oportuno incorporarlos bajo el mismo epígrafe amparándome tanto en la continuidad de la temática cuantitativa como, sobre todo, porque ya inicialmente el análisis de la morbilidad se consideraba complementario al de la mortalidad, tal como sucede con estas otras cuestiones.

Así pues, el capítulo presente puede dar una cierta sensación de cajón de sastre donde los aspectos de la temporalidad y la geografía del cólera, a la luz de los nuevos datos inferidos estadísticamente, se presentan junto al subestudio propuesto para analizar el papel del cólera en los cambios de tendencia de variables demográficas, como la nupcialidad y la fecundidad, y también junto a la comparación del

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

impacto de la epidemia de 1834 y la de 1855. Y todo ello a la par de la cuestión inicial de la morbilidad.

III.1. Morbilidad.

Si los cómputos de invadidos y fallecidos publicados tras la epidemia no inspiraban ninguna confianza, habrá de decirse lo mismo de los escasos estadillos existentes que recogen los casos de enfermos y fallecidos de manera diaria, ya que fueron éstos la base de aquéllos. Prácticamente se reducen a los realizados por el ayuntamiento vitoriano, tanto para la capital como para los pueblos de su jurisdicción, ya que algún otro existente carece de anotaciones diarias y da la impresión de ser un recuento *a posteriori*, en probable relación al requerimiento de la comisión regia.

De los existentes en el ayuntamiento vitoriano, el estadillo referido a los pueblos¹⁸⁰ responde a informaciones indirectas, generalmente de los párrocos, y son evidentes sus carencias. Así por ejemplo, el propio ayuntamiento documenta huérfanos y desvalidos¹⁸¹ en algunos de sus pueblos a causa del cólera que, sin embargo, no están recogidos en el estadillo de “*casos de enfermedad sospechosa*”.¹⁸² En cualquier caso, el reducido número de casos recogidos por localidad no permite extraer conclusiones siquiera aproximadas.

Por su parte, el estadillo correspondiente a la ciudad¹⁸³ tampoco puede decirse que responda a la realidad vivida en Vitoria, pero sí posee algunos elementos que permiten usarlo como muestra para el estudio de la morbilidad, al menos para los casos graves.

La relación de Vitoria recoge 114 casos de afectados por el cólera entre el 15 de agosto y el 20 de noviembre, de los que fallecen

¹⁸⁰ A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdiccion de Vitoria*”.

¹⁸¹ A.M.V. 17/27/18. “*Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdiccion de Vitoria*”.

¹⁸² De hecho, Vitoria informa a la comisión regia de casos de cólera en “*esta Ciudad y 20 de los 43 pueblos de que se compone su jurisdiccion*” a partir de lo recogido en el estadillo referido, sin embargo, al menos se documenta en otros cuatro pueblos en distintos documentos como el señalado de los huérfanos.

¹⁸³ A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad*”.

62, un 54%. Porcentaje del que señalaba que no es disparatado y que está en consonancia con el conocimiento actual de la enfermedad, ya que todavía hoy aproximadamente la mitad de los casos graves que no reciben tratamiento fallecen,¹⁸⁴ y el propio título del estadillo vitoriano ya nos informa que lo que se recoge en el mismo son “*los casos de enfermedad sospechosa grave*”. Es decir, admite que no están representados todos los casos, y de hecho en documento separado señala unos mil afectados más en el conjunto del municipio.¹⁸⁵ Y previsiblemente tampoco recoge todos los fallecidos puesto que, en el mismo periodo, se contabilizan 216 defunciones sacramentadas en las parroquias de Vitoria,¹⁸⁶ casi cuatro veces más, diferencia sobradamente sustancial como para pretender que hubieron de ser por causas ordinarias. Por tanto, aunque 114 casos es una buena muestra para una población en torno a 13.000 habitantes,¹⁸⁷ es cierto que tampoco el estadillo vitoriano puede considerarse representativo del verdadero alcance de la epidemia pero, ante la inexistencia de otro mejor, habrá de considerarse las posibilidades de éste si pretendemos conocer algo, siquiera parcialmente, de los aspectos relacionados con la morbilidad del cólera de 1834.

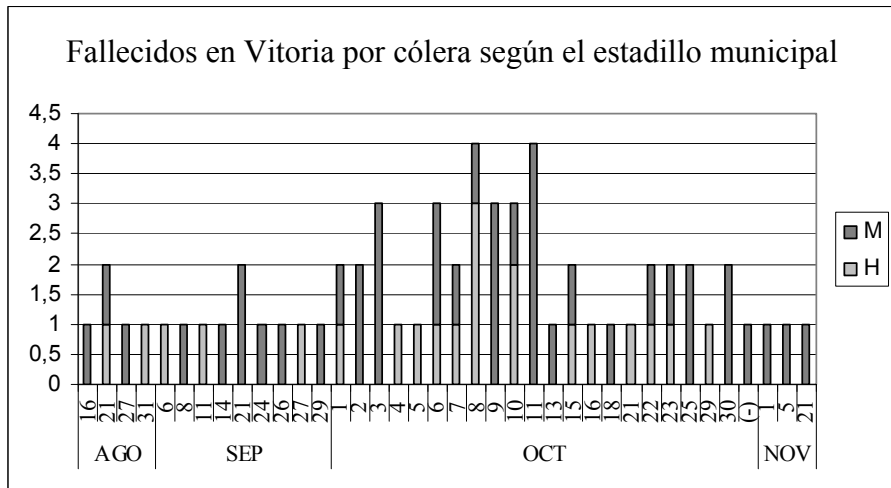
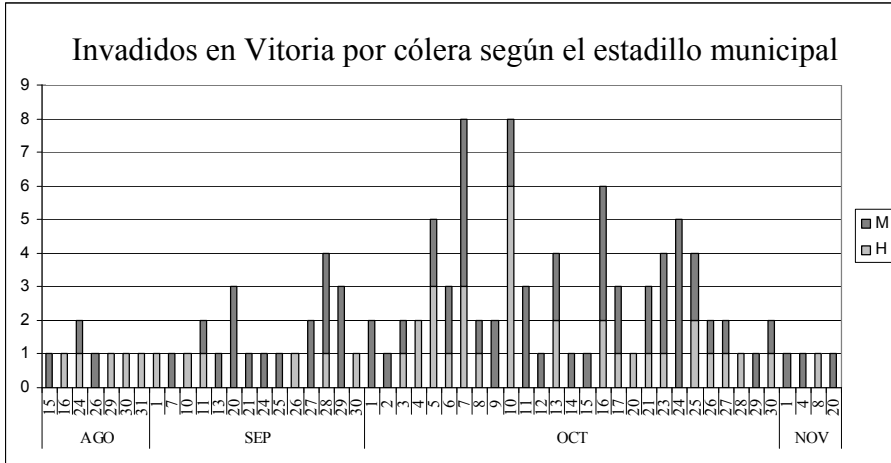
En consecuencia, los resultados obtenidos del análisis de aquel recuento no pueden generalizarse al conjunto vitoriano en aspectos como la tasa de infección, la duración o la letalidad, pero probablemente sí pueda hacerse respecto a las informaciones que nos proporciona sobre el sexo y la edad, siendo más dudoso para el domicilio o la profesión.

¹⁸⁴ Cfr. capítulo I.

¹⁸⁵ A.M.V. 17/27/18. “*Copia de la relación dada por el Alcalde de esta Ciudad sobre el colera-morbo, sus resultados, y gastos suplidos por la Ciudad*”, se señala que “*ha habido en la misma Ciudad, y pueblos atacados algunos mil casos que no presentaron unos síntomas tan alarmantes*”.

¹⁸⁶ 107 hombres y 109 mujeres.

¹⁸⁷ 13.140 es la media del padrón de 1828, que censa 10.703 habitantes, y el de 1857, que referencia 15.577. Otros autores redondean en unos 7.000 (RIVERA, A. “Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana”, en *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Txertoa, 1995. Pág. 410).



A favor del estadillo puede señalarse que se aprecia en la forma un más que correcto interés contable, lo que da credibilidad al contenido del mismo, especialmente importante a la hora de fiarnos de que la mortalidad expuesta se corresponde de manera cierta al conjunto de invadidos recogido. La apariencia es que así es, o al menos en las gráficas extraídas del mismo hay una buena

correspondencia entre los invadidos y los fallecidos. En consecuencia, si definiendo un interés percibido por la fidelidad en la anotación de los casos, ¿por qué entonces no se hizo una recogida más fiel de todos los enfermos y fallecidos de la ciudad?

No hay una respuesta segura. Las orientaciones de Fernández García respecto a que “*en los momentos de mayor gravedad de la epidemia se prescinde de notificar los casos leves, que se curan*”¹⁸⁸ no pueden aplicarse cuando desde el inicio parece existir una selección de los anotados, y porque no sólo faltan enfermos, sino porque también faltan muchos fallecidos cuya gravedad se convierte en manifiesta. Me inclino a pensar que el estadillo municipal responde en esencia a un interés fiscal: sólo se anotarían los casos que suponen un gasto a las arcas de Ayuntamiento, pretendiendo el recuento dejar constancia para futuras compensaciones de la Diputación o de la Corona; de hecho, en la copia del informe enviado a la comisión regia, mientras que las cifras de afectados y fallecidos se presentan de manera global en unas escuetas líneas, se hace acompañar de una relación de gastos más detallada y extensa.¹⁸⁹

De ser cierta esta impresión, podría explicar tanto la ausencia de las clases más acomodadas como de los pobres de solemnidad en el listado, ya que los primeros -al margen de la ocultación de casos y la mayor capacidad para la huida- podrían costearse una asistencia personal y privada, mientras que los segundos eran los únicos que contaban con el derecho a una asistencia sanitaria gratuita. No obstante, la ausencia de anotación en el apartado de profesión de algunos casos, fundamentalmente femeninos, podría matizar esta impresión.

Hechas estas aclaraciones, y advertidos de que los resultados y conclusiones requieren de un mayor conocimiento para poder

¹⁸⁸ FERNÁNDEZ GARCÍA, A. “La epidemia de cólera de 1854-55 en Madrid”. *Estudios de Historia contemporánea*, C.S.I.C., 1976. Pág. 239.

¹⁸⁹ En este sentido, la *Gaceta de Madrid* deja testimonio de ello: “*No consta en la comisión régia que en ningún otro pueblo que en Vitoria se haya invertido ninguna cantidad de los fondos públicos, ni recibido ninguna clase de auxilios para ocurrir á las circunstancias*” (G.M. nº 171, pág 684).

generalizarlo al conjunto de la población vitoriana, analicemos de manera pormenorizada el estadillo.

III.1.1. Descripción.

El estadillo sobre invadidos y fallecidos por cólera en la ciudad de Vitoria se halla archivado en el A.M.V. (signatura 17/27/18) bajo el título de "*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad*",¹⁹⁰ lo que anticipa que recoge aquellos enfermos con cuadros sintomatológicos más alarmantes y no el total de enfermos y fallecidos ocurridos en la ciudad. Posee un formato en tabla organizado, donde las filas son los 114 casos contabilizados y donde las columnas proporcionan datos de los mismos, referidos al mes de entrada, el día, el nombre del enfermo, la calle y número, la parroquia, la edad, el estado civil, la profesión y la fecha de defunción. El estadillo se inicia el 15 de agosto y finaliza el 20 de noviembre, lo que se ha venido tomando como los límites de la epidemia también para Álava, ya que documentalmente es el que proporciona las fechas más extremas.

De los datos que he usado, el nombre, mes y día de entrada se encuentran en el 100% de los casos. La fecha de fallecimiento se da en 62 casos, pero ha de suponerse que es el 100% de las defunciones. La edad en el 98,2% al igual que los datos sobre la calle y sobre la parroquia, mientras que los referidos a la profesión aparecen en 95 casos, un 83,3%. Porcentajes que corroboran la idea de un esfuerzo serio en la recopilación de los datos por parte de las autoridades municipales.

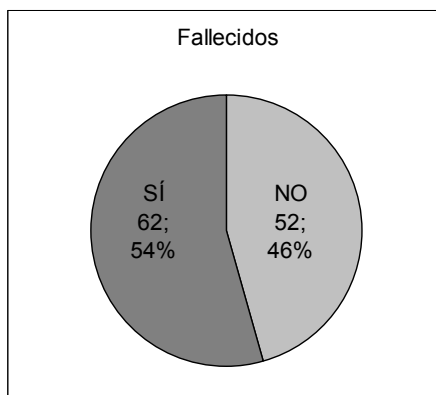
III.1.2. Resultados y discusión.

De los 114 casos recogidos en el estadillo como afectados por la "*enfermedad sospechosa*", 62 aparecen también como fallecidos, un 54%, siendo la duración media entre la entrada en el estadillo y la

¹⁹⁰ Un resumen del mismo puede verse en el apéndice 3, al final del estudio.

defunción de 1,39 días, si bien la mediana es de un día, con 30 casos que fallecen al día siguiente de ser anotados en el registro. Más llamativo aún es que 15 fallecen el mismo día de su entrada.

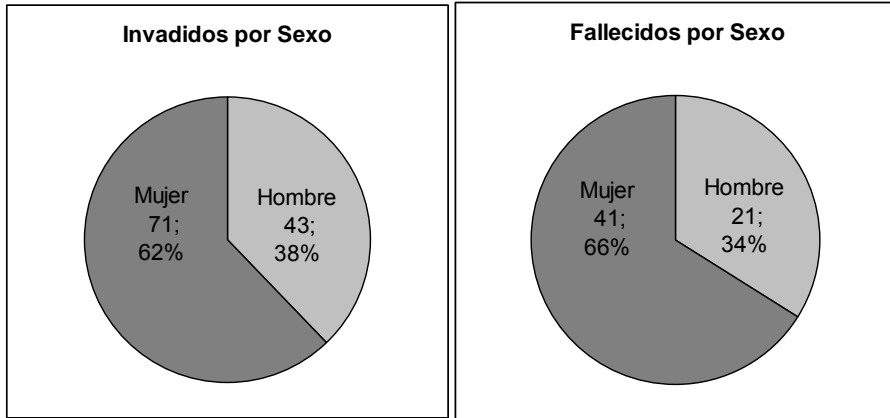
Con estas duraciones cabe pensar que efectivamente la alusión a casos graves que menciona el título del estadillo se queda incluso corta, ya que impresionan de enfermos muy graves, etiquetados generalmente como casos fulminantes.¹⁹¹ No obstante, no puede perderse de vista que desconocemos el tiempo real transcurrido desde la



aparición de los primeros síntomas hasta su inclusión en el registro municipal. Si mi impresión de que el recuento municipal responde a consideraciones de gasto, y no a la mera constatación fidedigna de enfermos y fallecidos, es cierta, bien pudiera haber sucedido que algunas gentes con recursos limitados, pero sin licencia de pobre, afrontaran la enfermedad con sus medios hasta que el empeoramiento del enfermo aconsejara pedir ayuda, momento en que se inscribiría en el estadillo.

Por sexo, tanto en el porcentaje de afectados como de fallecidos hay un claro predominio femenino, llegando a ser casi el doble entre estos últimos. (Invadidos: 62% de mujeres frente a 38% de hombres; fallecidos: 66% mujeres y 34% hombres), lo que está en consonancia con la distribución por género de otras epidemias de cólera del siglo XIX.

¹⁹¹ La expresión de muy grave se utiliza para remarcar el carácter de emergencia vital, ya que en la clasificación clínica actual no existe tal denominación, dividiéndose en formas asintomáticas, leves, menos graves y graves. Por otra parte la expresión de fulminante la uso en el sentido dado por los médicos del XIX en relación a la inmediatez de la muerte tras el inicio de los síntomas. En la clínica actual se reserva tal término para señalar los casos en que la muerte sobreviene sin la aparición de los síntomas digestivos, denominado también como cólera seco.



Así, son cifras que, aunque superiores, porcentualmente no están muy lejos de las que se documentan para la siguiente epidemia de cólera en Vitoria, la de 1855, de la que contamos con los recuentos originales y coetáneos de Gerónimo Roure en su memoria,¹⁹² y la revisión de Estíbaliz Ruiz de Azúa.¹⁹³

	1834, Estadillo	1855, Roure	1855, Rz. Azúa
Mujeres	62,90%	51,38%	51,63%
Hombres	32,35%	31,01%	28,27%
Niños	4,8%	17,59%	20,08%

Ambos recuentos separan la mortalidad infantil sin especificación de género, por lo que en la tabla comparativa también

¹⁹² ROURE, G. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855*, Imp. Viuda de Manteli e Hijos, Vitoria, 1856. No incluyo las cifras de Ramos ni Echevarría porque aceptan las dadas por Roure.

¹⁹³ RUIZ DE AZÚA Y MARTÍNEZ DE EZQUERECOA, E. “La epidemia de cólera de 1855 en Vitoria”, en *Perspectivas de la España contemporánea. Estudios en homenaje al profesor V. Palacio Atard*, Madrid, 1986. Pág. 209.

se ha hecho sobre los datos del estadillo de 1834 para ajustar más las cifras, tomando el corte en 13 años o menos.¹⁹⁴

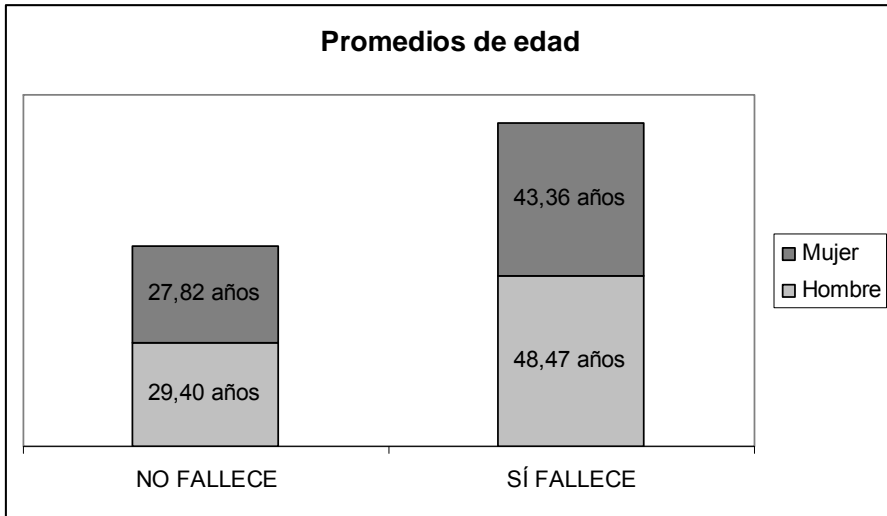
Considerando que las cifras de 1834 corresponden a una muestra, mientras que las de 1855 se extraen de la población total, las diferencias en los porcentajes, al margen de la infantil, no son nada excesivas, lo que podría sugerir la no descabellada posibilidad de extrapolar los resultados de la muestra del estadillo al conjunto de la población vitoriana de 1834 para la variable sexo. Sin embargo, choca con la relativa paridad en la mortalidad total sacramentada en Vitoria durante el mismo periodo del 15 de agosto al 20 de noviembre: 107 hombres y 109 mujeres; lo que, de ser extrapolables los porcentajes del estadillo, indicaría una apreciable mortalidad masculina por causas ajenas al cólera que, en ese momento, presumiblemente responderían al conflicto bélico, lo que no está muy claro según defendía en el capítulo anterior. Por otra parte, aunque los datos epidemiológicos actuales también apuntan a sobremortalidades femeninas por cólera, éstas no alcanzan tanta diferencia y no hay consenso sobre los motivos de la misma, con más énfasis en factores sociales y medioambientales que en aspectos fisiológicos.¹⁹⁵

En relación a la edad, la media de los invadidos fue de 37,69 años, mientras que sólo entre los fallecidos asciende a 45,09 y entre los que no lo hacen se rebaja a 28,52. Lo que determina claramente a la edad como factor de mal pronóstico. Por sexos las diferencias no son muy llamativas (ver gráfica), siendo algo mayor la edad en los hombres que en las mujeres pero persistiendo las proporciones entre los que fallecen y no.

¹⁹⁴ Lo que supone un total de 3. Ampliar la edad a 15 no varía nada, ya que a continuación sólo fallece una de 17. Hay dos casos sin edad, si bien uno de ellos tiene profesión.

¹⁹⁵ Mientras algunos textos recalcan el papel cuidador doméstico de las mujeres como factor de riesgo para adquirir la enfermedad, otros lo que resaltan es un factor protector del medio doméstico frente al medio laboral y escolar cuando la mujer no participa activamente de ellos. Sí hay cierta coincidencia en señalar la alta tasa de abortos en enfermas embarazadas (hasta un 50%) que puede participar en esta sobremortalidad femenina.

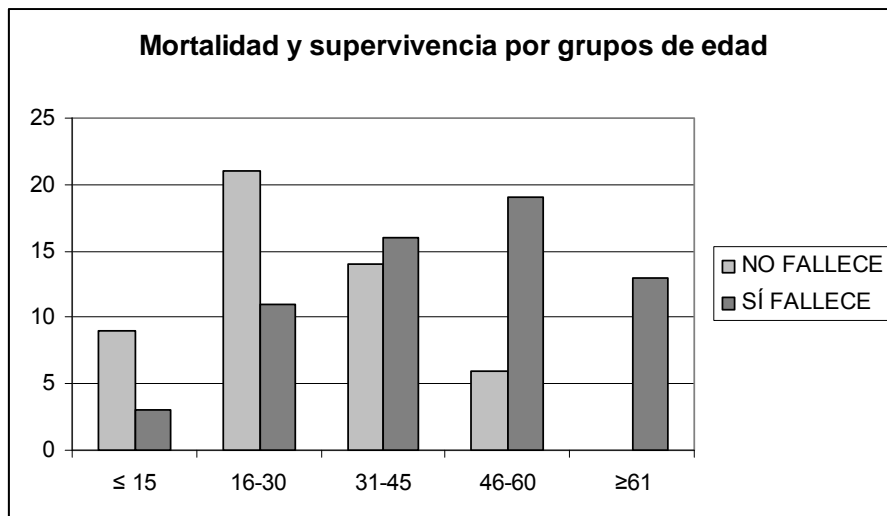
La misma conclusión de la edad como elemento determinante en la supervivencia o no al cólera puede observarse en la división por grupos de edad.



Porcentualmente la mortalidad crece con los grupos de edad: un 25% en los menores de 15 años, 34,3% en el grupo entre 16 y 30 años, 53,3% en 31-45, 76% para el grupo 46-60, y finalmente un 100% en los mayores de 61 años.

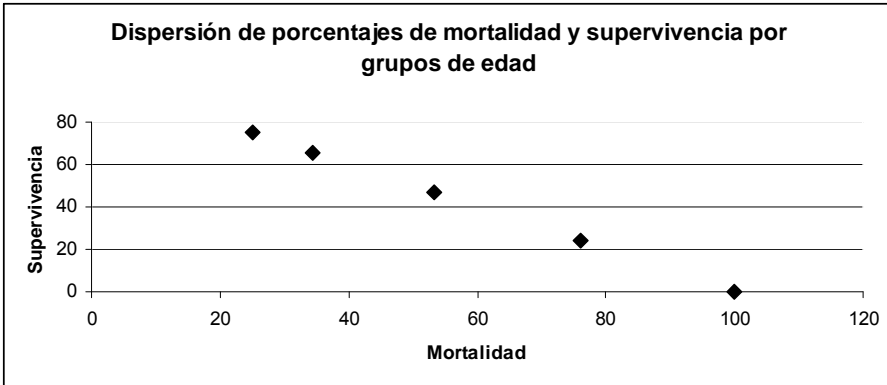
Esta evidente correlación lineal inversa entre supervivencia y mortalidad por grupos de edad apoyaría lo referido en relación al descenso de la mortalidad en un año marcado por la intensidad bélica como sería 1835; durante la epidemia de cólera se produjo una anticipación en el fallecimiento de ancianos que, de no haber sido por el cólera, engrosarían la mortalidad de 1835 por causas ordinarias.

En términos absolutos el grupo con más fallecidos es el grupo en torno a la media señalada, el de 46 a 60 años, y el que más casos de enfermedad presenta es el de 16 a 30 años, donde se engloba también la mayor tasa de curación.

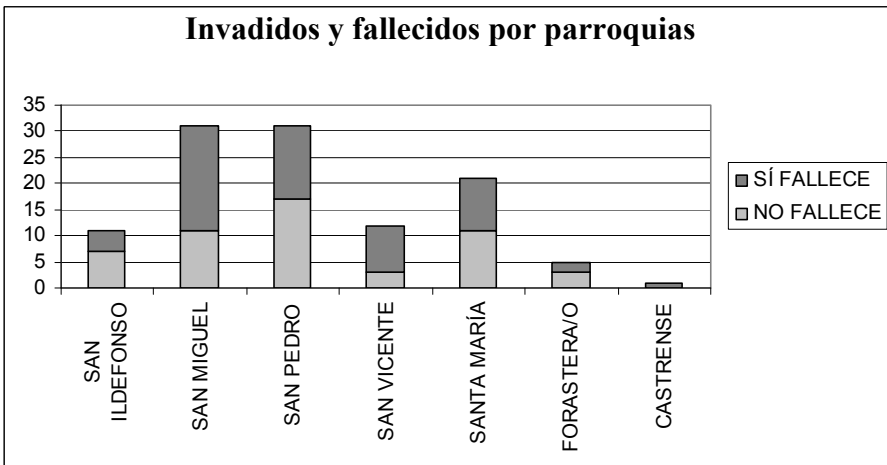


El grupo infantil probablemente no esté bien representado en este estadillo, ya que en ausencia de conductas higiénicas antiinfecciosas era muy susceptible a los contagios vía fecal-oral. De hecho, históricamente se han producido picos de mortalidad infantil durante el verano por cuadros de deshidratación de origen gastroentérico y, en el mismo sentido, en las poblaciones actuales endémicas el cólera es un cuadro esencialmente pediátrico, por lo que probablemente la tasa de infección en el grupo de menos de 15 años sea mayor que la representada. Apoyaría también este supuesto la mayor disparidad en los porcentajes infantiles en la tabla anterior de comparación con la epidemia de 1855. De ser así, la descripción de esta última gráfica se reduciría a la de mayor tasa de infección cuanto más joven, y mayor tasa de letalidad cuanto más viejo.

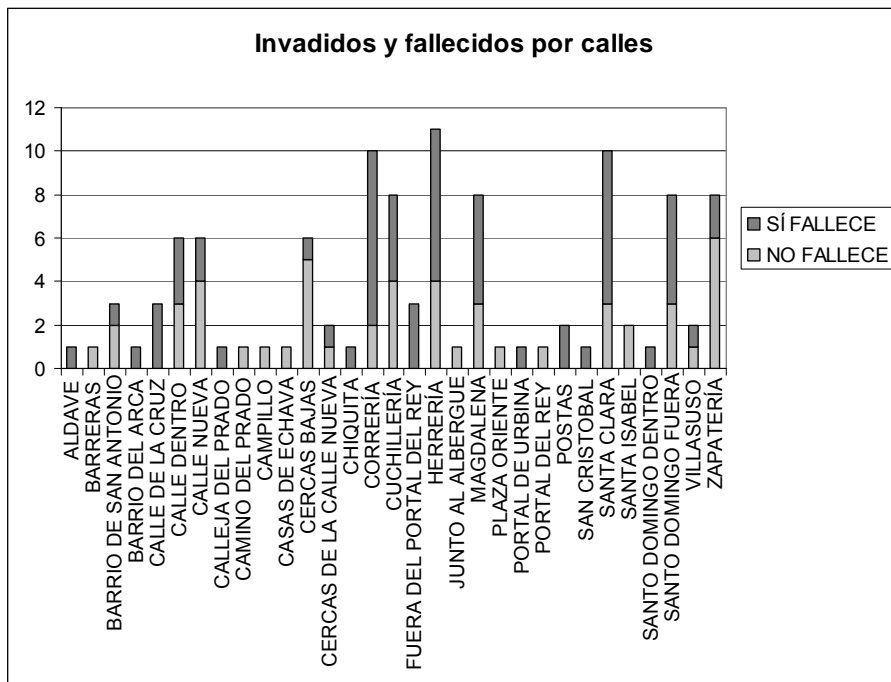
De hecho, el coeficiente de correlación no deja lugar a dudas. Tomando los porcentajes de mortalidad y supervivencia de los cinco grupos de edad el resultado es de -1, lo que se aprecia perfectamente en la gráfica de dispersión cuyos puntos se sitúan prácticamente sobre la línea de tendencia.



La distribución geográfica de la epidemia en la ciudad puede aproximarse a partir de la indicación tanto de la parroquia como de la calle en la que vivían los afectados registrados, si bien la primera aporta espacios mucho menos delimitados que la segunda y más discontinuos, caso de la parroquia de San Idelfonso.



Sin embargo, respecto al uso de los domicilios es necesario ser prudente, ya que no sólo se parte de la convicción de que el registro es una muestra correspondiente a una cohorte específica de enfermos, la de los cuadros más llamativos, y estos casos más graves pudieron suceder más en una parte de la ciudad que en otra, sino que además es dudoso que la selección de la muestra responda a criterios de aleatoriedad y proporcionalidad, especialmente si se demostrara que la condición económica juega un papel decisivo en su configuración.



Y no obstante estas premisas, hay algún elemento coincidente con el resultado del estudio de Ruiz de Azúa para la epidemia de 1855, si bien ella lo hace exclusivamente desde la mortalidad.¹⁹⁶ En la de 1855 tras la calle más afectada, Nueva Dentro (también señalada en el estadillo por encima de la media), las tres siguientes se corresponden con el ensanche medieval de la ladera oeste (Correría, Zapatería y Herrería), que en 1834 copan también los puestos de

¹⁹⁶ RUIZ DE AZÚA, E. Op. cit., pág. 217.

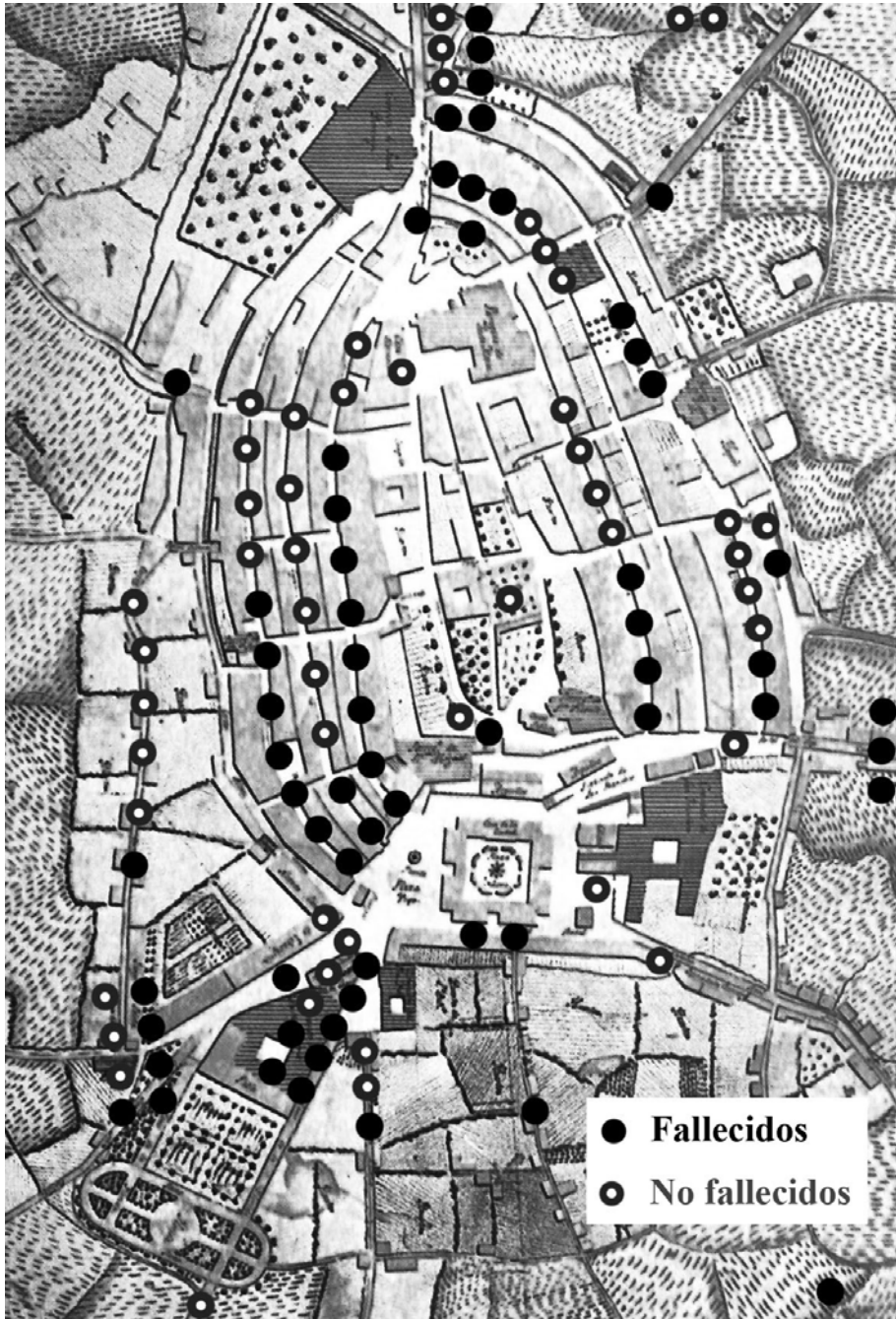
cabeza. Sin embargo, mientras que en los resultados de Ruiz de Azúa se da una cierta proporcionalidad entre ambas laderas de la colina, en nuestro caso el peso hacia la parte occidental es mucho más acusado, y más aún si seguimos la línea hacia Santa Clara, Prado y Magdalena. Condensación de casos extramuros en torno al arrabal de La Magdalena que también es significativo en el estudio de 1855, al igual que el arrabal en torno al convento de Santo Domingo.

Partiendo de la distribución sobre el mapa¹⁹⁷ puede apreciarse mejor el desequilibrio que señalo. El predominio de la ladera oeste no sólo es claro respecto a la colina, sino en el conjunto de la ciudad, llamando poderosamente la atención cómo desde los conventos de las Brígidas y Santa Clara al suroeste, hasta el de Santo Domingo al norte, los casos se distribuyen a ambos lados del río Zapardiel, mientras que el grueso de la ladera este se concentra igualmente junto al riachuelo o canal que recorría la cerca nueva, poniendo sobre la mesa la cuestión del suministro de agua como foco infectivo. Sin embargo, eso no explica el vacío de casos en populosas calles como Pintorería, cuyo abastecimiento de agua y desecho de residuos no diferían del entorno que sí aparece como afectado. Probablemente el motivo haya de buscarse en las peculiaridades del registro y no en la ausencia de enfermos y fallecidos en esas calles.

Cabe recordar que ambos ríos eran esencialmente colectores de los residuos orgánicos que se generaban en la colina, a los que llegaban empujados por la lluvia a través de los estrechos callejones que caían directos hacia ellos. A su vez, los callejones recibían los residuos directamente de negocios y cuadras, así como de los caños que recorrían las traseras de las calles como prolongación de los comunes domésticos. Tanto ríos como caños habían sido motivo de queja secular desde las primeras ordenanzas conocidas de la ciudad, en el siglo XV, y recurrente su cita tras cada embate epidémico, especialmente pestilífero, pero las primeras medidas de cierta envergadura no se producirían hasta finales del siglo XVIII.

¹⁹⁷ Se ha tomado como base del mapa el plano de Manuel Ángel de Chavarri realizado en 1825, así como la nomenclatura de sus calles para anotar los casos. Los puntos no marcan el portal, sino solamente la calle.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



Tanto entonces como durante las reformas de 1820 los ríos habían sido parcialmente embocinados, y la primera alarma de cólera en 1832 había estimulado la canalización y cubrimiento de parte de los caños. Medidas que no evitan en 1834 continuas llamadas a la limpieza de los ríos,¹⁹⁸ aunque tales acciones, encaminadas a eliminar suciedad y restos orgánicos del mismo, considerando que su fermentación era el origen de miasmas perniciosos, carecían de utilidad clara frente al cólera, pues no evitaban su estrecha relación con el suministro del agua.

El abastecimiento de agua había sido objeto de fundamentales mejoras a finales del siglo XVIII¹⁹⁹ y durante las reformas urbanísticas iniciadas en 1820, mejorando notablemente el suministro a las fuentes públicas de la ciudad. Sin embargo, buena parte de los habitantes de la colina se autoabastecían de pozos propios que aprovechaban el acuífero cuaternario sobre el que se asienta,²⁰⁰ lo que implicaba un incremento en el riesgo ya que las aguas fecales vertidas directamente a los caños, muchos aún sin ni siquiera empedrar o canalizar, se filtraban a los mismos pozos de consumo. En suma, el ingente esfuerzo en la traída de aguas de Berrosteguieta y el arreglo de las fuentes de la ciudad entre 1779 y 1780 no iban a producir todos los beneficios esperables en una epidemia, como el cólera, tan susceptible

¹⁹⁸ A.M.V., Hospicio, Lib. 93, Fol. 193 v., del 28 de julio de 1834. El hospicio responde a un requerimiento de la Junta de Sanidad que solicita la mayor vigilancia y aseo, señalando que no sólo lo cumplen sino que además van a limpiar el río que baña la casa, refiriéndose al riachuelo o canal del este.

¹⁹⁹ Tan fundamentales que Ladislao de Velasco las toma como punto de corte en su periodización de la historia de la ciudad. VELASCO Y FERNÁNDEZ DE LA CUESTA, L. *Memorias del Vitoria de antaño*, Domingo Sar, Vitoria, 1889.

²⁰⁰ “*A finales del siglo diecinueve existían en Vitoria-Gasteiz ¡más de 500 pozos!, la mayoría de agua potable (muchas de las casas tenían su propio pozo de abastecimiento, generalmente de varios metros de profundidad)*”. Disponible en <http://www.alava.net/cs/Satellite?c=DPA_Generico_FA&cid=1193046529071&language=es_ES&pageid=1193045167964&pagenome=DiputacionAlava%2FDPA_Generico_FA%2FDPA_generico>. Su estado en 1832 no era siempre el deseable: “*Que en muchas casas de las mencionadas, se encuentran pozos cenagosos é inmundos*”, informe del Sr. Saracibar encargado de la inspección de las calles nueva y de la cruz. A.M.V. 17/27/15, 21 de abril de 1832.

a la correcta gestión tanto del agua potable como de las aguas negras. En suma y en la práctica, Vitoria no estaría lejos de lo descrito para las villas populosas vizcaínas por Arbaiza, Guerrero y Pareja: *“Las villas estaban generalmente situadas en valles al borde de algún río donde las aguas llegan menos purificadas y donde el caudal de agua era utilizado indiscriminadamente como canal de desagüe, como fuente para beber y como espacio de lavado”*.²⁰¹

En este sentido, Ruiz de Azúa obvia este elemento crucial en la propagación de la epidemia cuando, para la epidemia de 1855, realiza un esfuerzo ingente en relacionar las calles más afectadas con determinadas profesiones, condiciones socioeconómicas y ambientales, tratando de establecer vínculos entre pobreza y cólera. Es cierto que para 1855 se ha producido en Vitoria un marcado proceso de hacinamiento que satura el casco medieval, espuela a nobles y burgueses a abandonarlo y hace crecer los arrabales, lo que amplía las diferencias en las condiciones de vida a espacios físicos radicalmente diferentes, elementos aún escasamente presentes en 1834²⁰² donde prácticamente puede hablarse de un mismo espacio de agua, letrinas y muladares. De ahí que no conceda a la distribución por calles connotaciones de carácter social o económico, al margen de la dudosa posibilidad de extrapolar el resultado del estadillo al conjunto de la ciudad.

Igualmente, la adscripción profesional que se recoge en el estadillo dificultosamente podrá ser extrapolable a la población cuando es tan llamativa la ausencia tanto de propietarios como de pobres de solemnidad. Ausencia que difícilmente estará oculta entre

²⁰¹ ARBAIZA, M.; GUERRERO, A.; PAREJA, A. Op. Cit., pág. 31.

²⁰² O al menos no tan evidentes, si bien, como señalaré, buena parte de las alusiones a la sobresaturación humana de la ciudad vieja y los arrabales, a mediados del XIX, provienen de los informes a raíz de la epidemia de cólera de 1855, y éstos fueron realizados esencialmente por médicos, a diferencia de los emitidos en 1832 que lo fueron por vecinos ilustres y los mayores de las vecindades, cuya perspectiva de las condiciones higiénicas probablemente diferían de las de los galenos del 55, especialmente de la de Gerónimo Roure.

los 19 casos en los que no se anota profesión alguna, ya que 14 de ellos corresponden a mujeres.

Como puede apreciarse en la gráfica siguiente, el grueso, tanto de los afectados como de los fallecidos, está compuesto por un heterogéneo grupo de oficios, mayoritariamente de carácter artesanal, seguido de lejos por los trabajadores agrícolas y del servicio doméstico.²⁰³ En suma, por el estamento más amplio de la sociedad vitoriana,²⁰⁴ como cabría esperar de una población que aún desconoce los determinantes de salud implicados en la prevención de la transmisión del cólera.

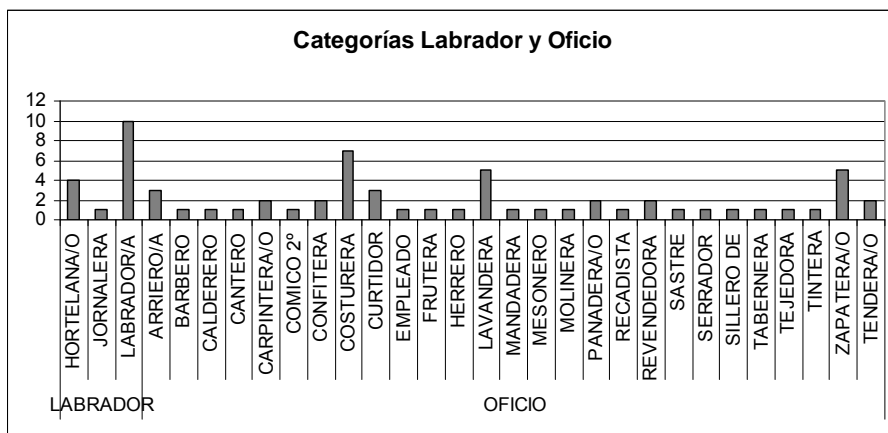


Quiero decir con esto que, en una población donde ricos y pobres, rentistas y carpinteros, comparten un mismo espacio sin claras distinciones en el entorno medioambiental, como el abastecimiento del agua y la gestión de los residuos, todos estuvieron expuestos de manera muy similar y, en consecuencia, lo esperable es que enfermaran más dentro de los grupos más amplios, con cierta

²⁰³ Se han eliminado en el cuadro los casos que aluden a profesión con expresiones del tipo mujer de, hija de, viuda de. De ahí que de los 95 casos que recogen alguna referencia a la profesión sólo se han utilizado 87.

²⁰⁴ Cfr. para el año 1732 a MANZANOS ARREAL, P. "Trabajo y patrimonios en la Vitoria del siglo XVIII", en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Txertoa, 1995. Pág. 175 y ss. Y, para el empadronamiento de 1857, a RUIZ DE AZÚA, E. Op. cit., pág. 190.

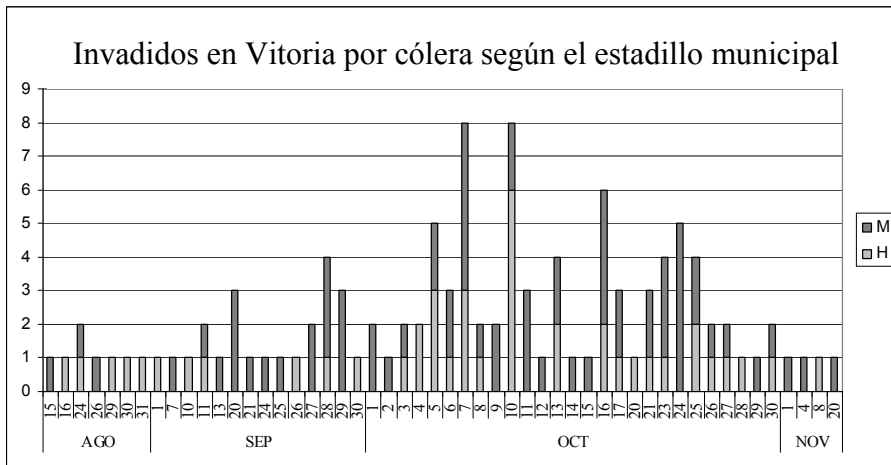
independencia de planteamientos socioeconómicos, si bien en la mortalidad podría jugar un papel esencial aspectos sí ligados a la capacidad económica como la nutrición. Teniendo en cuenta que la ciudad apenas ha tanteado el ensanche hacia el sur, en 1834 y en la colina intramuros, todavía se cruzan el noble y el pordiosero, el comerciante sortea los desechos del carnicero callejón abajo y el arriero comparte muladar con el hortelano que recoge su estiércol. Otra cosa es el exterior de las cercas, donde los arrabales clásicos de Barreras, Magdalena o Santo Domingo (la próxima ciudadela) deben considerarse espacios independientes. Y, con aún una peor gestión de las aguas de consumo y las aguas negras, en estos barrios extramuros no puede obviarse el factor del agua, sobre otros condicionantes socioeconómicos, en la concentración de casos que se dan en el estadillo sobre estas áreas.



Por tanto, al igual que con la distribución por calles, no considero que un análisis sobre las profesiones, al menos desde los datos que disponemos mediante el estadillo, permita aventurar orientaciones más allá del propio riesgo de cada actividad. Así por ejemplo, en el caso de las dos categorías con más casos, oficio y labrador, vemos que sobresalen algunas ocupaciones vinculadas al agua, como las lavanderas, o a las excretas, como los labradores y hortelanos, ya que en las ciudades las abundantes deposiciones humanas se sumaban a las animales para la composición de estiércol,

lo que podría aumentar las probabilidades de contagio. Sin embargo, en el llamativo caso de las costureras no encuentro este tipo de vínculos ni otros, como el domicilio. Curtidores son también oficios de uso intensivo de agua, pero no tan claro en los zapateros, que trabajan ya la piel curtida. Y qué decir del resto de oficios cuyos números no parecen señalarlos como riesgo profesional.²⁰⁵

Finalmente, ha de indicarse que a diferencia de las gráficas utilizadas para el capítulo anterior, basadas todas ellas en la mortalidad sacramentada, se tiene aquí la oportunidad de hacerlo sobre la incidencia de la enfermedad, si bien recalcando que sólo está reflejada una pequeña porción de los casos, a tenor de la referencia señalada en la copia del informe a la comisión regia de que en el conjunto de Vitoria y sus pueblos se dieron “*algunos mil casos que no presentaron unos síntomas tan alarmantes*”.²⁰⁶



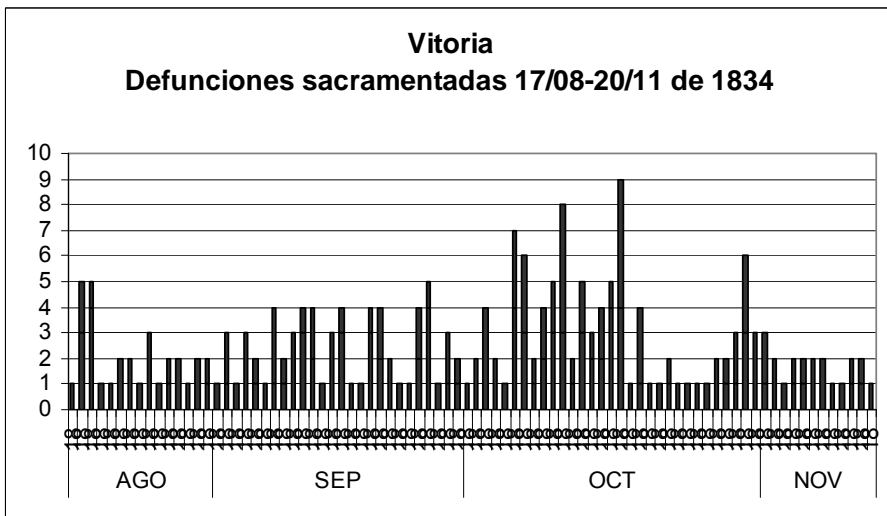
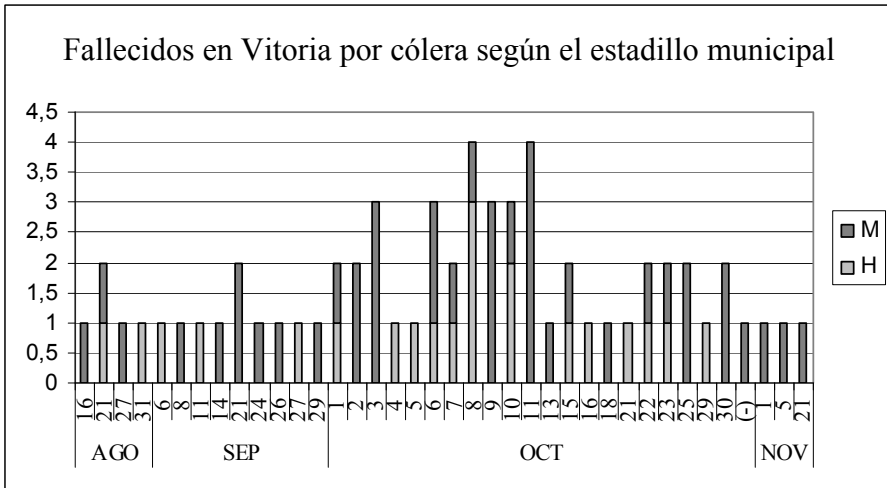
Y ciertamente, la curva definida que esperaba encontrar, agarrándome a una cierta proporcionalidad de la cohorte recogida en el estadillo con las cifras totales de enfermos, no aparece si no es con algo de imaginación. Sólo si nos atuviéramos a los picos más

²⁰⁵ He incluido dentro de la categoría “oficio” un caso etiquetado como “empleado”, colocado por otros autores como personal administrativo público o funcionario, pero al ser único no he considerado oportuno añadir una categoría nueva.

²⁰⁶ A.M.V. 17/27/18.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

sobresalientes podría trazarse una única curva, si bien a la inversa de la esperada, con un ataque largo -demasiado largo- y una cola corta.



Sin embargo, los constantes altibajos ofrecen demasiadas dudas. Probablemente deban explicarse por lo más sencillo: el estadillo no constituye verdaderamente una muestra y no cumple con los elementos más básicos de representatividad. No obstante, queda

parcialmente contradicho porque, *grosso modo*, la forma de la curva se mantiene en la gráfica del total de defunciones recogidas en los registros parroquiales.

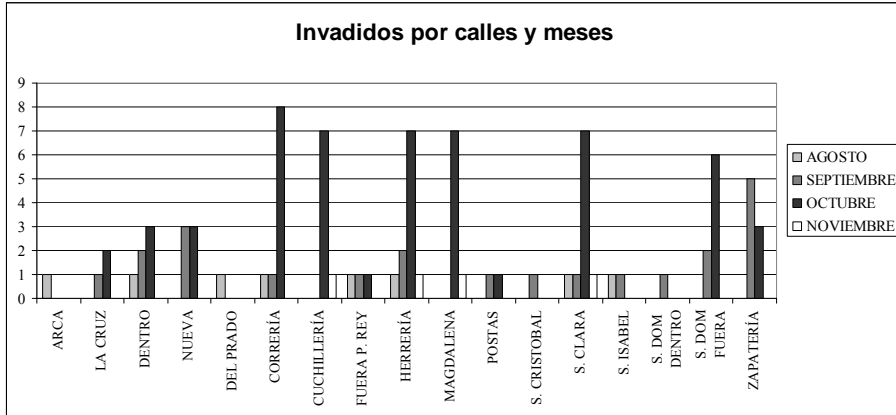
Una alternativa podría ser la debida a la aparición de varios focos, aunque no necesariamente consecutivos en el tiempo, sino superpuestos en diferentes momentos. Podría apoyar esta idea la marcada diferencia entre la ladera este y oeste, deudoras a su vez de cauces de agua diferentes, y un tercer elemento en discordia como serían los barrios de Santo Domingo Fuera y La Magdalena. Sin embargo, esto no se aprecia con claridad ni por calles ni haciendo cohortes por zonas. Ahora bien, una línea de ataque tan larga cuadra bien con la idea de varios focos poco importantes cuantitativamente.

Había señalado cómo el cólera epidémico tiende a formar una curva típica, llamada holomiántica, cuya premisa inicial es el contagio múltiple a partir de un foco común, lo que produce, tras el periodo de incubación, una línea de ascenso rápido para después descender más lentamente. Bien, en nuestro caso tenemos una ascensión muy lenta y con altibajos, lo que puede ser leído como la no existencia de un foco único y como no sugerente de brote epidémico; esto es, los primeros casos que se dieron en Vitoria no fueron debidos a una invasión epidémica -que empezará en septiembre probablemente desde el Ebro- sino a casos aislados importados seguramente desde julio -que es cuando mejor se aprecia el cambio de tendencia en la mortalidad-. Viajeros, comerciantes o posiblemente militares, portaron la enfermedad a Vitoria en fechas tempranas, cuando azotaba en pleno brote al centro peninsular, generando contagios a pequeña escala que comienzan a hacer crecer la curva de defunciones pero que no llegan a generar un brote epidémico llamativo. La duda sería si el incremento de casos a partir de finales de septiembre se debe a la natural progresión de estos primeros contagios o si se produce un solapamiento con el arribo de la verdadera ola epidémica, que se documenta bien desde últimos de agosto en la línea del Ebro.

Finalmente, volviendo a los datos del estadillo, habrá de señalarse que el momento álgido de la epidemia no ocurre tampoco de manera uniforme en la ciudad, probablemente por las mismas razones

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

de los focos múltiples, apareciendo algún pico en septiembre frente al más general en octubre.



Agosto tiene casos salpicando relativamente todas las zonas, que se mantienen en septiembre y se generalizan en octubre,²⁰⁷ mes álgido de la epidemia en la capital y en la mayor parte de las calles. Al margen de algunas calles que carecen de afectados en octubre pero que su total es muy reducido, sólo hay una excepción que podría apuntar en la dirección de diferentes focos, el caso de la calle Zapatería. Esta vía, que presenta un buen número de casos, no se comporta como el resto de calles más afectadas, ya que el pico lo presenta en septiembre y disminuye en octubre. En menor medida la calle Nueva, en la ladera contraria, que iguala los meses de septiembre y octubre, no sigue el patrón de las zonas más afectadas.

²⁰⁷ Las calles que faltan en la gráfica sólo presentan casos en octubre.

III.2. Temporalidad.

Aunque tanto la *Gaceta de Madrid* como González de Sámano se limitan a expresar la duración de la epidemia en Álava en términos mensuales, entre agosto y noviembre, es evidente que toman como referencia los datos del estadillo de Vitoria capital, ya que es el documento que testimonia una periodicidad más amplia: entre el 15 de agosto y el 20 de noviembre; fechas que Pedro Ramos mantiene igualmente.

Este marco temporal es acorde con las fechas barajadas para el entorno alavés desde donde se supone que llegó la epidemia. Así, Logroño y Burgos capital declaran iniciada la epidemia a primeros de agosto²⁰⁸ y, en la secuencia conocida, es lógico que ambas ciudades se vieran invadidas por el cólera antes que Vitoria. Sin embargo, en los estudios previos se ha tomado la expresión de las capitales como la de los espacios provinciales, asumiéndose una progresión excesivamente lineal del avance de la epidemia, lo que no es en absoluto acorde ni con lo poco conocido ni, sobre todo, con la secuencia temporal que puede extraerse del presente estudio a través de la mortalidad.

De entrada, con los escasos datos documentados sobre la temporalidad de la epidemia, el inicio declarado de la epidemia en Vitoria, el 15 de agosto, es anterior al de algunas localidades burgalesas en el camino Burgos-Vitoria, caso de Pancorbo, y al de otras en la ruta Logroño-Vitoria -por Miranda, no por Peñacerrada- como Briones o Labastida. Al margen de los innegables problemas para declarar la epidemia, lo que evidentemente condiciona la fiabilidad de las fechas señaladas, las curvas de mortalidad de las localidades alavesas confirman, por ejemplo, un inicio más prematuro en Vitoria que en Labastida, cuando según la versión clásica de una progresión lineal debiera ser al revés. Luego si la capital alavesa, en el centro del territorio, se vio afectada antes que la frontera con Burgos y La Rioja es evidente que hubo formas de contagio no lineales, lo que

²⁰⁸ La Junta de Sanidad de Burgos informa a la de Vitoria el día 8 de agosto de que en la ciudad de Burgos se habían presentado más de veinte casos de cólera. A.T.H.A. DH 87-7.

habitualmente se señala como casos importados, capaces de producir potencialmente por sí solas un brote de características epidémicas.

Pero a esta cuestión de la progresión del cólera debe unirse la de las fechas de inicio de la epidemia, ya que, a tenor de las gráficas de mortalidad de las localidades alavesas, parece razonable proponer que los primeros casos en nuestra provincia se dieron en julio, mes en el que, oficialmente, todavía se está declarando la epidemia a la altura de Madrid capital.

III.2.1. Hipótesis de las dos velocidades.

Aunque en 1832, con el cólera barriando Francia, la amenaza para Álava se había situado al norte, a lo largo de 1833 cambió radicalmente por la disminución de casos en Francia y por el arribo de la epidemia a varios puertos de la península ibérica, desde los que iniciaría, lenta e insidiosamente, su progreso hacia el interior especialmente desde la zona meridional. Álava trató de bloquear el acceso a la provincia con un cordón sanitario de suroeste a sureste que se continuaba por Navarra, tomando el Ebro como frontera y tratando de controlar el paso por las rutas que llegaban de La Rioja y de Burgos, forzando ambas vías a confluir en una única entrada a la provincia que se había situado en Miranda de Ebro. El cordón se mantendría, a pesar de la Orden Real de supresión de agosto, hasta septiembre, cuando ya era evidente que la epidemia lo había atravesado y se incubaba por toda la provincia.

El énfasis de la documentación²⁰⁹ en el control de Miranda y en el esfuerzo de los pueblos ribereños para desviar a los viajeros hacia aquel punto, seguido de las órdenes para que, desde Miranda a Vitoria, no se desviara nadie del camino real hasta llegar a la casa de observación que la capital había dispuesto en la dehesa del Prado,²¹⁰

²⁰⁹ La crónica de la epidemia en Álava es el objeto del siguiente capítulo, donde se cita la documentación a la que ahora hago referencia.

²¹⁰ Extramuros de la ciudad en el camino de Castilla que venía de Miranda, cerca de donde se había situado desde la alta Edad Media el lazareto de San Lázaro.

ha condicionado la perspectiva, al menos vitoriana, de que ésa hubo de ser la ruta de llegada del cólera. La coincidencia de que se documente bien la llamada de auxilio de Labastida con el pico de la epidemia en septiembre, mientras que en Vitoria y sus pueblos el momento álgido se vivirá en octubre, ayuda a corroborar esa impresión de diseminación por contigüidad, progresiva y lineal, desde Miranda a Vitoria por el camino real de Castilla y su paralelo, el río Zadorra, que sirve de fácil relación a la transmisión hídrica del cólera.

Ésta ha sido la visión clásica y la defendida hasta ahora por quienes han estudiado la epidemia en Álava; sin embargo, hay importantes dudas de que efectivamente así sucediera. O por lo menos que sólo sucediera así.

Otras opciones de llegada del cólera a la provincia son documentalmente inexistentes, ya que la situación bélica sólo dejó como medianamente seguro para las comunicaciones el pasillo desde Vitoria hacia Castilla y, por tanto, la Junta de Sanidad de Álava sólo tuvo conocimiento de lo que sucedió en esa ruta y, aún y todo, muy parcialmente. Un ejemplo manifiesto es que una población importante y duramente afectada como Laguardia, aunque algo desplazada de esa vía pero en la línea del cordón del Ebro y en el camino de Logroño a Vitoria por Peñacerrada, ni siquiera figura en el estadillo oficial.

Una muestra de la necesidad de plantearse mecanismos complejos en la propagación de la enfermedad, frente a la clásica de contigüidad y linealidad, estaría en la paradoja de las fechas entre Vitoria y Labastida. Aunque respecto a los picos de la epidemia, Labastida, en la línea del Ebro, lo tuvo en septiembre, y Vitoria, en el interior de la provincia, lo padeció en octubre, en perfecta sintonía con una propagación sur-noreste (camino real y río Zadorra), las fechas declaradas de inicio de la epidemia son a la inversa: Vitoria la declara en agosto y Labastida en septiembre,²¹¹ lo que se confirma en las gráficas de defunciones. Mientras que la capital inicia un cambio de

²¹¹ Las peticiones de ayuda de Labastida a Vitoria son del 26 de agosto, pero entonces todavía no declaran casos, sólo aluden a que la vecina Briones ha sucumbido a la epidemia y que la esperan en su localidad en cualquier momento.

tendencia en la mortalidad en julio, en Labastida no se producen cambios significativos durante los meses de julio y agosto, iniciándose el cambio de tendencia a primeros de septiembre. Por tanto, si la epidemia ya estaba en Vitoria antes que en Labastida, aunque lejos aún de su pico, perfectamente pudo progresar de norte a sur en lugar de la inversa.

Esta aparente contradicción puede explicarse mediante la consideración de dos velocidades en la invasión del cólera en la provincia, que estaría apoyada no sólo en esa dicotomía entre fecha de inicio y fecha de pico, sino especialmente por la peculiaridad de la curva de mortalidad de Vitoria, que muestra un largo periodo de ataque que no se corresponde con un debut epidémico de contagios masivos, del tipo holomíantico, pero sí con un inicio insidioso a partir de contagios reducidos provenientes de casos importados.

Vitoria, al igual que otras capitales de provincia era punto de partida y de destino para la mayoría de los viajeros, comerciantes y tropas, lo que convertía a esas ciudades en poblaciones más susceptibles de ser invadidas por el cólera que otras de paso, y éstas más que aquellas alejadas de los caminos principales. Mi impresión es que Vitoria importó casos muy tempranamente, convirtiéndose en foco difusor para el resto de Álava al mismo tiempo que la epidemia llegaba al sur de la provincia por contigüidad desde el otro lado del Ebro. Se darían por tanto dos invasiones, una temprana que disemina casos importados aislados a algunas poblaciones desde julio, especialmente a Vitoria,²¹² a partir de los cuales se producirían contagios puntuales iniciándose una lenta progresión de la epidemia en varias direcciones; y una tardía de carácter claramente epidémico que, efectivamente, venía desde el sur y se propagó por contigüidad, llegando a las poblaciones bañadas por el Ebro a finales de agosto o primeros de septiembre provocando contagios masivos y picos epidémicos rápidos. Finalmente, ambas líneas confluirían

²¹² Vitoria no es la única localidad que presenta en la gráfica de defunciones sacramentadas un inicio del cambio de la tendencia en la mortalidad desde julio.

sinérgicamente en la mayor parte de la provincia durante el mes de octubre.

Pero, ¿cómo llegan los casos importados, no epidémicos, hasta Vitoria y por dónde?

Parece claro que Vitoria es el eje de las comunicaciones de personas, mercancías y tropas, y éstas debían entrar, en teoría, por Miranda de Ebro para, una vez franqueado ese paso, llegar a la capital -donde volverían a ser examinados y puestos en cuarentena si se precisase- sin poder detenerse ni separarse del camino real. Es decir, si un portador de la enfermedad entraba en Álava por Miranda, al no presentar aún síntomas, era más fácil que llegara a Vitoria que no a otra población, puesto que hubiera sido rechazado por ésta salvo que fuera ése su destino; luego la vía del camino real como puerta de entrada es muy probable, aunque no tuvo necesariamente que ser la única. Por una parte, al margen de continuas infracciones al reglamento de cordones, éstos no se endurecieron hasta conocer que Madrid había sido invadido por el cólera, lo que ya los hizo claramente inoperantes; y por otra, la libre circulación de los ejércitos cristinos y la evidente libertad de los rebeldes, constituye una alternativa a la vía del camino real que se corresponde mejor con la ubicación de las localidades afectadas por el cólera sobre el mapa, y que tendría encaje con la teoría clásica del papel diseminador atribuido a las tropas de José Ramón Rodil.

Desde los estudios generales sobre el cólera en España de González de Sámano (1858) y de Hauser (1897) se había sustentado convincentemente la influencia de los ejércitos en la transmisión de la epidemia: desde los británicos sacando el mal de los confines de la tierra, pasando por los polacos en su ayuda al rey portugués en 1833, hasta el ejército del marqués de Rodil que, desde Portugal, diseminaría la epidemia por la península en su camino a Navarra para hacer frente a la sublevación carlista. De manera general, desde aquellos autores se ha mantenido entre los estudiosos de la epidemia la influencia de estas tropas en la propagación del cólera, si bien con diferentes matizaciones. Así, Esteban Orta se muestra escéptico ante esta teoría porque cuando Rodil llega a Pamplona, el 14 de julio, no hay noticia

de cólera en Navarra, no apreciando clara relación con el inicio de la epidemia a primeros de agosto en la Ribera navarra, suficientemente alejada de la ruta de Rodil, Logroño-Viana-Puente la Reina-Pamplona.²¹³ En el mismo sentido, Rodil avitualló en Logroño a primeros de julio -y previsiblemente sus tropas avanzadas antes- y, sin embargo, en dicha ciudad se da por iniciada la epidemia un mes después.

No obstante, las fechas han de tomarse sólo como orientativas, ya que la declaración de la enfermedad debe atravesar al menos tres sucesos: el periodo de incubación (normalmente inferior a cinco días), la dificultad diagnóstica de los primeros casos (por el desconocimiento médico y por la trascendencia de su veredicto) y la decisión política (no generar alarma social, cuestiones económicas, de prestigio...), lo que siempre da un margen más o menos importante entre el primer caso y el reconocimiento público de la enfermedad, y entre ésta y su declaración epidémica. Por otra parte, no debe verse en el camino de Rodil una vía única de contagio, ya que desde cada uno de los puntos en que se acuarteló se generaron posibilidades de contagio múltiples entre los lugareños. Desde Logroño un arriero pudo llevar el cólera a Tudela al mismo tiempo que Rodil llegaba a Pamplona.

Este último suceso debía vencer una barrera, la de los cordones sanitarios, pero si el viajero provenía de una zona supuestamente no afectada contaba con un visado que lo certificaba y por tanto, salvo manifestación clínica de enfermedad, no era retenido en las casas de vigilancia o lazaretos. Y es evidente que Logroño se consideró libre de la epidemia al menos hasta primeros de agosto. Esta particularidad ocasionó, sin duda, la aparición de casos importados en muchos lugares antes de la declaración de la localidad como afectada, entre otras razones porque un caso único no tiene por qué provocar siempre una epidemia. No obstante, al margen de esta peculiaridad, quienes no eran parados en ningún lazareto eran los ejércitos, y en nuestro entorno había unos cuantos: por un lado el grueso de las tropas de

²¹³ ORTA RUBIO, E. Op. cit., págs. 273-274.

Zumalacárregui en constante movimiento en torno a su reducto en las Amézcuas, lo que implicaba el este alavés, y sus facciones alavesas, especialmente la del activo Bruno Villarreal;²¹⁴ y por otro el ejército liberal del norte, al mando precisamente de Rodil desde el 8 de julio, con fuerzas tanto en Álava como en Navarra.

Por tanto, la hipótesis de que los 10.000 soldados de Rodil hubieran podido llevar la epidemia a Logroño a primeros de julio me parece sensata. Y, desde allí, que algún viajero o militar llegara a Vitoria por la vía de Miranda es posible, pero no tiene por qué ser la única ruta aunque oficialmente sólo se podría acceder a Álava por allí. Desde que Rodil se hiciera cargo del ejército del norte se planteó como objetivo abrir una vía segura entre Pamplona y Vitoria, como la existente entre Logroño y Pamplona, de forma que se aislara a Zumalacárregui en su refugio de las Amézcuas, a donde envió las tropas de Oraá y Figueras para hostigarle, mientras que el propio Rodil asumía la persecución del pretendiente, recién llegado a la zona. Estas acciones militares implicaron un importante movimiento de tropas en territorio alavés, tanto en la línea Vitoria-Pamplona por Salvatierra como en los municipios fronterizos con la guarida del general carlista, precisamente dos áreas con numerosas localidades positivas a cólera en nuestro estudio a partir de la mortalidad sacramentada.

¿Fue ésta la vía de introducción del cólera en Álava? No hay apoyo documental para confirmarlo, y las gráficas de defunciones de las localidades próximas a aquellos escenarios de la frontera con Navarra no lo apoyan con rotundidad. Si, tal como definiendo en el siguiente punto, estos casos importados de cólera debieron introducirse en la provincia desde julio, lo esperable es poder reconocer un cambio de tendencia en la mortalidad desde ese mes, cosa que se aprecia en Vitoria y también en algunas localidades entre aquella y Navarra, tanto por la línea del camino a Pamplona, caso de

²¹⁴ Documentado por ejemplo a primeros de agosto en Labastida, donde amenazan al médico, que huye a Haro, y se llevan prisionero al más valioso cirujano. A.T.H.A. DH 87-7.

Salvatierra, como hacia las Améscoas, caso de Apellániz, pero no es algo generalizado.

En este caso, no se habla de Vitoria como destino de las tropas, sino de permanencia de las mismas en estas áreas, por lo que esperaba más nitidez en una hipotética línea temporal desde Navarra hacia Vitoria y, sin embargo, parece darse al mismo tiempo, lo que no obstante podría explicarse por la relativa corta distancia a pie o montura entre la capital y ambas zonas, similar al periodo medio de incubación, entre dos y tres días.

Finalmente, el caso de Laguardia debe ser también reseñado, ya que a su proximidad con Logroño debe unirse una gráfica de mortalidad cuya curva presenta un claro cambio de tendencia en julio. Por tanto, tampoco se debería descartar la posibilidad de incorporar la ruta del vino Logroño-Vitoria como tercera vía de introducción temprana de casos importados.

III.2.2. Mortalidad en julio.

En primer lugar, cuando el ayuntamiento vitoriano informa a la comisión regia sobre el inicio de la enfermedad no lo hace desde el primer caso sospechoso, sino que toma como punto de partida la aparición de sintomatologías floridas que, o no dejaron duda a los médicos o fue ya imposible de ocultar a la población. La expresión de que “*El primer caso grabe de colera morbo que ocurrio en esta Ciudad fue el 15 de Agosto...*”,²¹⁵ en sintonía con lo reflejado en el título del estadillo comentado al inicio del capítulo, parece dejar claro que con anterioridad se dieron casos con sintomatologías menos llamativas o simplemente dudosas. Pero, ¿desde cuánto tiempo antes?

Si sólo dependiera del periodo de incubación, como mucho podría adelantarse el inicio algunos días,²¹⁶ pero puesto que la

²¹⁵ A.M.V. 17/27/18, “*Copia de la relacion dada por el Alcalde de esta Ciudad sobre el colera-morbo, sus resultados, y gastos suplidos por la Ciudad*”.

²¹⁶ El periodo de incubación del cólera oscila entre varias horas a cinco días, siendo la frecuencia más habitual entre 2 y 3 días.

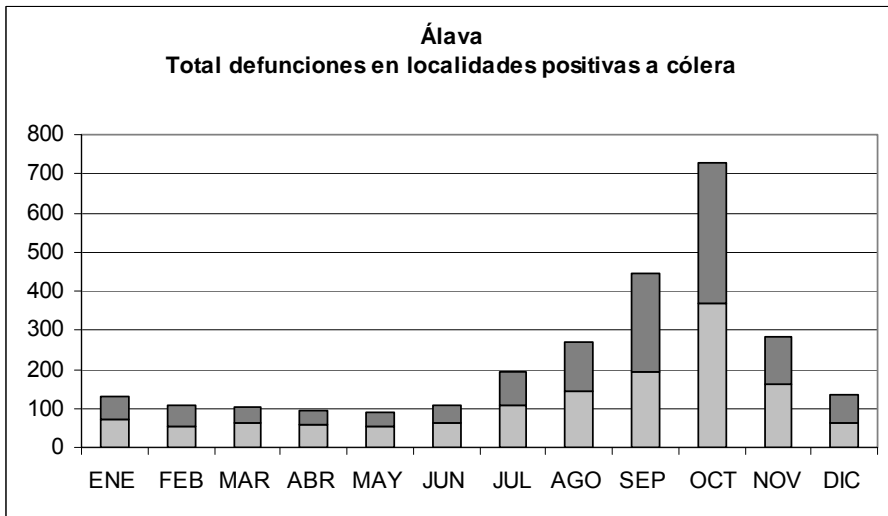
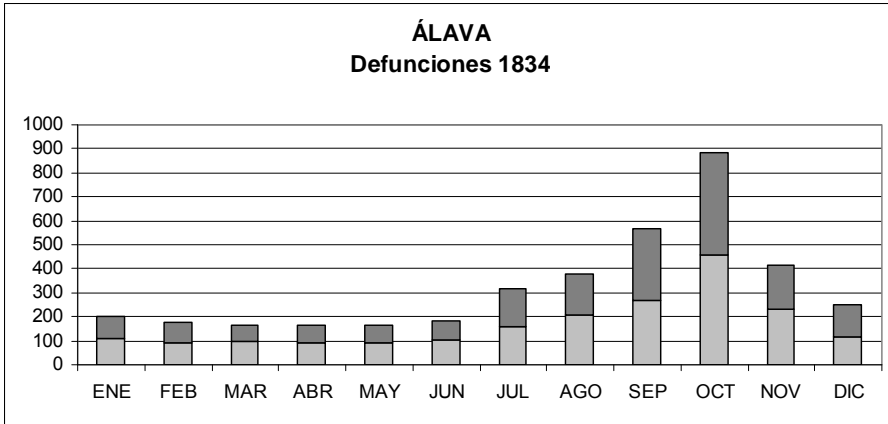
sospecha es que estos primeros casos fueron importados -esto es, no se debieron al progreso natural de la epidemia sino a uno o varios saltos geográficos debido a viajeros o mercancías portadores-, el margen de tiempo puede ser muy variable, ya que entra en juego la capacidad de diseminación de estos portadores. Y a ésta habría de sumarse el arriesgado diagnóstico médico y la comprometida decisión política, tanto por la falta de experiencia clínica como por el hecho de que las poblaciones circundantes permanecían supuestamente libres de la enfermedad.

La documentación es muy parca y ajena a la posibilidad de que se estén produciendo casos de cólera en Álava durante el mes de julio. De hecho la voz de alarma según la documentación se da el 21 de julio, cuando el comisario regio informa a la provincia de que el cólera ha invadido Madrid e insta a la creación en Álava de una Junta de Sanidad provincial.²¹⁷ Aparentemente el mal se ve todavía como algo potencial y en ningún caso se señalan modificaciones en la morbimortalidad de la capital, ni en relación con el cólera ni con ninguna otra causa que no estuviera ya establecida, lo que es difícil de asumir al ver los datos de mortalidad sacramentada que recogen los registros parroquiales.

Si observamos tanto la gráfica mensual de defunciones del total alavés como la de las 145 localidades que manejo como positivas a cólera tras el estudio previo de la mortalidad, parece difícil no apreciar un claro cambio de tendencia en julio cuando el número de fallecidos casi duplica a los de los meses inmediatamente anteriores. Es evidente que las autoridades no manejaban esos datos a nivel provincial, pero incluso en Vitoria, donde la diferencia es más pequeña, debió de llamar la atención de párrocos y médicos el incremento inusual de defunciones, y probablemente con sintomatologías más o menos llamativas o, cuando menos, atípicas. Sin embargo, el silencio en las expresiones documentales de las autoridades públicas es absoluto.

²¹⁷ A.T.H.A. DH 87-7. El retardo en las noticias es considerable. El día 17 de julio ya se había producido el famoso ataque a los frailes de Madrid acusándoles de provocar la epidemia, lo que a su vez implica una población crispada porque el cólera era ya claramente una evidencia y no sólo casos aislados.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

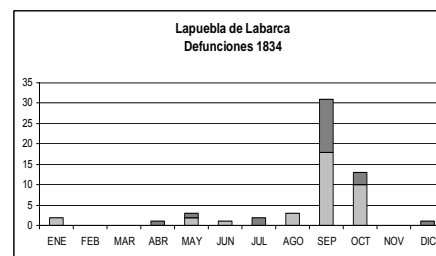
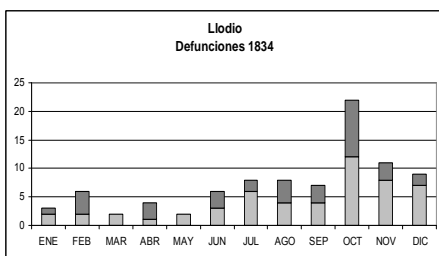
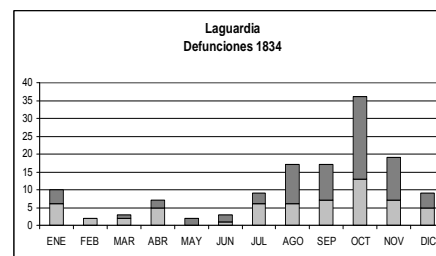
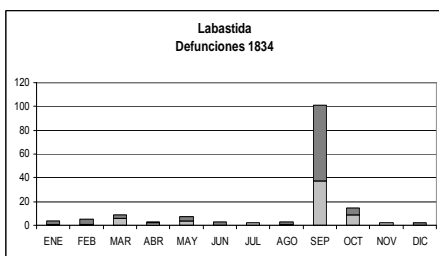
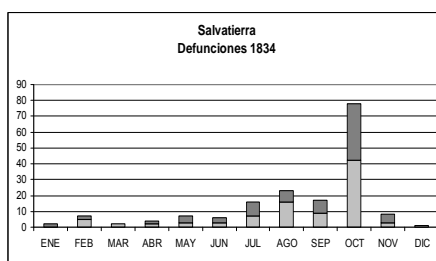
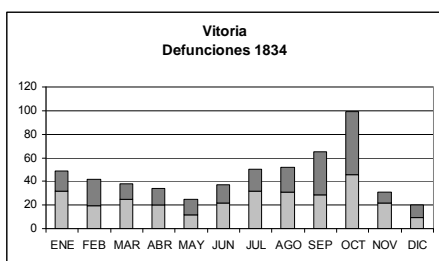


La gráfica del total alavés es la que refleja una curva más nítida y donde el inicio del ataque de julio es más claro, lo que se mantiene imperturbable si sólo contabilizamos las 145 localidades que documental o estadísticamente considero como positivas al cólera. En ambos casos el equilibrio de género es manifiesto y la impresión es que, a falta de otra causalidad explicativa mejor que el cólera, efectivamente hay que situar el inicio de la epidemia en julio.

Capítulo III. Otras cuestiones epidemiológicas.

No obstante, es evidente que ese potencial inicio de la enfermedad en julio no fue uniforme en toda la provincia y de hecho, si se observan las gráficas de defunciones del apéndice 2, no son tantas las curvas en las que puede apreciarse con claridad ese cambio de tendencia desde julio.

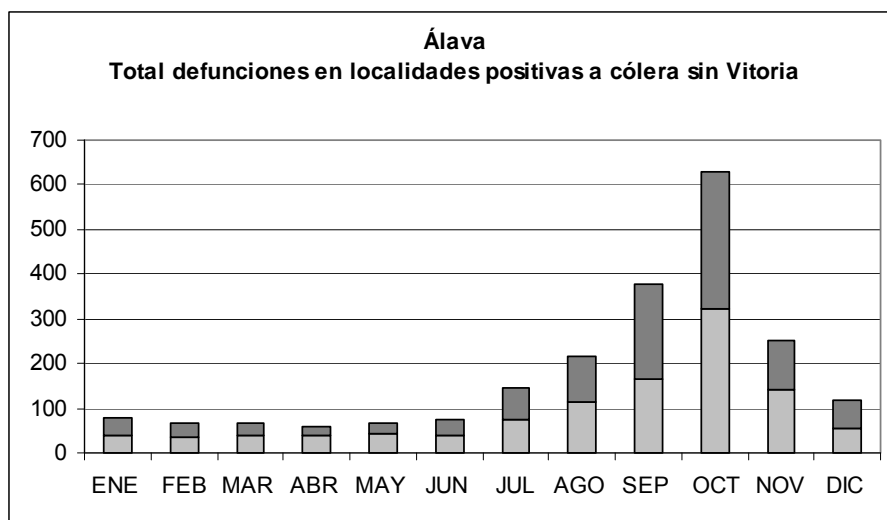
Como ejemplo, si tomamos las de las seis localidades afectadas por el cólera con mayor mortalidad absoluta -a fin de ver mejor la gráfica- puede apreciarse distintos comportamientos de la curva que merecen algunas puntualizaciones.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

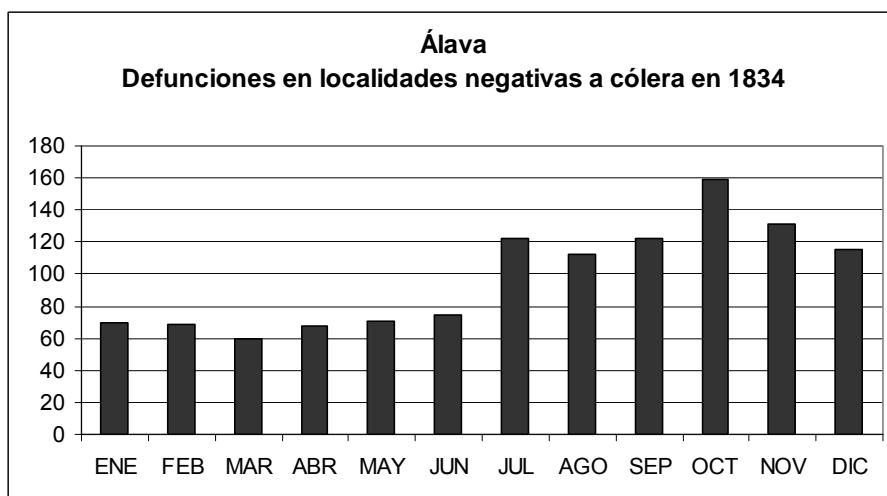
Puede verse cómo sólo las curvas de Vitoria y Laguardia guardan un cierto paralelismo con la de la provincia, si bien Vitoria acusa un predominio masculino en la mortalidad de julio y el cambio de tendencia parece adelantarse por el bajo perfil de mayo. Por su parte, Salvatierra y Llodio desfiguran la curva del pico epidémico con una previa, que engloba a julio, pero en la que es dudoso señalar un primer embate del cólera como único factor causal cuando se aprecian sobremortalidades masculinas en Llodio durante ese mes y en Salvatierra en agosto. Finalmente, Labastida y Lapuebla de Labarca muestran un perfil muy similar, si bien alejado de las anteriores, en las que julio no aparece destacado, lo que sólo testimonia que el cambio de tendencia en julio no es algo general en toda Álava.

En este último sentido, la impresión de que tal vez la gráfica de la provincia sea excesivamente deudora del peso de la ciudad de Vitoria en la mortalidad total, se desvanece en la siguiente imagen.



Eliminando Vitoria de la gráfica de las localidades positivas a cólera puede comprobarse que la curva, el despegue de julio y el equilibrio por género permanecen inalterables sin el aporte vitoriano, lo que avala aún más la consideración del mes de julio como cambio de tendencia en la mortalidad para muchas de las localidades alavesas

que considero afectadas por el cólera. Y puesto que el único elemento causal nuevo conocido en esas fechas va a ser el cólera, aunque en teoría todavía azotando Madrid, pocas alternativas explicativas podemos buscar. Podría probarse el impacto de julio si en la gráfica inversa, la de las poblaciones en principio libres de cólera, el perfil de julio fuera claramente diferente. Sin embargo, ello no es posible porque el cálculo estadístico de los casos positivos se ha realizado tomando como referencia el periodo seguro de cólera agosto-noviembre y, ya en los resultados, se había mencionado la señalización de al menos 27 casos dudosos entre los resultados negativos porque, precisamente, presentaban mortalidades llamativas en julio y/o en diciembre. Esto es, la gráfica inversa vendría a testimoniar lo mismo que la de los casos positivos: sobremortalidades a partir de julio y, en este caso, persistentes en diciembre. Por tanto reafirmando lo defendido hasta ahora: hubo más localidades afectadas por el cólera que las que barajo como positivas y, tanto julio como diciembre, son meses en clara relación a la curva del cólera.



Lógicamente, si la conclusión es que el mes de julio debe considerarse seriamente como el inicio de la epidemia de cólera en Álava, probablemente las ciudades del entorno, como Logroño y Burgos que la declaran a primeros de agosto, también debieron tener

casos más tempranamente, por ejemplo lo dicho para Logroño en relación con la llegada del contingente militar comandado por el marqués de Rodil a primeros de julio, si no había importado ya casos con anterioridad.

III.2.3. Diciembre.

Finalmente, volviendo a las fechas barajadas para el fin de la epidemia en Álava, el informe de la ciudad de Vitoria es tajante en la expresión para el final de la misma en su jurisdicción: *“siguieron minorandose los casos, siendo cada vez menos hasta el 20 de Noviembre, que desaparecieron del todo”*.

La rotundidad de esta última afirmación parece dejar poca duda de que para finales de noviembre la epidemia había desaparecido al menos de Vitoria y sus pueblos, lo que parece confirmarse en la gráfica de Vitoria con un mínimo de la mortalidad de 1834 en el mes de diciembre. Pero tanto en el conjunto de Álava, como en las 145 localidades positivas, la mortalidad de diciembre es significativa. Y lo es tanto por el número de defunciones como por integrarse bien en la cola de la curva del cólera, pero, especialmente, porque de haber finalizado en toda Álava la epidemia en noviembre, la mortalidad de diciembre habría sido más baja, al estilo de la curva de Vitoria.

La razón es simple. Ante cualquier epidemia de carácter infeccioso, entre los sujetos más susceptibles se hallan los ancianos y enfermos, aquellos que tenían altas probabilidades de fallecer en el invierno siguiente. Luego la epidemia lleva implícito siempre una anticipación de la muerte para estos individuos que, lógicamente, no inflan con posterioridad las defunciones de los meses siguientes, apareciendo menos mortalidad de la esperada. Por tanto, si la mortalidad alavesa durante diciembre permanece por encima de la media de los meses normales es difícil creer que la epidemia hubiera desaparecido de toda la provincia, aunque si lo hubiera hecho de Vitoria.

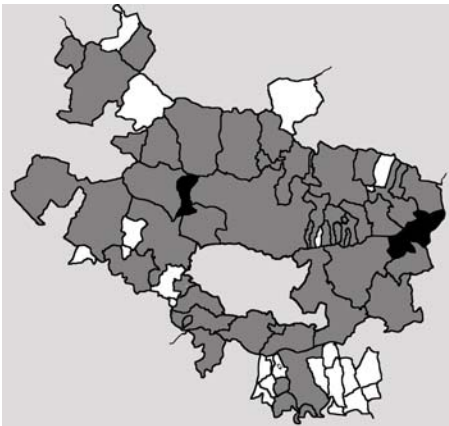
Concluyendo, el cólera llegó a Álava con características epidémicas por contigüidad desde la línea del Ebro a partir de septiembre de 1834. No obstante, con anterioridad, probablemente desde julio, se habían dado casos aislados en varias localidades alavesas, siendo Vitoria la más clara y la primera en reconocerlo a mediados de agosto. Estos casos fueron importados probablemente por viajeros o tropas que llegaban a la capital por el camino real de Castilla, si bien no puede descartarse la afluencia de portadores asintomáticos desde Navarra, en relación al conflicto bélico, ni tampoco desde Logroño por la ruta del vino.

En algunas localidades, Vitoria por ejemplo, estos casos aislados provocaron contagios que generaron un progresivo aumento de los invadidos y fallecidos durante los dos meses siguientes, probablemente influyendo también en el inicio de la epidemia en los pueblos de alrededor, hasta unir sus efectos a la oleada epidémica que llegaba desde el Ebro y que daría como consecuencia un brusco pico en octubre en la mayor parte de las localidades alavesas afectadas por la epidemia.

La epidemia perdería intensidad durante el mes de noviembre, y probablemente desapareciera de Vitoria, si bien es muy posible que aún se dieran casos durante diciembre en otros lugares de la provincia.

III.3. Distribución geográfica.

Después de los resultados obtenidos en el capítulo previo, resulta obvio que el espacio geográfico que señala la *Gaceta de Madrid* como invadido por la epidemia de cólera de 1834 en Álava (cuatro municipios, cuatro localidades y dos hermandades) es muy parcial, y mucho más la reducción de González de Sámano a diez pueblos. Los resultados obtenidos a partir tanto del rastreo documental como de la inferencia estadística concluyen que al menos 145 localidades alavesas se vieron afectadas por el cólera entre agosto y noviembre de 1834, sospechándose su presencia en otras 27 poblaciones. En el conjunto de la provincia supone un 36% de las localidades analizadas (un 43% con las dudosas), aunque por su distribución puede decirse que prácticamente se repartió por toda la provincia. De hecho, por municipios sólo nueve de ellos no presentan



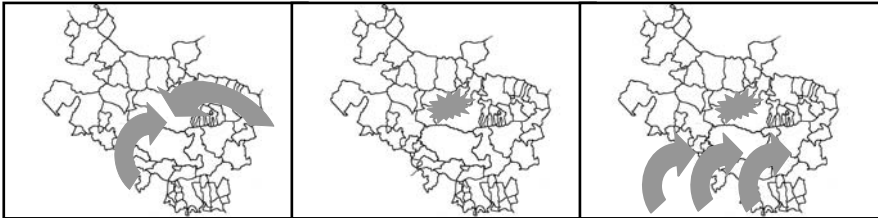
casos positivos ni dudosos -en blanco en el mapa- (Añana, Aramayona, Baños de Ebro, Lanciego, Leza, Moreda, Ribera Baja, Villabuena y Yécora), llegando a catorce si añadimos los casos dudosos de Elvillar, Cripán, Okondo, Oyón y Samaniego. No obstante, en el mapa se observarán más zonas en blanco, ya que se ha preferido marginar algunas áreas de sus

municipios por tener importantes soluciones de continuidad con él. Así es obvio que debía dejarse sin marcar el grueso de Amurrio, que no está afectada, teniendo menor importancia otras, como zonas de Aspárrena o Lantarón. Por otra parte, se han dejado en negro las zonas deshabitadas de Sierra de Badaya y la parzonería de Sierra de Entzia.

En cualquier caso, por la fidelidad geográfica que se perseguía al utilizar las localidades como unidad de estudio, se ha analizado la distribución física del cólera a partir de éstas y no de los municipios.

III.3.1. Distribución en el tiempo.

He defendido una invasión del cólera en nuestro territorio en tres pasos: primero la llegada temprana de casos importados a través de las vías de comunicación desde el mes de julio, que generarían una potencial distribución de la enfermedad al menos en el área urbana de Vitoria; segundo, una diseminación desde el interior de la provincia hacia el exterior de manera lenta e insidiosa sin llegar a producir brotes epidémicos muy llamativos desde julio a finales de agosto, junto a la posible persistencia de casos importados; y tercero, el avance, más tardío y por contigüidad, de la enfermedad en su sentido claramente epidémico, con contagios masivos y un predominio de sur a noreste, que vendría a solaparse con las líneas anteriores.



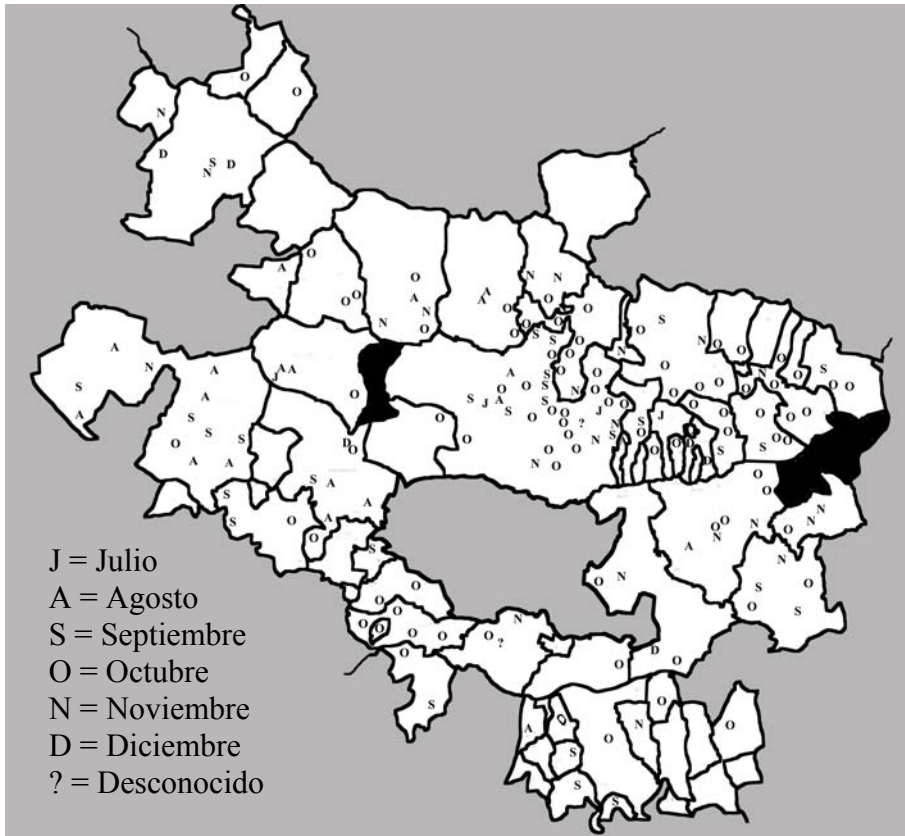
Esta secuencia provoca que la línea del tiempo tampoco sea uniforme en su representación geográfica, apareciendo localidades interiores claramente invadidas en agosto, caso de Vitoria, cuando otras muy próximas a la línea epidémica todavía permanecerán indemnes hasta septiembre u octubre.

Esta situación queda parcialmente disimulada en el mapa siguiente ya que, ante la complejidad de representar una línea de tiempo por cada localidad en un mismo mapa, se ha preferido mostrar en cada población sólo el dato del mes con mayor mortalidad, lo que, en la mayoría de estas poblaciones, supone reflejar sólo el paso de la segunda oleada del cólera, si bien la más importante y trascendental.

Por otra parte, en el mapa se han incluido las localidades con picos en julio y diciembre, que en el estudio de la mortalidad quedaron etiquetadas como dudosas al tomar como criterio de validez la mortalidad extraordinaria sólo entre los meses seguros de cólera,

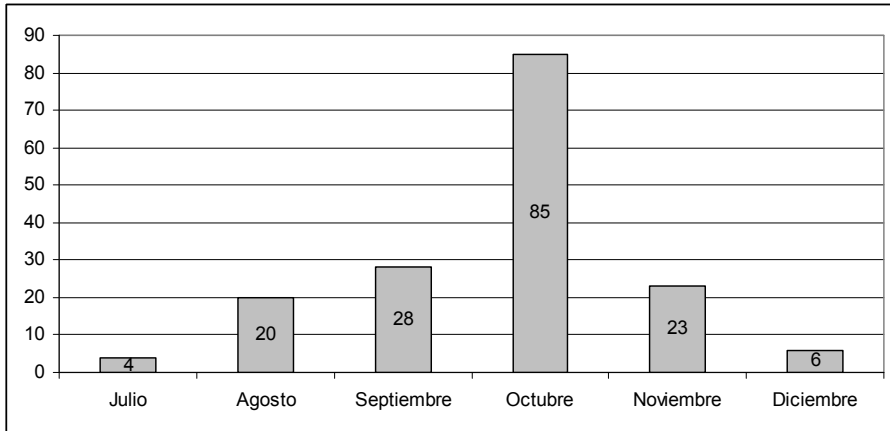
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

pero que tras lo defendido en el presente capítulo sobre la temporalidad de la epidemia considero correcto mostrarlas.



Por número de localidades, la distribución temporal a partir de los meses con mayor mortalidad produce una curva con claro pico en octubre, al igual que la curva general de defunciones correspondiente a Álava. Por tanto, octubre no es sólo el mes con mayor mortalidad global -comprensible por el peso de las poblaciones más populosas, como Vitoria, Laguardia o Salvatierra que tienen también ese mes su pico epidémico-, sino que además es el mes en el que la epidemia alcanza su mayor extensión geográfica, dejando claro que octubre fue el más dramático de la epidemia en la mayor parte de la provincia. En

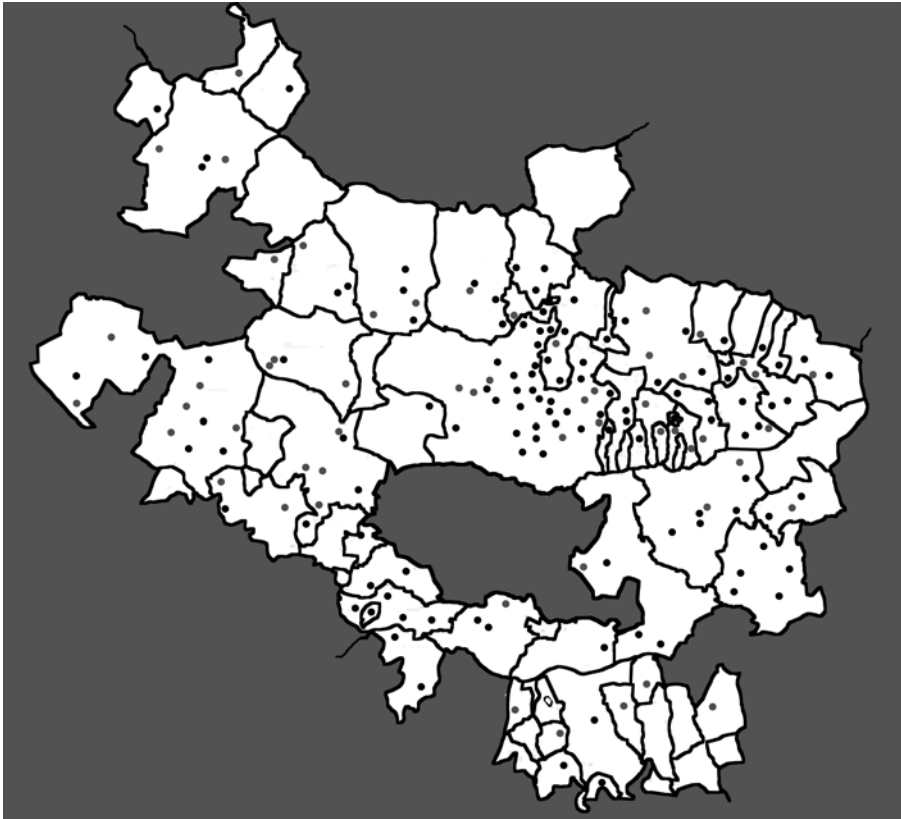
octubre son 85 las localidades que presentan un pico de mortalidad atribuible al cólera, seguido de septiembre (28), noviembre (23) y agosto (20). De manera marginal, aparecen seis localidades con pico en diciembre y cuatro en julio que, como he señalado, deben considerarse con cierta reserva.



III.3.2. Distribución en el espacio.

Descriptivamente, las localidades positivas a cólera en el estudio previo se distribuyen prácticamente por todo el territorio provincial, si bien no de manera uniforme. Es llamativa la condensación de casos en torno a Vitoria que mantiene continuidad hacia el norte, en clara relación con el camino hacia Guipúzcoa, y hacia el noreste, en este caso tanto por el camino real hacia Navarra como por la ruta de las poblaciones sobre el río Zadorra, principal arteria fluvial de la provincia. Destaca también la relativa concentración de poblaciones positivas al este, zona montañosa y mal comunicada con Vitoria pero de intensa actividad bélica. Al sur y suroeste de la provincia los casos se producen, con excepciones importantes, en las localidades ribereñas al Ebro, sobre el camino a Logroño, no quedando bien marcada una continuidad entre esta área y la central de Vitoria, tanto por el camino desde Miranda como por la llamada ruta del vino desde Lapuebla de Labarca, dispersándose los casos a medida que nos alejamos del Ebro

o siendo dudosos. Al oeste la concentración en la zona de Valdegobía hay que tomarla con prudencia dado el predominio de casos dudosos. El noroeste destaca por presentar casos más aislados, tanto en la zona de Ayala como sobre la línea entre ésta y Vitoria; si bien los casos positivos se ajustarían al camino hacia Vizcaya de no ser por la importante solución de continuidad que supone Amurrio. Finalmente, la franja más septentrional, de predominio montañoso, apenas presenta casos.



En este último sentido, tiene cierta relevancia la distribución de casos sobre las cuencas hidrográficas, ya que la cuenca del norte o no tiene casos o éstos son muy dispersos; si bien no puede conjeturarse sólo por ello que los cauces fluviales fueran determinantes en la propagación del cólera. En primer lugar, la mayor parte de la

provincia drena hacia el Ebro, siendo marginal la cuenca cantábrica cuyas zonas de influencia, esencialmente los valles de Ayala y de Aramayona, poseen otras características de interés epidemiológico. Ambos espacios, unidos por la franja montañosa que recorre los



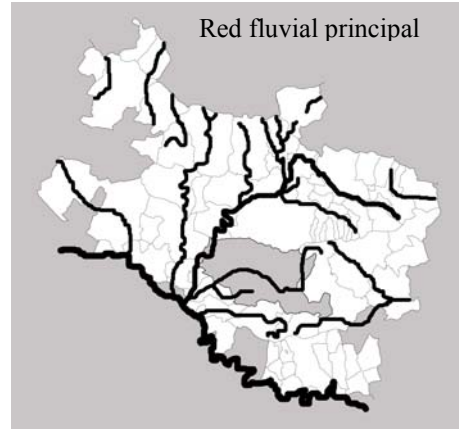
municipios de Villarreal, Zigoitia, Zuya y Urkabustaiz -también con nula presencia de casos positivos en el norte de los mismos-, forman la zona holohúmeda de la provincia, caracterizada por un hábitat disperso en caseríos aislados con una agricultura de subsistencia, basada en el maíz y

leguminosas, a la que asociaban otras actividades relacionadas con las ferrerías. Además, el valle de Ayala está comunicado de manera natural mejor con Vizcaya, y el de Aramayona con Guipúzcoa, que con la Llanada alavesa. Elementos todos ellos que podrían haber actuado como factores de protección por encima de la potencial influencia de las cuencas hidrográficas.

Con esto no quiero decir que las vías fluviales no jugaran un papel transmisor del bacilo, que probablemente lo hicieron, sino que los elementos que favorecieron o impidieron la diseminación de la epidemia fueron multifactoriales. Y, en este sentido y para Álava, a tenor de los resultados obtenidos, las vías de comunicación terrestre y los hábitat concentrados aparecen más claramente como influyentes que los ríos, lo que resulta acorde con el actual conocimiento de la importancia determinante que posee la densidad de población en la propagación de epidemias como el cólera, donde el principal reservorio es el hombre y los medios de transmisión, tanto directa como indirectamente, dependen esencialmente de su actividad. En este sentido, el riesgo del agua, superficial o subterránea, no fue el de ser

vehículo transmisor a largas distancias,²¹⁸ sino el convertirse puntual y localmente en reservorio temporal del vibrión colérico, ofreciendo una vía eficaz de transmisión indirecta entre el portador y el huésped a través del intercambio de aguas fecales y de consumo, factor claramente ligado a la acción humana y de mayor riesgo en las poblaciones concentradas que en las dispersas.

En cualquier caso, en Álava, como en tantas otras partes, resulta complicado desligar las rutas terrestres de la red fluvial, ya que éstas no sólo son paralelas, sino que además asientan la mayor parte de las poblaciones de la provincia. No obstante, el papel diseminador del agua debió ocurrir a niveles locales, en relación a las redes de abastecimiento, y no como vía de



transmisión a grandes distancias, mediante la red fluvial y entre comarcas, ya que de haber sido así la línea de dispersión del cólera hubiera sido más claramente lineal y continua en relación al curso de los ríos y las localidades bañadas por los mismos. Sin embargo, hay evidentes soluciones de continuidad -destacado por ejemplo respecto a las localidades ribereñas del Ebro-, lo que incide más en un predominio de la transmisión entre localidades de humano a humano, o lo que es lo mismo: las vías de comunicación terrestres fueron más determinantes que el potencial papel jugado por los cauces hídricos en la transmisión de la enfermedad entre poblaciones.

²¹⁸ Lo que no pocas veces aparece generalizado en los estudios sobre el cólera. Incluso Ramos para su trabajo sobre Álava alude a la influencia de los afluentes del Ebro en la diseminación de las distintas epidemias coléricas del XIX en un sentido de vehículo transmisor intercomarcal, a pesar de marcar con anterioridad una dirección de propagación epidémica en contra de la corriente fluvial. Op. cit., pág. 132.

Así, definiendo que el vehículo principal en la diseminación del cólera por Álava fue el tránsito de personas y mercancías por las rutas terrestres, algo bastante evidente en la primera invasión a partir de julio, debida a casos importados que siembran la enfermedad en el centro de la provincia, cuando la epidemia florecía allende sus fronteras, con un amplio salto en el continuo geográfico. El trasiego militar, la adecuación de los cordones sanitarios a rebufo de la ola epidémica sin prever la existencia de casos importados, la permeabilidad de los mismos durante su corta existencia y su desaparición justo al inicio de la ola epidémica fueron factores decisivos en los mecanismos de propagación del cólera por nuestra provincia.

Pero aunque los ríos no fueron tan influyentes en la transmisión del cólera entre localidades como el desplazamiento de las personas, otra cosa es su importancia dentro de cada una de las poblaciones. Los arroyos y riachuelos que nutren cualquier localidad alavesa no solo alimentaban fuentes, lavaderos y abrevaderos, sino que también canalizaban desechos y residuos sin, en general, mínimas infraestructuras de saneamiento, lo que favorecía la contaminación de pozos comunes o la transmisión indirecta de la enfermedad entre hogares próximos. Proceso de diseminación sustentado en la evidencia científica desde el estudio pionero de John Snow en 1849 sobre la epidemia de cólera en Londres, que ya establecía las diferencias de mortalidad entre diversas zonas londinenses en función de los puntos de abastecimiento del agua.

En este sentido, sería necesario un pormenorizado estudio sobre el suministro de agua en las localidades alavesas en el siglo XIX para poder concluir realmente la influencia de las redes de abastecimiento en la transmisión del cólera. Pero, tal como comentaba para el caso de Vitoria, en relación a los numerosos pozos de agua existentes en la ciudad amurallada y a la concentración de casos en torno al río Zapardiel y al canal de la ladera este, probablemente deba de tenerse muy presente la hipótesis de que la distribución de agua para el consumo hubo de jugar un papel importante en la diseminación del cólera dentro de las localidades afectadas. Así, no debiera perderse de

vista que si bien la mayor mortalidad absoluta por cólera se registra en las localidades más densamente pobladas,²¹⁹ la mortalidad de las mismas, salvo el caso excepcional de Salvatierra, en relación al decenio 1830-1839, sitúa a dichas localidades en posiciones intermedias, siendo más acusada la intensidad de la mortalidad en muchas poblaciones menos pobladas.²²⁰ No olvido que la mortalidad bélica supone una enorme incertidumbre, ni tampoco que son también numerosas las pequeñas aldeas con intensidades de mortalidad inferiores a aquellas localidades de mayor mortalidad absoluta, pero basándome en la poco uniforme distribución de los casos de cólera en la ciudad de Vitoria -a partir del estadillo municipal del que ya se han señalado sus limitaciones- cabe pensar, siguiendo el estudio clásico de Snow, que aquellas poblaciones que contaban con diferentes suministros de agua para el consumo -en general las localidades más grandes- tuvieron más oportunidades de que no se generalizase la epidemia entre su población frente a aquellas más pequeñas que habitualmente contaban con una única fuente común para todo el pueblo, ya que, si ésta se contaminaba, favorecía contagios generalizados en la localidad.

Finalmente, y siguiendo este último comentario, ha de remarcarse la importancia del hábitat concentrado en la distribución geográfica del cólera. El conjunto de Álava, en comparación con Vizcaya y Guipúzcoa, tenía una densidad de población baja,²²¹ aunque el noroeste, la zona holohúmeda del maíz, mantenía por afinidad socioeconómica densidades de tipo vizcaíno, al igual que algunas zonas del sur vinícola por sus peculiares necesidades de mano de obra y, por supuesto, el área central de la Vitoria comercial y manufacturera. Pero la mayor parte del territorio, la zona cerealista, en

²¹⁹ Cfr. apéndice 1.2.

²²⁰ Cfr. apéndice 1.3.

²²¹ Aunque en general siguiendo todas cifras de Fernández de Pinedo, para estas líneas me baso en datos de las obras ya referidas: las propias de Fdz. de Pinedo, *Crecimiento económico...* y “La producción...”, el trabajo de Homobono “Estancamiento...”, y el de Portillo “Entre revolución y tradición...”, así como las obras generales *Historia general del País Vasco* dirigida por Caro Baroja y la *Enciclopedia Histórico-Geográfica de Álava* editada por Haranburu.

palabras de Homobono, “*sufría una verdadera anemia demográfica*”. Bien tomando como referencia el censo de 1787 o el de 1857²²², las poblaciones con densidades superiores a 70 hab./Km.² se reducirían a Lapuebla de Labarca a finales del XVIII, a la que se unirían Vitoria, Labastida y Elciego a mediados del XIX. La mayor parte de la provincia en 1787 tenía densidades inferiores a 20 hab./Km.², y en 1857 salvo cuatro que están entre 50 a 70 hab./Km.² (Moreda, Leza, Samaniego y Villabuena) y once entre 40 a 50, el resto estaba por debajo de los 40 hab./Km.², quedando ya delimitadas las áreas con densidades inferiores a 20 hab./Km.² a zonas de monte.

Esta distribución en función de la densidad no coincide sin embargo con la distribución de las poblaciones positivas a cólera. Así, aunque las cuatro localidades con densidades superiores a 70 hab./Km.² sí se vieron atacadas por el cólera, no ocurre lo mismo con Leza o Villabuena, con densidades claramente por encima de la media. Igualmente, el valle de Ayala, con densidades en general por encima de la media, presenta casos de cólera muy aislados, mientras que la llanada sin Vitoria, con las densidades más bajas, concentra la mayor parte de los casos. A pesar de ello, este suceso no contradice la evidencia epidemiológica de que el riesgo de diseminación del cólera aumenta proporcionalmente al hacerlo la densidad de la población, ya que la explicación deviene de la falta de concreción respecto al espacio geográfico. En el cálculo de las densidades de población de las localidades alavesas no se hace expresión del grado de dispersión de dicha población, por lo que dos pueblos con extensiones y número de habitantes similares obtienen también una densidad global similar y, sin embargo, uno de ellos puede concentrar toda su población en una pequeña aldea y el otro tenerla dispersa en caseríos. Y en este sentido lo que quiere señalar la epidemiología es que lo que aumenta el riesgo es el contacto estrecho entre los humanos. Así, las

²²² A diferencia de lo mantenido respecto a la población total de Álava, en la que señalaba que el censo de 1857 podría usarse para 1834, no ocurre así en este caso, ya que las densidades de población debieron variar más significativamente por los fenómenos migratorios internos, que se aprecian con claridad desde el final de la guerra carlista y especialmente desde mediados de siglo. Las cifras señaladas son por tanto orientativas respecto a 1834.

poblaciones con hábitat más concentrados no sólo comparten más un espacio reducido sino que requieren de medidas más eficaces para la gestión de sus conductas, fundamentalmente en este caso la adecuada existencia de redes de abastecimiento de agua potable y de saneamiento, elementos inexistentes en 1834 en la práctica totalidad de las localidades alavesas. Luego la concentración del hábitat debió influir notablemente en la extensión del cólera, lo que, en este caso, sí parece apreciarse en el mapa de distribución de los casos positivos a la epidemia.

En primer lugar, los núcleos más grandes y también más urbanizados sucumbieron al cólera con contadas excepciones, caso de Amurrio. En segundo lugar, el área del cereal y del viñedo, de hábitat concentrado en aldeas y pueblos, es igualmente invadida por la epidemia de manera muy amplia, aunque más claramente en la zona cerealista de la Llanada oriental y de manera más irregular en La Rioja, pudiéndose incorporar otras variables explicativas como la mayor importancia de las vías de comunicación entre Vitoria y Navarra especialmente por motivos bélicos. Finalmente, en tercer lugar, el occidente alavés y la franja más septentrional, de hábitat disperso, apenas presenta casos positivos.

III.4. Nupcialidad, fecundidad y mortalidad infantil.

No es necesario insistir en cómo el desconocimiento de la influencia real del cólera de 1834 ha condicionado, muy notablemente, la primacía de otros sucesos como elementos explicativos de los cambios demográficos acaecidos en la primera mitad del siglo XIX alavés: sucesos evidentemente mayores y de importancia capital, como son la primera guerra carlista y la epidemia de cólera de 1855, pero que infravaloran el peso cuantitativo de la epidemia colérica del 34.²²³

El objetivo de este punto así como del siguiente es realizar un pequeño análisis comparativo de la influencia del cólera en 1834 en relación tanto a la guerra carlista como a la epidemia de 1855, centrándome en este punto respecto al conflicto bélico y en el siguiente respecto al cólera del 55.

En relación a la primera guerra carlista (1833-1839), las dos cuestiones principales tienen relación con el corto y el medio plazo. Respecto al primero no hay mucho que decir: tiene que ver con la mortalidad directa tanto por el conflicto bélico como por la epidemia, y es algo aún lejos de ser conocido con cierta exactitud, entre otras cosas porque se solaparon uno y otra. No obstante, ya he referido cómo algunos historiadores aluden a, en general, una mortalidad directa no llamativa por la guerra, defendiendo por mi parte más la idea de mortalidad no registrada que, en cualquier caso, sería menor en 1834 que en los años siguientes, y relativamente inferior a la atribuible al cólera, ya que la cifra que barajo de 1.166 defunciones achacables a la epidemia son un mínimo y referido al espacio de cuatro meses, entre agosto y noviembre, lo que confiere al cólera un impacto demográfico directo en Álava mayor que el representado por la guerra civil, tal como se apreciaba claramente en cuantas gráficas he utilizado.

²²³ Ha de recordarse que, al hablar de la demografía alavesa del la primera mitad del siglo XIX, se toma como referencia superior el censo de 1857 y no estrictamente 1850, por lo que incluyo la epidemia de cólera de 1855 dentro de ese primer medio siglo.

Sin embargo, estas cifras de mortalidad directa no son cuantitativamente muy importantes, o por lo menos no tanto como para influir decisivamente y por sí solas en un cambio de tendencia demográfica en un plazo más largo. De hecho, ya había comentado cómo Homobono, desde el largo plazo, minimiza el impacto de los conflictos bélicos (desde la guerra de la independencia a las carlistas) en función de la capacidad de regeneración demográfica de la provincia en el conjunto del siglo XIX. Pero al margen de esta realidad, en un estudio a medio plazo está claro que la pirámide de población alavesa, a lo largo del siglo, presenta entrantes y salientes que típicamente se han explicado en relación, fundamentalmente, al comportamiento bélico y sus repercusiones indirectas sobre la nupcialidad y la fecundidad por encima de la mortalidad directa. La explicación clásica de la oscilación demográfica para la década de los años 30 es la ofrecida por Fernández de Pinedo,²²⁴ quien, construyendo la pirámide alavesa sobre el censo de 1857, deja visible el entrante para las edades entre 15 y 25 años, esto es, los nacidos entre 1832 y 1842, hijos a su vez de aquella generación reducida que había nacido durante la guerra de la Independencia y que, ya en edad de procrear, moría en los campos de batalla de la Iª guerra carlista.

El cólera de 1834 no participa en estas explicaciones; o mejor dicho, si participa lo hace sólo desde su mortalidad inmediata que, minimizada por las cifras oficiales de defunciones y localidades afectadas, se trata como un influjo residual similar a cualquier otro episodio epidémico de ámbito local o comarcal. En modo alguno existe la preocupación de que el cólera de 1834 también pudiera haber participado en ese socavón de la pirámide, tanto desde su mortalidad directa e inmediata como desde su potencial influjo en el descenso de la nupcialidad y de la natalidad, ayudando a la conformación de la generación hueca que ahora sólo se achaca a la primera guerra carlista, lo que creo merece la pena ponderar adecuadamente.

Para ello se ha planteado analizar la nupcialidad y la fecundidad en Álava durante el decenio 1830-1839, tratando de determinar si hay

²²⁴ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico...* Pág. 104 y ss.

algún factor de modificación de la tendencia de ambas variables que pudiera relacionarse con la epidemia colérica de 1834.

Aunque he hecho expresión de Álava he de matizarlo, ya que si para el estudio de la mortalidad ya ha supuesto un claro riesgo el uso de localidades con un número de defunciones muy reducidas -si bien el número de casos anual en general era mayor de cinco y estaba minimizado por la expectativa de que no iban a cumplir los criterios de validez-, en el caso de la nupcialidad muchas localidades no presentan un número de casos anual suficiente para aplicar con cierto rigor ningún cálculo estadístico. En consecuencia, el pretendido estudio sobre Álava se ha reducido a una muestra de localidades, tomando para ello cuatro poblaciones representativas de la provincia alavesa y demográficamente solventes: Amurrio, Laguardia, Salvatierra y Vitoria, que fueron cabeza de sus respectivos partidos judiciales y representan a su vez las cuatro zonas económicas clásicas de Álava (holohúmeda/maíz, viñedo, secano/cereal y manufactura/comercio respectivamente). De las cuatro, todas sufrieron el cólera documental y estadísticamente excepto Amurrio. Así mismo, las tres primeras estuvieron más tiempo bajo control carlista, mientras que Vitoria lo estuvo bajo control liberal.

Al igual que en el caso de la mortalidad, los datos se han extraído de la base de datos digital del Archivo Histórico Diocesano de Vitoria, la cual reúne los registros sacramentales conservados de todas las parroquias de la Diócesis. Así pues, la nupcialidad está referida a los matrimonios consagrados y registrados, y la natalidad sólo recoge los bautismos celebrados y registrados. Igualmente, se han excluido las parroquias pertenecientes al ámbito administrativo de Burgos y de Vizcaya.

III.4.1. Nupcialidad.

De las gráficas extraídas, la primera conclusión es la de que no existe uniformidad en el comportamiento de la nupcialidad en las localidades a estudio; la segunda, que su desplome no se mantiene durante toda la contienda, sino que es eminentemente inicial. En

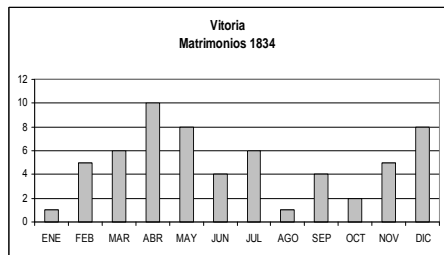
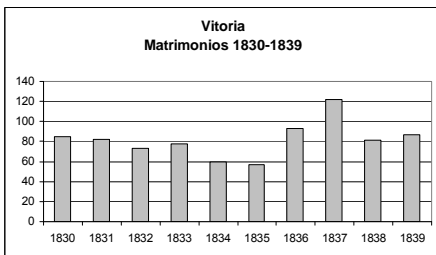
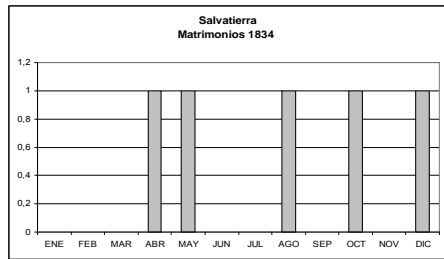
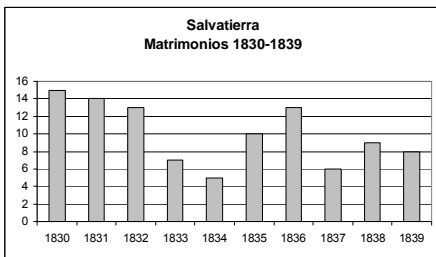
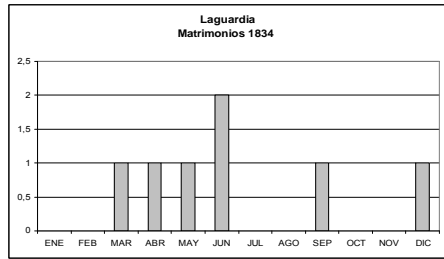
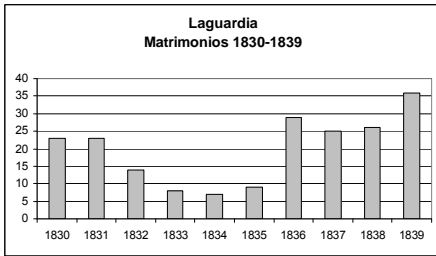
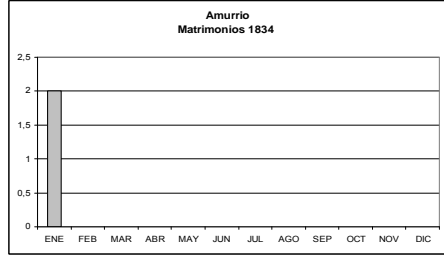
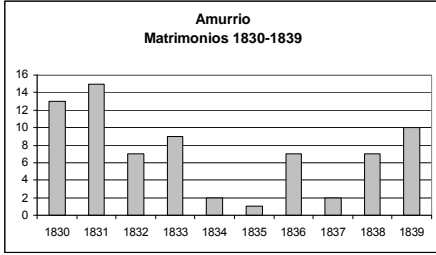
general el predominio de la curva durante el decenio tiende a ser una V en todas las localidades, presentándose los valores más bajos entre 1834 y 1835 pero iniciándose el descenso con anterioridad al estallido bélico, lo que responde bien a la dinámica demográfica de la provincia puesto que la generación que más participa en la nupcialidad a partir de 1830 es aquella nacida durante la guerra de la independencia, generación hueca que empezaría a remontar a partir del final de aquel conflicto,²²⁵ lo que coincide de nuevo con la fase de ascenso -menos uniforme que el descenso- de los matrimonios a partir de 1835-36.

Así, la propia dinámica poblacional se presenta como la más importante variable demográfica explicativa de la nupcialidad durante los años del largo conflicto carlista, por encima incluso de la propia guerra. No obstante, es obvio que en todo contexto difícil, como durante la carlistada, los matrimonios tienden a demorarse a la espera de tiempos mejores. Pero también es cierto que no pueden hacerlo indefinidamente y, a tenor de las gráficas, los siete años de la Iª guerra carlista parece que superaban la prudencia y forzaban a la toma de decisiones vitales. Además, los reclutamientos iniciales de ambos bandos, especialmente del carlista, primaron la soltería como requisito para ser enrolado, lo que convertía al matrimonio en una estrategia eficaz para evitar la leva.²²⁶ En resumidas cuentas, aunque otras variables demográficas parecen explicar mejor los cambios generales de la tendencia nupcial que la guerra, el conflicto bélico puede señalarse como concausa particular importante, si bien por esa razón de la particularidad no debe caerse en la simpleza de considerar la guerra como generadora de conductas matrimoniales uniformes, ya que la propia dinámica del conflicto implica a su vez una respuesta nupcial variable a lo largo del mismo y diferente en cada localidad.

²²⁵ Tomo como referencia la pirámide que construye Fdz. de Pinedo a partir del censo de 1857 (*Crecimiento económico...*, pág. 104), donde el *baby boom* se aprecia en los nacidos en 1817, si bien ello es debido a que hace cortes decenales. Ikerketak alude para Vitoria a un brusco salto en 1814 tanto en la curva de mortalidad como en la de bautismos (op. Cit., pág. 969).

²²⁶ Bullón de Mendoza, op. cit., pág. 221, señala precisamente cómo “*Este mismo mes [octubre de 1834] se prohibieron los matrimonios, a fin de que los mozos no pudiesen eludir sus obligaciones militares por este medio*”.

Capítulo III. Otras cuestiones epidemiológicas.



Así, ha de empezarse recordando que el cambio de tendencia hacia el descenso es anterior al estallido del conflicto, y resulta dudoso atribuirlo unívocamente al clima político que acompañó los últimos días de Fernando VII cuando igualmente se objetivan los cambios poblacionales señalados. Seguidamente, sí resulta plausible que el valle de las gráficas se encuentre en 1834-35 en relación tanto a esa dinámica de la población como al incremento de la intensidad bélica, pero no debe obviarse la importancia de la perspectiva, al menos desde la óptica liberal, de un conflicto breve, percepción cortoplacista que animaría a una postergación de la nupcialidad.

Sin embargo, esa perspectiva de brevedad quedó rota a partir de la derrota de Alegría (octubre del 34) y el inicio de las batallas a campo abierto de diciembre, que se continuarían con el asedio a Bilbao durante 1835. Enquistamiento del conflicto y previsión de longevidad que rompería las expectativas de una posible mejora de las condiciones de vida de manera próxima, animando a la toma de decisiones vitales que no podían postergarse sin fin, caso del matrimonio, y que tal vez responda de algún modo al repunte generalizado de la nupcialidad en 1836. Sin olvidar lo comentado respecto a la dinámica de la población y, por supuesto, el uso pragmático del matrimonio para eludir el reclutamiento.

Finalmente, el desigual comportamiento en los años bélicos siguientes podría responder a las particularidades del conflicto en cada una de las localidades, como la mayor o menor incidencia de la mortalidad directa de jóvenes varones en cada población. En cualquier caso, durante 1834 no se observa el apego de la nupcialidad a los ciclos agrarios y los tiempos religiosos, al menos en los meses previos a la cuaresma donde tendían a concentrarse, y que quizá pueda tomarse como signo más claro de la perturbación que supuso la guerra.

Por su parte, la potencial influencia del cólera sobre la nupcialidad no pudo ser muy llamativa en cuanto que la duración de la epidemia, en cada una de las localidades, se redujo a unas pocas semanas o incluso a días, y porque el grupo en edad fértil, aunque con una alta tasa de infección, es el que menor mortalidad presenta por

cólera.²²⁷ Por tanto, el hecho de que las tres localidades estudiadas que fueron afectadas por la epidemia presenten los niveles más bajos de matrimonios en meses coincidentes con el cólera no debe simplificarse a un papel destacado de la epidemia, entre otras razones porque el ciclo agrario ya tendía a ofrecer valores mínimos de la nupcialidad en los meses de estío y otoño en relación a la siega y la vendimia. Además, el comportamiento es muy desigual en las tres poblaciones.

En Salvatierra por ejemplo se mantienen durante esos meses, aunque son cifras casi testimoniales, como las que se dan en Laguardia donde, sin embargo, parece más llamativo el vacío durante los meses de la epidemia. En el caso de Vitoria, con un número de matrimonios más importante, el rastro del cólera tal vez pudiera entrecerse mejor: tras el pico de abril -curioso después del ataque sufrido en marzo- el descenso de la nupcialidad llega a mínimos en meses representativos de la epidemia, como agosto en que se declara oficialmente el cólera en la ciudad y octubre, mes álgido de defunciones, pero es demasiado especulativo.

Concluyendo, la angustia del cólera probablemente fue un factor menor en la retracción de la nupcialidad, dada la corta duración de la epidemia frente a otros condicionantes como la guerra. Pero incluso ésta sólo es aparentemente influyente en sus inicios, siendo la causa explicativa de mayor peso la reducida entidad cuantitativa de la generación fértil existente en los años 30.

III.4.2. Fecundidad.

En el caso de la fecundidad es necesario insistir en que parto de datos sobre bautismos registrados y no sobre nacidos vivos, lo que evidentemente representa una distorsión en la utilización correcta del indicador desde un planteamiento actual. No obstante, en cuanto que

²²⁷ La referencia a las tasas de infección y de mortalidad provienen del estudio sobre el estadillo de Vitoria, única fuente en Álava con información sobre las edades, si bien no es una muestra representativa.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

la comparación interanual se realiza también sobre datos obtenidos por el mismo procedimiento sacramental, el sesgo queda sólo en un ámbito conceptual. Igualmente, no es mi objetivo el cálculo de índices y tasas ni de fecundidad ni de natalidad, sino solamente tratar de describir variaciones en la tendencia de los nacimientos -tomando como única fuente de aproximación los registros parroquiales de bautismo- y buscar variables explicativas.

Al igual que en el punto previo, el análisis se ha realizado sobre las localidades de Amurrio, Laguardia, Salvatierra y Vitoria, en el decenio 1830-1839 y con la misma fuente de datos.

Asumiendo el sesgo de tomar por nacidos los bautismos registrados lo primero que ha de señalarse es que, a diferencia de lo acontecido en la nupcialidad, no se aprecia con claridad el efecto de la generación hueca de la guerra de la independencia, lo que testimonia que, en los años inmediatamente anteriores a la guerra civil Álava mantenía una tasa de fecundidad general y un índice de fecundidad per cápita alto, probablemente similares a los sugeridos por la diferencia entre los censos de finales del XVIII y 1810 con el de 1825.²²⁸ De hecho, en el estudio citado de Ikerketak se calcula un índice de fecundidad para Vitoria de casi cuatro nacidos por matrimonio celebrado en la década 1820-30.²²⁹

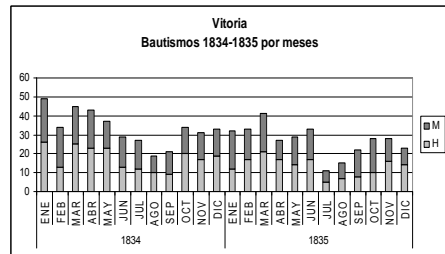
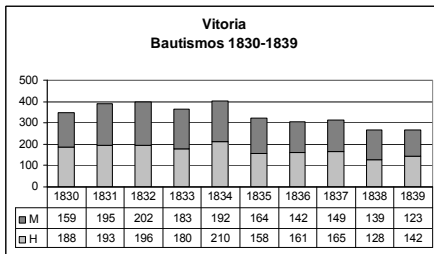
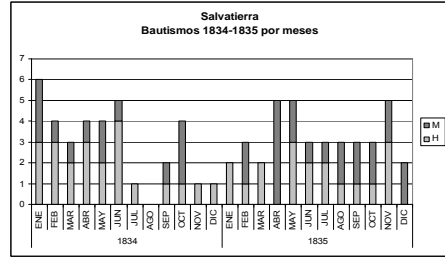
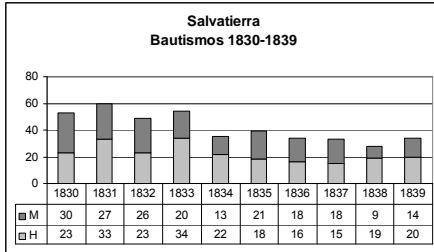
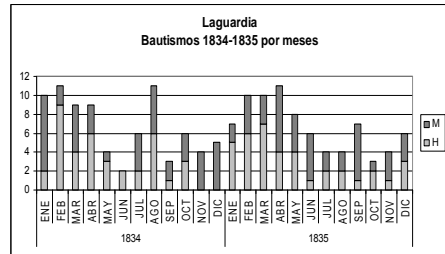
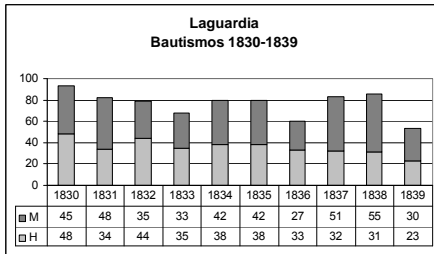
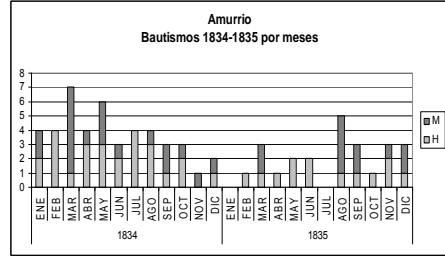
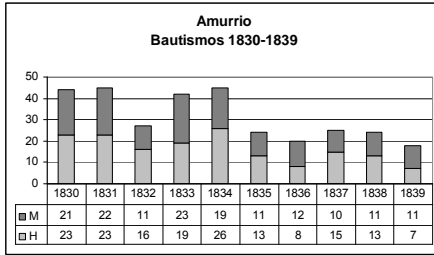
²²⁸ Luego el cambio de tendencia no se daría en 1825, sino a partir de 1835 y en relación fundamentalmente a la guerra civil, siendo el intervalo de mayor crecimiento el espacio interbélico entre el final de la guerra de la Independencia y la Iª guerra carlista.

CENSO	POBLACIÓN ÁLAVA
1787	71.182
1797	69.158
1810	70.000
1825	92.807

²²⁹ IKERKETAK. Op. Cit., pág. 970.

Quinquenio	Índice de fecundidad
1820-24	3,94
1825-30	3,95

Capítulo III. Otras cuestiones epidemiológicas.



Los cálculos de Ikerketak se realizan sobre los bautismos de nacidos legítimos.

En segundo lugar, salta a la vista que con la excepción de Laguardia los bautismos se resienten con la guerra, especialmente a partir de 1835, cuando el enfrentamiento de guerrilla pasa a las grandes batallas a campo abierto y, en este caso a diferencia de los matrimonios, se mantiene durante todo el conflicto bélico. Luego parece claro que en el desplome de los nacimientos la variable más decisiva es la guerra. Así mismo, en cuanto que la natalidad mantiene tasas bajas a lo largo del conflicto mientras que los matrimonios se recuperan, determina claramente la caída de la fecundidad.

De las cuatro localidades analizadas Amurrio es la que más sufre el descenso de los bautismos (un 45,3% menos el segundo quinquenio respecto al primero), mientras que Laguardia lo hace la que menos con un descenso irregular y discreto del 10,17% en los bautismos registrados en el segundo quinquenio respecto al periodo 1830-34. La caída de Amurrio tiene también otras particularidades, como el hecho de que se borra el ciclo típico de los nacimientos ligados al mundo rural con picos en los meses invernales, mientras que en Laguardia -la que menos sufre el desplome- se conserva con nitidez y en Salvatierra y Vitoria sólo se desdibuja.

Así, el hecho de que sea Amurrio la más afectada por la caída de la natalidad, cuando no se tiene constancia de que sufriera el cólera, apunta aún más a la guerra como causa principal y suficiente de la misma.

Por su parte, el caso de Laguardia es llamativo por lo contrario; a pesar de su implicación en la guerra apenas hay un cambio de tendencia en los bautismos, apareciendo las caídas de 1836 y 1839 como artefactos sin clara relación con la tendencia.²³⁰ Igualmente la covariabilidad de natalidad y ciclo agrario no parece sufrir, al menos durante 1834 y 1835, lo que ofrece mínimos de bautismos en verano y otoño -con llamativa excepción en agosto del 34-, época coincidente

²³⁰ A falta de una explicación al respecto, en principio, dado que en las otras tres localidades el cambio de tendencia sí es evidente, la impresión es que Laguardia es la excepción y no la regla, puesto que si fuera a la inversa quizá cabría pensar en la conocida dependencia de los registros parroquiales históricos del interés o la desidia del párroco de turno, amén de su existencia en tiempos bélicos o epidémicos.

con el cólera que dificulta valorar el impacto directo de la epidemia sobre la natalidad²³¹ que, de manera natural, ya solía estar reducida en esos meses. En cualquier caso, tampoco se aprecia un efecto diferido del cólera sobre los bautismos en relación a una contracción de las concepciones durante la epidemia, ya que a los nueve meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre de 1834 no se da en Laguardia una caída fuera de la tendencia general hacia la reducción de la natalidad en los meses de cosecha y vendimia.

El caso de Salvatierra presenta la singularidad de adelantar el inicio del desplome de la natalidad a 1834, con cifras de bautismos inferiores incluso a 1835, lo que es difícil de justificar por el cólera ya que precisamente el mes álgido de la epidemia en dicha localidad, octubre, presenta una relativa recuperación del número de bautismos, si bien en su conjunto en los meses seguros de cólera (agosto-noviembre del 34) se contabiliza un 50% menos de bautizos que en el mismo periodo de 1835. Tampoco el potencial efecto diferido de la epidemia es apreciable al incrementarse las cifras en 1835 respecto a las de 1834. Además de ello, siendo la caída de la natalidad mantenida durante toda la contienda, la guerra aparece también aquí como causa explicativa suficiente.

Finalmente, Vitoria también presenta una caída de los bautismos a partir de 1835, que se mantiene hasta el final del conflicto civil, suponiendo un 22,49% menos que en el primer quinquenio. Descenso no excesivo que podría tener su explicación en la peculiar idiosincrasia de las ciudades militarizadas en relación a aspectos como la prostitución o la ilegitimidad;²³² y Vitoria lo era hasta el extremo de

²³¹ Todavía en la actualidad los abortos en gestantes con cólera llegan a alcanzar porcentajes de hasta un 30%, siendo en series históricas de hasta un 50%. Cfr. SAONA, P.; ASTUDILLO, J.; FIGUEROA, M.; MARADIEGUE, E. "Cólera en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú", *Rev Med Hered* 1991; 2(3): 112-116.

²³² A modo de ejemplo, durante la guerra de la independencia los nacimientos ilegítimos fueron un 17% superiores a los legítimos. CELIGUETA CRESPO, A.; GONZÁLEZ ROMERO, C.; OCHAGAVÍA FERNÁNDEZ, M^a B.; SOGO RODRÍGUEZ, J.; SOLER PÉREZ, M^a D.; VILLACIÁN PEÑALOSA, M^a L. (*Vitoria*) *Población: Evolución y movimientos migratorios*, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria, 1994. Y

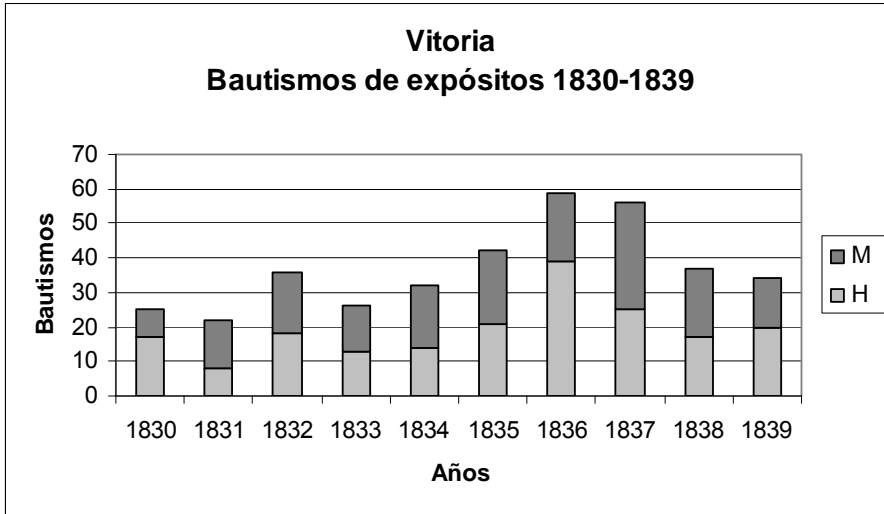
llegar a triplicar su población en momentos puntuales del conflicto.²³³ Al margen de ello, en el caso de Vitoria sí se aprecia con mayor claridad que a los nueve meses del gran azote colérico de octubre del 34 hay un mínimo de bautismos, en julio del 35, lo que tal vez pueda establecerse como efecto diferido de aquellos difíciles momentos para la concepción; si bien deben de tenerse en cuenta otros elementos, como el señalado de los ciclos agrarios²³⁴ o el de la guerra (acciones de Alegría y Venta de Echavarri también en octubre de 1834).

En el caso de Vitoria, no obstante, nos podemos acercar al aspecto de la natalidad desde un punto de vista más cualitativo, ya que la ciudad contaba con un hospicio para sus vecinos y los de algunos pueblos de su municipio que incluía entre sus funciones la recogida y crianza de expósitos. Así, dada la dificultad para un control de la concepción, era de esperar que durante los años difíciles se vieran incrementadas otras estrategias para equilibrar los recursos con las bocas a alimentar -amén de los embarazos vergonzantes-, tales como el abandono y el infanticidio. Sólo disponemos de datos sobre el primero pero, aunque en parte la recogida de expósitos trataba de paliar la existencia de lo segundo, puede estimarse una correlación entre ambas y, por tanto, que crecieran los abandonos apunta a que proporcionalmente también lo harían los infanticidios.

aunque carezco de datos para la Iª guerra carlista, las gráficas sobre expósitos de Vitoria que expongo en el texto probablemente reflejen en una no despreciable proporción esta misma situación.

²³³ “...en momentos excepcionales [...] la guarnición vitoriana se movió entre los 4.000 y los 22.000 soldados, mientras que su población civil se limitaba a poco más de 7.000 personas”. RIVERA BLANCO, A. “Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.). *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Txertoa, 1995. Pág. 410.

²³⁴ En relación a los ciclos agrarios y la ciudad no debe perderse la perspectiva de que la Vitoria urbana, manufacturera y comercial, ocupaba a una importante población en labores agrícolas: “en torno a un veinte por ciento de los vitorianos activos del mismo núcleo urbano eran agricultores”, en RIVERA BLANCO, A.; ORTIZ DE ORRUÑO LEGARDA, J. M. “Un siglo de cambios espectaculares”, *Vitoria y el siglo XIX*, Ayuntamiento de Vitoria, 2002. Pág. 39.



El interés en la cuantificación de los niños expuestos es múltiple. De modo general ha de tenerse en cuenta la alta mortalidad que acompañaba a estos niños durante su primer año de vida,²³⁵ lo que desemboca en un incremento de la generación hueca, tanto como si no hubieran nacido, y no son cifras pequeñas. Así en la tabla puede apreciarse cómo en 1836 el número de expósitos llega a representar casi un 20% de los bautismos totales.²³⁶

²³⁵ Aunque de fechas algo más tardías resulta elocuente el siguiente texto: A.M.V. HOSP-CAR 4, Leg10, “Memoria sobre el RAMO DE ESPÓSITOS presentada á la Junta de la Casa de Piedad de Vitoria por su vocal secretario D. Pedro Ortiz de Zárate”, Imprenta, litografía y librería de la viuda de Egaña é hijos, Vitoria, 1872, págs. 17 y 18. “...referente á las defunciones de los espósitos resultan fallecidos en los 31 años últimos 816 de 1415 ingresados hasta la edad de siete años, en resumen el 56 por ciento y de siete á catorce años 144 de 462 ingresados que resulta el 30 por ciento: por consiguiente á la edad de la pubertad solo ha alcanzado el 14 por ciento [...] el período de la lactancia es el que arroja una mortalidad espantosa, como lo prueba el que de los 816 fallecidos en los 31 años últimos 420 han sucumbido antes del año, que viene á ser el 51½...”.

²³⁶ El número de bautismos de expósitos tiende a ser el mismo que el de los propios acogidos, ya que ante la duda de si el niño expuesto estaba ya o no bautizado, e incluso ante la certificación del comadrón u otra autoridad -caso de los partos en la casa-refugio vitoriana- siempre se volvía a bautizar con la fórmula “sub

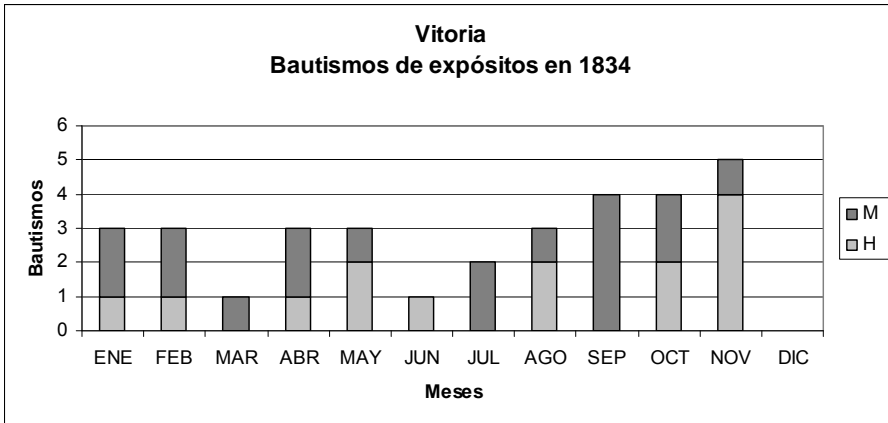
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Año	Bautismos totales	Bautismos expósitos	% de expósitos
1830	347	25	7,2%
1831	388	22	5,6%
1832	398	36	9,04%
1833	363	26	7,16%
1834	402	32	7,96%
1835	322	42	13,04%
1836	303	59	19,47%
1837	314	56	17,83%
1838	267	37	13,85%
1839	265	34	12,83%

De manera más operativa, no hay duda de que la guerra influye de manera directa y decisiva en el incremento de los abandonos, haciendo válida la suposición de que efectivamente en tiempos difíciles la exposición de los recién nacidos era una estrategia común al retraimiento de la concepción.

Como diferencia al descenso de los bautismos, que se marcaba a partir de 1835, en el caso del incremento de los expósitos éste es ya visible en 1834, lo cual es razonable ya que a los embarazos en curso al inicio de la contienda sólo les quedaba como alternativa a su crianza el abandono o el infanticidio. Por el contrario, la contracción de la concepción o los abortos -más factibles al inicio del embarazo- serían una estrategia a partir del estallido bélico y, especialmente por lo ya comentado, a partir de su claro recrudecimiento a finales del 34, viéndose su efecto por tanto a partir de 1835.

conditione". Agradecimiento a Juan Lezaun por dicha información, *Ética y valores en el hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo. «Una apuesta por la Vida y Dignidad de los Expósitos»*, Tesis doctoral inédita codirigida por María Isabel Marijuán Angulo y Jose María Urkia Etxabe, UPV/EHU, Bilbao, 2012.



No obstante lo dicho, los bautismos de expósitos durante 1834 presentan varias características: en primer lugar se expone más en el segundo semestre, cuando por un lado los embarazos en curso previos a la guerra ya habrían dado a luz, y, por otro, cuando el conjunto de los bautizos es menor en la ciudad (165 de julio a diciembre, frente a 237 de enero a junio). Luego el abandono no responde de manera proporcional al número de nacidos, tal como se intuía al ver cómo crece la curva de expósitos en 1835 y 36 mientras disminuye la natalidad en Vitoria durante esos años; y el potencial peso de los embarazos en curso queda difuminado, aunque podríamos agarrarnos a la confianza en la Vitoria liberal de un pronto fin de la guerra (victoria contra Verástegui en noviembre del 33) hasta el ataque a Vitoria (marzo del 34) como estímulo al mantenimiento de las concepciones hasta entonces. En segundo lugar, el corte de diciembre con ningún bautizado expósito que se mantiene en enero del 35 con sólo dos, si bien en febrero se contabilizarán nada menos que siete cayendo nuevamente a tres en marzo y otros tres en abril, representa una rotura de la tendencia alcista que parecía iniciarse en el inicio del verano de 1834, dando que pensar en algún suceso extraordinario que la dinámica de la guerra no explica con claridad, o al menos no mejor que la que encontramos en el cólera, al ser plenamente coincidente con los meses que dicha ciudad declara de epidemia (agosto-noviembre), respondiendo así a una situación vivida con mayor dramatismo que la que produjo la guerra en sí.

Concluyendo, la caída de la fecundidad y de la natalidad tienen en la guerra una explicación suficiente. La brevedad de la epidemia de cólera en un año en el que todavía se arrastraban tasas de natalidad elevadas no permite ver un potencial impacto directo del cólera sobre los nacimientos, siendo el impacto diferido apenas intuido a los nueve meses del mes álgido de la epidemia, octubre del 34, y sólo en Vitoria, ciudad donde, por otra parte, se constata un incremento del número de expósitos durante la duración de la epidemia. No obstante, en el conjunto del decenio el aumento del abandono está ligado al conflicto bélico, donde probablemente una parte sería debido al efecto colateral de la vida social militar, prostitución e ilegitimidad, y no sólo al efecto bélico en relación a una percepción pesimista de las posibilidades de supervivencia.

III.4.3. Mortalidad infantil.

La mortalidad infantil no suele aparecer ligada de manera directa al conflicto carlista, aunque es evidente que se acrecentaría durante el mismo. Sin embargo, respecto al cólera, el niño es enormemente susceptible a sus efectos y epidemiológicamente, tanto en series históricas como actuales, la mortalidad infantil se dispara durante los brotes epidémicos. E indiscutiblemente tal sangría, sincrónica en el caso de la epidemia de 1834 al inicio del desplome de la natalidad por la guerra, hubo de contribuir notablemente a la configuración de la generación hueca cincelada como profunda dentellada en la pirámide de la población alavesa para los nacidos en el decenio 1832-1842.²³⁷

En este sentido, sería clarificador poder aproximarse al porcentaje de mortalidad infantil achacable al cólera de 1834, pretensión complicada por la inexistencia de registros confiables para la epidemia y por la irregularidad de los registros parroquiales de defunción respecto a la mortalidad neonatal e infantil.

²³⁷ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. Op. Cit. Pág. 104, construye la pirámide sobre el censo de 1857, siendo visible el entrante para las edades entre 15 y 25 años, esto es, los nacidos entre 1832 y 1842.

Así, por ejemplo, en el caso de Vitoria el estadillo conservado para la epidemia de 1834 ofrece un porcentaje nada creíble de mortalidad infantil del 4,8%, mientras que para la epidemia de 1855, con un recuento más fiable, Gerónimo Roure señala un 17,59%, que la revisión de Ruiz de Azúa en 1986, a partir del registro del cementerio de Santa Isabel, eleva a un 20,08%, cifra que aún y todo está alejada de la señalada por otros estudios en áreas próximas.

	1834 Estadillo	1855 Roure	1855 Rz. Azúa
Mortalidad Niños	4,8%	17,59%	20,08%

Como ejemplo Martínez Lacabe²³⁸ señala, para la epidemia de 1855 en las localidades que estudia en Navarra, una mortalidad infanto-juvenil “*con expresión diagnóstica de muerte por cólera*” del 51,85%, que asciende al 65,94% en las localidades de la Ribera. Con estos porcentajes, la cuantificación de la mortalidad infantil en relación al cólera de 1834 constituiría una información decisiva a la hora de atribuir o no a la epidemia un papel verdaderamente activo respecto a la conformación de la generación hueca. Sin embargo, para Álava no puede establecerse, ni siquiera aproximadamente, con los datos que he utilizado en el presente estudio, puesto que no he podido discriminar la mayor o menor fiabilidad de los recuentos parvulares en las diferentes localidades

Como acercamiento y por oportunismo traigo a colación los resultados del ya mencionado trabajo de Arbaiza, Guerrero y Pareja para Vizcaya. Aunque con un modelo demográfico diferente del alavés, pero en un entorno próximo y compartiendo el mismo contexto bélico, este estudio presenta el resultado de la reconstrucción de las series de mortalidad en varias localidades de tres áreas vizcaínas, una

²³⁸ MARTÍNEZ LACABE, E. “La epidemia de cólera de 1855 en Navarra: demografía y mentalidad”, *Gerónimo de Uztariz*, nº 12, 1996, págs. 107-108.

rural otra urbana y una tercera industrial, de las que al menos en la denominada *Vizcaya Urbana* -constituida por Bilbao y Durango- se incluye una población con la certeza de que fue afectada por la epidemia de cólera de 1834, caso de Bilbao. Según los datos recopilados por estas autoras, la influencia del cólera es manifiesta sobre la mortalidad infantil,²³⁹ si bien observan un comportamiento desigual en los tres grupos que estudian: <1 año, de 1 a 4 años y de 5 a 9 años. Así, dentro del área urbana el grupo más llamativamente afectado es el de entre 1 y 4 años, con valores que doblan la mortalidad de los años inmediatamente anteriores y posteriores, seguido del de entre 5 y 9 años y finalmente, con una oscilación menos apreciable, el grupo de menos de 1 año que, *a priori*, suele estar protegido por la lactancia materna y está menos expuesto al consumo de agua contaminada. En los tres grupos de edad la mortalidad durante 1834 es mayor que la registrada en 1855.

Por tanto, en la medida en que pudieran extrapolarse estos ejemplos de Navarra y Vizcaya a Álava, podría mantenerse de manera objetiva el papel jugado por la epidemia de cólera de 1834 en el dibujo del entrante de la pirámide de población alavesa en el decenio 1832-1842. Es más, que el grupo infantil más afectado por la epidemia del 34 fuera objetivamente el de 1 a 4 años explicaría también que el inicio del bocado se dé con anterioridad al inicio de la guerra y al descenso de la natalidad a causa de ésta. Luego, con las debidas reservas, a la espera de poder constatar también en Álava este comportamiento de la mortalidad infantil durante la epidemia de 1834, considero plausible mantener la hipótesis de que el cólera tuvo un papel destacado en el inicio de la generación hueca y que, en modo alguno, puede reducirse su conformación sólo a la causalidad bélica.

²³⁹ ARBAIZA, M.; GUERRERO, A.; PAREJA, A. Op. Cit., pág. 35. “*Las crisis de mortalidad de carácter epidémico, más concretamente las crisis de cólera de 1834 y 1855 azotaron con virulencia sobre la población urbana*”.

III.5. La epidemia de 1834 frente a la de 1855.

La epidemia de cólera de 1855 está considerada la más devastadora en vidas humanas de cuantas asolaron Álava durante el siglo XIX y por ello, aun mencionándose otras, es la única que se señala en un mismo plano que la acción provocada por las distintas guerras decimonónicas. Las cifras brutas que se manejan son las reflejadas en la memoria del cirujano municipal de Vitoria Gerónimo Roure, quien publicó al año siguiente un extenso estudio sobre la epidemia con las cifras enviadas por los distintos municipios al Gobierno Civil.²⁴⁰ El cómputo total fue de 8.276 invadidos, con 2.427 fallecimientos, un 29,32%, si bien el propio Roure advierte de inexactitudes debidas a la falta de datos de algunos pueblos. A este respecto, la revisión de Ruiz de Azúa para Vitoria sugiere incrementar la mortalidad por cólera en la capital y sus aldeas en al menos un 13%,²⁴¹ pero no existe ningún otro estudio revisionista de calidad para el resto de Álava que oriente en el mismo sentido para los pueblos de la provincia. Ramos Calvo, que también estudia dicha epidemia, asume totalmente las cifras de Roure, y Echevarría Abascal, que intenta aproximaciones indirectas y añade los recuentos de los ayuntamientos y Juntas de Sanidad locales entregados al gobernador civil, termina igualmente por considerar la contabilidad de Roure como la más fiable.²⁴²

²⁴⁰ ROURE, G. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855*. Imp. Viuda de Manteli e Hijos, Vitoria, 1856.

²⁴¹ RUIZ DE AZÚA Y MARTÍNEZ DE EZQUERECOA, E. “La epidemia de cólera de 1855 en Vitoria”, en *Perspectivas de la España contemporánea. Estudios en homenaje al profesor V. Palacio Atard*, Madrid, 1986. Pág. 205.

²⁴² Echevarría dedica un extenso capítulo a demostrar la garantía del documento de Roure (págs. 79-152) comparando su recuento (2.427 fallecidos) con los datos recogidos por los ayuntamientos (2.218 fallecidos), por las Juntas de Sanidad Local (2.262), e incluso realizando una recogida de datos de registros parroquiales que le ofrece un inexperado resultado de sólo 814 fallecidos referidos a una *causa mortis* de cólera o diarrea; sin embargo, Echevarría no tiene en cuenta ni los errores diagnósticos ni el ocultamiento de casos tan habituales en el cólera, además de las dificultades propias de los registros parroquiales, por lo que todo su gran esfuerzo se ve mermado por un planteamiento irreal de la situación.

Por tanto, frente a las 1.166 víctimas -aunque sean un mínimo- que barajo para la epidemia de 1834 en Álava, la mortalidad atribuida a la de 1855 vendría a duplicar esa cifra, dejando claro en términos de mortalidad bruta que ésta fue más devastadora.

Sin embargo, han de matizarse estas cifras, ya que tanto la duración como la extensión geográfica de ambas epidemias fueron diferentes, y aunque la población total de la provincia no variara mucho entre 1834 y 1855, sí lo hizo su distribución, por lo que desde una óptica local sería exagerado ceder todo el protagonismo a la epidemia de mediados de siglo.

Según la memoria de Roure la epidemia de 1855 se da oficialmente por iniciada el 27 de abril y finalizada el 10 de diciembre, siete meses de duración frente a los cuatro contabilizados para la de 1834.²⁴³ Así mismo, mientras que en el presente estudio, tomando como unidad de análisis las localidades alavesas, se observa cómo algunas zonas de la provincia habían quedado al margen de la epidemia, en 1855 la afectación territorial parece más completa, si bien es dudosa la comparación ya que la relación de Roure mezcla municipios y localidades, y en aquéllos no conocemos con exactitud la extensión geográfica de la epidemia por sus pueblos. Así, no es posible comparar localidad a localidad, teniendo que hacerlo por municipios donde efectivamente en 1855 sólo quedan libres de la epidemia Urkabustaiz, el valle de Arana y Zuia, mientras que para la epidemia de 1834 no presentan casos positivos catorce municipios (Añana, Aramayona, Baños de Ebro, Elvillar, Cripán, Lanciego, Leza, Moreda, Okondo, Oyón, Ribera Baja, Samaniego, Villabuena y Yécora) además de tres cuyos positivos estadísticos son dudosos (Alegría, Amurrio y Navaridas). Luego en términos relativos y teniendo en cuenta estos aspectos temporo-espaciales, el efecto de ambas epidemias en cuanto a mortalidad quedan más equilibrados.

²⁴³ Aunque he defendido la consideración de julio y diciembre de 1834 como meses probables de cólera en Álava, la contabilización de los casos se ha realizado exclusivamente entre agosto y noviembre, meses extremos oficiales de la epidemia.

Capítulo III. Otras cuestiones epidemiológicas.

Comparando las cifras de Roure para la epidemia de 1855 con las obtenidas para 1834 en este estudio,²⁴⁴ puede verse cómo la diferencia de mortalidad a favor de 1855 esta sustentada fundamentalmente por la mortalidad en municipios no afectados en 1834, que contabilizan ya 688 defunciones, y por unos pocos municipios con mortalidades muy elevadas comparadas con las que sufrieron en 1834 (Salvatierra, Laguardia, Bernedo, Lanciego y Yécora como más llamativos). Si sólo nos atenemos a los 34 municipios que sufrieron la epidemia de 1834, obtendríamos que en 14 de ellos (un 41,2%) la mortalidad en 1834 fue mayor, mientras que en 17 (un 55,8%) lo fue en 1855, dándose en un caso la misma mortalidad, si bien no son pocos en los que las cifras distan muy poco para una y otra epidemia.

MUNICIPIO	1834	1855
VITORIA	231,8	233
SALVATIERRA	116,5	202
LABASTIDA	106,3	141
CAMPEZO	67,4	38
LAGUARDIA	61,2	118
ARRAIA-MAEZTU	44,9	25
LEGUTIANO	43,3	20
ZAMBRANA	42,02	42
BARRUNDIA	41,2	10
LAPUEBLA DE LABARCA	37,3	19
ARRAZUA-UBARRUNDIA	35,5	29
ELCIEGO	31	43

²⁴⁴ Debido a las limitaciones de la tabla de Gerónimo Roure la comparación se ha realizado a nivel de municipios. No obstante, en el apéndice nº 4 puede verse la tabla con las referencias y aclaraciones a nivel de localidad. Las cifras de 1834 están referidas a las localidades consideradas positivas y que no han sido señaladas con dudas. El cálculo de la mortalidad atribuible al cólera en 1834 se ha obtenido mediante la diferencia entre la mortalidad absoluta del periodo agosto-noviembre de 1834 y la media de la mortalidad del mismo intervalo en el decenio 1830-1839 sin 1834.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

LLODIO	27,1	27
VALDEGOVÍA	26,5	31
ZUIA	26,02	
IRURAIZ-GAUNA	25,5	25
SAN MILLÁN	24,6	66
BERNEDO	24,2	196
BERANTEVILLA	23,3	48
ZALDUENDO	15,1	86
IRUÑA DE OCA	14,3	15
LANTARON	13	13
RIBERA ALTA	12,4	5
ELBURGO	12,1	23
PEÑACERRADA	9,6	32
ARMIÑÓN	9,3	39
LAGRÁN	8,8	8
ASPÁRRENA	8,1	65
ARTZINIEGA	7	22
ZIGOITIA	6,5	23
VALLE DE ARANA	4,5	
AYALA	4,4	89
URKABUSTAIZ	3,01	
KUARTANGO	3	8
ALEGRÍA	D	41
AMURRIO	D	53
AÑANA		1
ARAMAYONA		30
ELVILLAR		73
KRIPÁN		25
LANCIEGO		148
LEZA		27
MOREDA DE ÁLAVA		1
NAVARIDAS	D	26
OKONDO		21
OYÓN		40
RIBERA BAJA		5

Capítulo III. Otras cuestiones epidemiológicas.

SAMANIEGO		69
VILLABUENA		17
YÉCORA		111
TOTAL	1.166,75	2.429²⁴⁵

En este sentido quizá el caso más llamativo sea el de Vitoria, cuyas cifras de mortalidad son prácticamente idénticas en ambas epidemias. Es cierto que Ruiz de Azúa propone aumentar la mortalidad en la capital al menos un 13% para 1855, pero no lo es menos que las cifras barajadas para 1834 son un mínimo, lo que deja evidentemente toda comparación en mera aproximación; si bien considero suficiente para colegir que en el municipio de Vitoria la epidemia de cólera de 1855 no fue más devastadora que la de 1834, sino tal vez al contrario.

La comparación tiene también el inconveniente de la fiabilidad de la población de referencia: si bien el padrón de Vitoria de 1828 ofrece una cifra de 15.033 habitantes para el municipio (10.703 sólo la ciudad) frente al de 1857 que otorga al municipio 18.710 habitantes (15.569 para la ciudad), hay dudas sobre el registro de la población flotante de los arrabales extramuros de Vitoria. En principio, aunque el crecimiento de la población alavesa en el segundo tercio del XIX, tras la sangría de la epidemia de cólera del 34 y del conflicto bélico, fue limitado, se produjeron cambios en la densidades comarcales por redistribuciones internas a favor, entre otras zonas, de la Vitoria urbana. Esto es, la capital aumentó su población tras la guerra civil, si bien sus pueblos pierden -probablemente a favor de aquélla- 1.189 habitantes. De hecho, las expresiones sobre hacinamiento en la ciudad vieja y los arrabales extramuros aparecen claramente en los informes médicos previos a la epidemia de 1855,²⁴⁶ pero no se mencionan en el

²⁴⁵ El total referido por Roure es de 2.427, pero él mismo señala que las sumas totales y las parciales no coinciden debido a la falta de datos de consignación de las edades y sexos en algunos casos. Op. cit., pág. 20.

²⁴⁶ A.M.V. 37/27/30. Informe de la comisión mixta del ayuntamiento y de la Junta Provincial de Sanidad con motivo de la visita domiciliaria realizada el 27 de febrero de 1854.

realizado durante 1832 y sólo tangencialmente en 1834.²⁴⁷ Luego el municipio había crecido a expensas del núcleo urbano, el cual podría haber aumentado su población en torno a un 50% respecto a 1834.

Con este presupuesto, el impacto de la mortalidad en relación a la población total sería sensiblemente mayor en 1834, si bien a tenor de las cifras de invadidos con que contamos (más de 1000 en 1834 frente a 632 en 1855),²⁴⁸ la virulencia del cólera sería, por contra, muy superior en 1855, si bien no contamos para esta epidemia con la discriminación de Vitoria urbana y la de sus pueblos. En resumidas cuentas, cada epidemia tuvo sus particularidades y no es posible evaluar con justicia el daño objetivo de cada una, pero no parece que pueda destacarse, tal como se ha acostumbrado en los textos sobre la ciudad, el efecto del cólera de 1855 sobre la de 1834.

De igual manera he señalado el enorme sesgo en la historia alavesa de conocer su devenir a través de la interpretación vitoriana, la gran generadora y conservadora de fuentes documentales, lo que convierte a la capital en protagonista casi exclusivo de los acontecimientos provinciales. No tengo ninguna duda de que así ha ocurrido respecto al cólera y, sin embargo, debe subrayarse un factor coincidente en ambas epidemias: otras poblaciones alavesas sufrieron un mayor impacto que el acaecido en su capital. Respecto a la de 1834 ya había quedado señalado que a partir del índice de Dupâquier la localidad más afectada fue Salvatierra, lo que vuelve a repetirse en 1855, si bien los datos son a nivel de municipio. La tasa de mortalidad

²⁴⁷ A.M.V. 17/27/18. Bando municipal de Vitoria del 3 de agosto de 1834. En su artículo 18 señala que “*Los inspectores de distrito harán un reconocimiento de las casas, donde se presuma que pueda haber mas gente que la que quepa cómodamente*”. Aunque no puede descartarse otra cosa, en principio alude a un problema potencial, mientras que en 1855 la expresión es de un problema fehaciente.

²⁴⁸ Ya ha quedado comentado que las cifras de invadidos pecan por defecto aún más que las de mortalidad, ya que los casos leves o que curan espontáneamente no llegan a registrarse, sobre todo en los momentos más álgidos y problemáticos de las epidemias. La cifra de 1834 es además un claro redondeo: “*algunos mil casos*” más los 254 casos contabilizados.

pone a esta localidad en un macabro primer puesto,²⁴⁹ pero no es la única que supera a Vitoria en ambas epidemias. Tal como había establecido, en 1834 el impacto de la mortalidad, medido a través del índice Dupâquier, colocaba a la capital por debajo de la media provincial y la impresión en 1855 es similar, destacando en ésta las grandes mortandades brutas registradas en villas como la citada Salvatierra, Bernedo, Lanciego, Labastida, Laguardia o Yécora, que superan el centenar de fallecidos a causa del cólera. Desde estos ejemplos, sí puede aseverarse que la epidemia de 1855 fue más devastadora en el conjunto de Álava que la de 1834, pero en buena medida por la mayor extensión geográfica de aquélla. En este sentido, hay un elemento diferencial trascendente: mientras que en 1834 la guerra condicionó una limitación en las comunicaciones de personas y mercancías, salvedad de los ejércitos pero que se movieron en áreas concretas, en 1855 el aumento y la libertad de circulación pudo favorecer la casi generalización de esta epidemia en Álava, incluidos los hábitat dispersos del norte y noroeste provincial que en 1834 actuaron como factor protector. Estaría defendiendo por tanto que la guerra carlista, a la que atribuyo un papel fundamental en la diseminación inicial de la epidemia de 1834 en Álava -la que he señalado como inicio lento e insidioso a partir del arribo de casos importados a Vitoria-, actuaría a su vez como factor protector en la segunda oleada, la que he definido como tardía y claramente epidémica, al reducir las comunicaciones de personas y mercancías entre los pueblos.

²⁴⁹ Que sugiere la necesidad de un análisis pormenorizado de los factores epidemiológicos que favorecieron su particular susceptibilidad al cólera.

Capítulo IV. Crónica de la epidemia de 1834 en Álava.

Álava sufriría de manera desigual tres epidemias de cólera durante el siglo XIX: en 1834 como parte del progreso de la segunda pandemia iniciada en 1829, en 1855 correspondiendo a la tercera pandemia que se habría iniciado en 1852, y una tercera en 1885 dentro de la quinta pandemia con origen en 1881. Logró esquivar un rebrote de esta quinta, acaecido en algunos lugares de la península en 1893, así como la cuarta pandemia, iniciada en 1863, que atravesó España en 1865. Al igual que el resto de la península no se vio afectada por la primera pandemia de 1817.

En ninguna de las tres epidemias la provincia se vería invadida totalmente, siendo zonas concretas de la misma las que sufrieron su azote, lo que convendrá recordar al plasmar las cuantificaciones totales para Álava y valorar su repercusión. Máxime si tenemos en cuenta que algunos determinantes epidemiológicos favorecieron la exposición reiterada en las tres invasiones de algunos pueblos, aumentando aún más la percepción trágica del cólera en determinadas

zonas de nuestra provincia frente a otras, caso de la referida Salvatierra.

De las tres epidemias de cólera que sufrió Álava durante el XIX, la de 1834 es sin duda la más desconocida. El motivo principal ha de buscarse en la prioridad que se dio a los asuntos bélicos sobre cualquier otra cuestión, y la prueba de ello está en la llamativa diferencia en el abordaje del cólera que transmiten los documentos. Aunque la epidemia de 1834 no cobró protagonismo directo hasta el inicio del verano de aquel año, la amenaza del cólera había despertado un enorme interés dos años antes, cuando la epidemia avanzaba por Francia en dirección al Pirineo y se temía que alcanzara nuestro territorio. La documentación de aquel año 1832 recoge una temprana reacción de las autoridades políticas con discursos, bandos y normativas, pero, sobre todo, con acciones directas y urgentes sobre aquellos elementos que se consideraban predisponentes o facilitadores de la aparición del mal; acciones que, por el contrario, no destacan en la documentación conservada de 1834, orientando ésta hacia actitudes pasivas y fatalistas ajenas a todo acto de prevención más allá de la disposición, por Orden Real, de los cordones sanitarios. De hecho, la epidemia aparece en la documentación alavesa con un claro sentido de preocupación el 21 de julio, cuando más que probablemente ya había enfermos en Vitoria.

Pero el condicionamiento de la guerra no queda ahí. La documentación provincial alusiva al cólera prácticamente se reduce a la generada por la Junta Provincial de Sanidad, organismo temporal creado expresamente para responder a la amenaza, que careció de toda operatividad. Con buena parte de la provincia bajo control directo o indirecto de los insurgentes, durante su actividad apenas se recogen comunicaciones con media docena de localidades, y en todos los casos a instancia de éstas, claro ejemplo del alcance de su observación y actuación.

El resto de las poblaciones alavesas quedó silenciado, tanto por el mutismo de la documentación de la Junta Provincial como por la de los organismos locales, que tampoco generaron documentación propia debido al habitual silencio administrativo en tiempos de guerra.

La reducida documentación, pero especialmente su parcialidad, supone una enorme dificultad para tratar de relatar una crónica de la epidemia en su contexto social y político. Los resultados obtenidos en los estudios cuantitativos previos ayudan, evidentemente con las reservas estadísticas, a completar la geografía física de la epidemia. Sin embargo, aun con esas aportaciones, algo tan fundamental en una crónica como la secuencia temporal no está en modo alguno bien definida, especialmente la primera invasión, aquella que he venido en llamar lenta e insidiosa.

Son sin duda importantes limitaciones que requerirán el concurso futuro de aportaciones locales para ganar detalle en la descripción de la secuencia del cólera en Álava. Mientras, habré de conformarme con tratar de enfocar y definir los contornos de aquella instantánea.

IV.1. La larga espera.

Aunque los primeros casos oficiales en Álava no se dieran hasta el verano de 1834, el cólera estuvo muy presente en el imaginario social y especialmente en las preocupaciones de sus dirigentes desde la primavera de 1832. Fue una larga espera de confirmaciones consecutivas que terminaron por romper las ideaciones míticas sobre el solar alavés como una bondadosa tierra libre de enfermedades, tal como, por ejemplo, dibujaba Foronda hacia 1783 en sus *Cartas escritas por Mr. de Fer...*²⁵⁰

Efectivamente, desde la primavera de 1832 tanto Diputación de Álava como Ayuntamiento de Vitoria se van haciendo eco del avance de la epidemia por Europa -ya en Francia- y comienzan a dictarse diversas disposiciones marcadas por la ambigüedad del lenguaje, tratando de no alarmar a la población pero disponiendo medidas preventivas. “*El mal, Señores, está aun lejos de nosotros*”,²⁵¹ clamaba el alcalde de Vitoria, Ramón M^a de Urrechu, el 5 de abril, a la vez que disponía unas primeras medidas generales de carácter esencialmente higiénico encaminadas a “*conservar la pureza del aire*” como profiláctico básico de la epidemia, tal como orientaban las teorías miasmáticas predominantes en la medicina del momento.²⁵² Las recomendaciones relativas a la higiene pública, considerada como causa del cólera, -si bien también hay escuetas referencias a la limpieza del hogar y a la corporal-²⁵³ se acompañan de directrices sobre los elementos considerados como predisponentes individuales

²⁵⁰ FORONDA, V. *Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España*, Luis Boudrie, Burdeos, ¿1783? Si bien lo más curioso es que su apología de Álava como tierra que no necesita médicos es calcadamente mantenida cien años después por COLÁ Y GOITI, J. *El futuro Vitoria*, viuda é hijos de Iturbe, Vitoria, 1884.

²⁵¹ A.T.H.A. DH 218-3.

²⁵² El término “higiénico” debe evidentemente acotarse al significado dado por las teorías higienistas del XVIII y primera mitad del XIX, y no interpretarse desde concepciones actuales.

²⁵³ Que poco tiene que ver con la actual percepción del aseo, cfr. los capítulos V “Determinantes de salud y cólera” y VI “Cólera y adoctrinamiento higiénico-sanitario”.

para padecer la enfermedad, entre los cuales el componente moral todavía no es muy explícito,²⁵⁴ aunque anticipa el discurso de la segunda mitad de siglo y deja clara la permeabilidad al contenido de los textos franceses. No hay alusiones claras a una causalidad sobrenatural y las recomendaciones se ciñen, exclusivamente, a aspectos medico-higiénicos; incluso se exhorta al estamento eclesiástico a que hagan proselitismo de estas medidas higiénicas.²⁵⁵

Las ordenanzas tampoco olvidan la inclusión de una vía punitiva, aún inconcreta, “*que se imponga una terrible multa*”, a quien no las cumpliera. Estas Ordenanzas recuerdan en algunas medidas públicas otras tan lejanas como las de la ciudad de Vitoria de 1487²⁵⁶ -para González y Bazán en probable respuesta a la epidemia de peste de 1348-,²⁵⁷ repetidas con posterioridad en cada una de las epidemias sufridas, lo que muestra el escaso efecto sobre el comportamiento social que tenían estas medidas tras la desaparición de la enfermedad.

²⁵⁴ “...pero en especialidad en la actualidad conviene la sobriedad en los alimentos, evitando las bebidas espirituosas, y los excesos de la mesa”. A.T.H.A. DH 218-3. Con el tiempo, especialmente a partir de la epidemia de mediados de siglo, los factores de riesgo individuales versarán de manera más nítida sobre el alcoholismo y la sexualidad.

²⁵⁵ A.T.H.A. DH 218-3, relación del 13 de abril de 1832 que continúa el bando del 5 de abril del ayuntamiento de Vitoria. La matización de la ausencia de mensajes religiosos o de intercesión divina tiene relación con la cuestión de una dualidad en la percepción de la causalidad del cólera: ausencia de higiene frente a desviación religiosa (castigo divino), potencialmente extrapolable a los bloques políticos (liberalismo frente a tradicionalismo/absolutismo) en la línea Foucaultiana de somatocracia frente a teocracia.

²⁵⁶ GONZÁLEZ DE ECHAVARRI, V. *Alaveses Ilustres*. Vol. II, Vitoria, 1900. Recoge las Ordenanzas de la ciudad de 1487, en cuya ordenanza décima se lee: “*que persona ninguna non sea osada de lançar nin echar por ventana alguna a las callejas aguas ningunas nin basura nin tierra nin otra suciedad alguna*”. Mientras que en las disposiciones de 1832 puede leerse “*que los vecinos no arrojen á las calles ó sitios públicos perros, gatos muertos &c. escrementos, aguas de fregar, y cualquiera otra materia capaz de ofender la salubridad pública*”. A.T.H.A. DH 218-3.

²⁵⁷ GONZÁLEZ MÍNGUEZ, C.; BAZÁN DÍAZ, I. “La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición”, en *Historia de la medicina en Álava*, Ramos Calvo, P.M. (Dir.), Vitoria, 1997. Pág. 108 y ss.

En la sesión de la semana siguiente, el 12 de abril, se acuerda formar una Junta Municipal de Sanidad, adelantándose a la disposición de la Diputación del 7 de mayo en la que se decide la formación de una Junta Superior de Sanidad y desde la cual se instará a la creación de Juntas de Sanidad Locales en cada uno de los ayuntamientos de la Provincia,²⁵⁸ a las que se irán comunicando los métodos higiénicos y curativos así como cualquier medida de salubridad que según los principios científicos de la época son reconocidos como útiles. Viendo la anticipación del Ayuntamiento de Vitoria frente a la Diputación parece más acertado pensar que eran las comunicaciones de Vitoria de las que se hacía eco la Diputación para extenderlas por el resto de la provincia. En cualquier caso, las disposiciones que se toman no difieren en lo esencial de aquellas que provienen de suelo francés, desde donde se espera llegue la epidemia. En este sentido, dentro de la carpeta correspondiente a esta primera epidemia, conservada en el archivo del Territorio Histórico de Álava, puede verse el librito titulado “Instrucción sobre el colera-morbo asiático”, correspondiente a una traducción del francés que edita en 1832 la imprenta bilbaína de Delmas.²⁵⁹ En la misma línea, reforzando la idea de unas fuentes comunes que simplemente se van repitiendo, son las disposiciones de la Diputación de Guipúzcoa del 12 y 25 de abril de 1832, de las que hay constancia que se conocieron en Álava.²⁶⁰

La Junta de Vitoria quedó compuesta por “*los Señores Capitulares de este Ayuntamiento, Vicario Eclesiástico, Curas*

²⁵⁸ Anótese la inexistencia de estructuras permanentes, que sí existirán a partir de mediados de siglo como logro precisamente del cólera.

²⁵⁹ Desde el año anterior la *Gaceta de Madrid* se hace eco con relativa frecuencia de memorias y manuales sobre el cólera de origen europeo. En mi revisión al menos desde el nº 113 del 13/09/1831, pág. 496. En el nº 145 (y en posteriores) del 26/11/1831, pág. 642, se publicita el elaborado por Mateo Seoane en Inglaterra, llamativo por permitirse tal propaganda cuando Seoane había sido la cabeza visible de las reformas sanitarias durante el Trienio Liberal y se encontraba exiliado, lo que puede tomarse como signo inequívoco de la preocupación existente.

²⁶⁰ A.T.H.A. DH 218. También se publicaron en la *Gaceta de Madrid* nº 55 del 08/05/1832, págs. 227-228.

párrocos de las iglesias de esta Ciudad, Prelados de las comunidades religiosas, Asesores, Médicos y Cirujanos titulares”,²⁶¹ es decir, por la oligarquía civil y eclesiástica, a la que sumaban el asesoramiento sanitario,²⁶² que ya estaba constituida en torno a la Junta de Beneficencia. Todavía en esa reunión el municipio “*se halla íntimamente persuadido de la dificultad de que su hermosa población sea atacada de esta tan cruel enfermedad por su posición geográfica, cielo dulce, clima fresco, suelo fecundo, industria, una buena higiene pública, y por la natural facilidad que tienen los vecinos del pueblo de prestarse á las insinuaciones de sus Autoridades...*”, pero la bucólica estampa que dibuja el alcalde, en la línea de la que presentara Valentín de Foronda para Álava a finales del XVIII, queda despedazada con las medidas higiénicas que propone y que, probablemente, fotografíen una Vitoria más real: “*...perros, gatos muertos &c. escrementos, aguas de fregar, [...] pantanos, pozos de aguas corrompidas, [...] insalubridad de los pueblos. [...] estercoleros, basureros, depósitos de materias en fermentacion pútrida [...] infestan la atmósfera...*”.²⁶³ Tales imágenes se hacen reales en las inspecciones encargadas a los miembros de la Junta de Vitoria, quienes repartidos en varios distritos y acompañados por los mayores de vecindad y otros vecinos recorren los días siguientes calles, casas, cuadras y patios, visitan caños y evalúan el estado de ríos y arroyos. Los informes son desiguales pero efectivamente hablan de “*patios puercos*”, “*comun muy perjudicial*”, “*basuras*”, “*cargado de inmundicia*”, “*fetidez*”, “*habitacion sin cocina*”, “*poco ventilada*”, “*hedionda y asquerosa*”, “*habitación la tiene mas inmundica que la cuadra mas sucia*”, y un largo etc., si bien cuantitativamente, salvo los espacios públicos

²⁶¹ A.T.H.A. DH 218-3. También en A.M.V. 17/27/15.

²⁶² El asesoramiento de personal sanitario era habitual en tiempos epidémicos, cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. “La enfermería en las epidemias de peste del siglo XVI en Vitoria”, en *Actas del III Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*, Zaragoza, 2005, págs. 153-164. Y a partir de 1820, con la creación de la Junta de Beneficencia formarán también parte de la Junta del hospital y la cárcel. Cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J.; PRADELL GONZÁLEZ, A. *La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX*, Colegio de enfermería de Álava (ed.), Vitoria, 2006.

²⁶³ A.T.H.A. DH 218-3.

(caños o ríos), el número de viviendas a las que se advierte de multas²⁶⁴ o se señala como con defectos es porcentualmente limitado: en el caso de la calle Zapatería, cuyo inspector señala los números de las casas, advierte riesgos percibidos como tales en 17 de los al menos 148 números que constituían la calle, un 11,48%.²⁶⁵ Luego no puede considerarse una mala salubridad, en las concepciones del momento, como algo general en los hogares de Vitoria; es más, los inspectores de las calles Pintorería y Cuchillería, evidenciando el prejuicio y paternalismo burgués hacia la clase obrera, “*Han visto con particular gusto y satisfacción muchas habitaciones de menestrales mas curiosas que lo que permiten sus facultades y clase*”.²⁶⁶ Otra cuestión es el espacio público, en el que la imagen percibida sí parece generalizarse, al menos en el cerro, que lo retrotrae a un intemporal medioevo con calles sin empedrar -especialmente los estrechísimos cantones que las cortaban-, donde paseaban y criaban libremente animales para matanza o recreo, se acumulaban excrementos o se arrojaba todo tipo de desperdicios de carnicerías, curtidorías y demás negocios. Y entre dos calles, delimitando las traseras de las alargadas y estrechas casas de alforja, los caños “*inmundos*”, todavía muchos a cielo abierto, a los que iban a parar los residuos privados y fisiológicos de los vitorianos,

²⁶⁴ “*Han hecho presente a los habitantes la necesidad de mantener limpias y aseadas todas sus habitaciones, corrales, cuadras y comunes, intimandoles se les impondran multas si en otra visita se encontrase sucia cualquiera de estas piezas*”. A.M.V. 17/27/15. Informe de la inspección domiciliaria de las calles Pintorería y Cuchillería.

²⁶⁵ A.M.V. 17/27/15.

²⁶⁶ A.M.V. 17/27/15. No puede hacerse todavía una diferenciación entre el casco viejo y la incipiente extensión hacia el sur, en lo que será la nueva Vitoria burguesa, ya que apenas se había insinuado, estando todavía muy presentes en la colina medieval nobleza y burguesía. No obstante, puede destacarse que quien inspecciona el ensanche sur sólo comenta problemas en los espacios públicos salvo en los barrios de Barreras y del Arca -arrabales históricos de la ciudad conteniendo la mirada del neoclasicismo de la plaza Nueva y la calle de Postas-, en los que el espacio privado sí es analizado (espionado, que diría Corbin) y constatado su estado inundo.

constituyendo el centro de las críticas en estos informes por la fermentación orgánica y su hedor consiguiente.²⁶⁷

A raíz de los informes de la Junta, el Ayuntamiento vitoriano publica una circular el 26 de abril exhortando a los vecinos a mantener limpios “*con mucha particularidad los indicados comunes y conductos*” e igualmente se va precisando la vía punitiva con multas algo más concretas.²⁶⁸ También se debió proceder a realizar determinadas obras en la ciudad, ya que según un documento que dirige el Ayuntamiento de Vitoria a la Diputación a finales de julio de 1832,²⁶⁹ la ciudad ya había gastado diez mil reales de vellón en llevar a efecto “*ciertas medidas de salubridad*” no concretadas, lo que a pesar de no ser una cantidad exagerada parece desequilibrar el presupuesto municipal puesto que, con el fin de atender “*las demas [medidas] que fuese preciso*”, pide autorización a esa Diputación para gravar, desde el primero de agosto hasta finales de diciembre, con un maravedí cada libra de carne, de carnero o ternera que se picara en los bancos públicos, y con un real de vellón cada arroba de aceite que se pesara en la alhóndiga municipal.²⁷⁰

En agosto del mismo año 1832 el nerviosismo aumenta al haberse detectado algún caso de cólera-morbo asiático en la ciudad de Burdeos, ante lo cual insisten desde la Junta Superior de Sanidad en hacer cumplir sus directrices a los ayuntamientos y Juntas locales de

²⁶⁷ A.T.H.A. DH 218-3. Circular del Ayuntamiento de Vitoria del 26 de abril de 1832. “...*el estado de los comunes y conductos fecales de esta Ciudad, cuya horrorosa fetidez se hace á veces insoportable á los mismos que están acostumbrados á ella por un largo hábito...*”.

²⁶⁸ Ibidem. “...*con una multa de 100 á 200 reales, sin perjuicio de hacer proceder á la limpieza á costa de los culpables*”. Es interesante constatar cómo se concretan algunas acciones, como el barrer por los vecinos la parte correspondiente de su calle, que con el tiempo, epidemias mediante, terminarán asumiéndose como conductas habituales por la población.

²⁶⁹ A.T.H.A. DH 1171.8.

²⁷⁰ Impuesto indirecto sobre el consumo con larga tradición en la ciudad que, evidentemente, perjudicaba en mayor medida a las clases más empobrecidas. Otras villas siguen el mismo camino, por ejemplo Laguardia (A.T.H.A. DH 218.8).

Sanidad, no siempre capacitados o mentalizados para su labor.²⁷¹ A raíz de la invasión de Burdeos, España inhibe las comunicaciones con Francia, dejando sólo como pasos Irún y la Junquera, en los que se acomete una cuarentena de quince días para todos los que quieran cruzar la frontera.²⁷² Sin embargo, los cordones sanitarios que se habían dispuesto en la frontera guipuzcoana y navarra con Francia no frenaban el paso de contrabandistas, por lo que el Consejo de Ministros acordó reforzarlos sufragando parte del coste. La Diputación alavesa, que se había facultado para iniciar cualquier contacto con las “*Provincias hermanas y autoridades que convenga*” para adquirir tanto las últimas noticias como las medidas para prevenir y, en su caso, combatir la amenaza que se cernía sobre la provincia, crea un segundo cordón en sus límites con Guipúzcoa, a la vez que colabora en el mantenimiento del de la frontera con 71.269 reales de vellón.²⁷³

Al tiempo que se incrementa el miedo entre la población crecen los oportunistas y los remedios milagrosos.²⁷⁴ Remedios empíricos de no más dudosa efectividad que los propuestos por los médicos

²⁷¹ La desgraciada experiencia de Lapuebla de Labarca a finales de ese año permite documentar la inoperancia de las Juntas Locales en los pequeños pueblos alaveses. “*Sr. Caballero Diputado; mientras que Vd con sus filantropicas ideas se desvela á favor de este desgraciado Pueblo, sus gobernantes descansan altamente confiados sin duda en su buena Conciencia; la junta de sanidad aun no se á reunido sino dos veces desde su creación, la una para dar noticia de ella á esa Superior; y la otra para dar gracias a V.S. por su inimitable Caridad en el enbio de las dos Onzas; pero aunque dio parte a V.S. del estado de la Salud Publica no fue efecto de reunion sino que un amante de la humanidad, izo la exposición la llebo á firmar á los indibiduos, é izo se presentase a V.S.*”. Carta anónima dirigida en marzo de 1833 a la diputación (A.T.H.A. DH 218-5). No se expresa la causa del anonimato, pero dada la fecha, en plena tensión política de los últimos días de Fernando VII y ante el férreo, y ambiguamente político, control de Valentín de Verástegui en la provincia, además del poder de los cabecillas locales -en la zona especialmente afectos al realismo-, cualquier atisbo de oposición, real o supuesta, se pagaba cara, tenida cuenta de la experiencia persecutoria tras el malogrado Trienio Liberal.

²⁷² *Gaceta de Madrid* nº 100 del 21/08/1832. Pág. 409.

²⁷³ A.T.H.A. DH 218.

²⁷⁴ Fenómeno habitual durante todas las epidemias de cólera del XIX y buena muestra de las creencias populares, alimentadas sin duda por la ineficacia médica.

vitorianos que, ya en 1832, redactan una “*Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad a la Junta Municipal de Sanidad de la misma sobre el cólera morbo asiático y método de su preservacion y curacion*”,²⁷⁵ donde se hacen eco de las teorías que circulan por los países europeos que ya han sufrido los efectos del cólera. Los tratamientos prescritos se ciñen aún a los conceptos humorales y, salvo los medicamentos paliativos del dolor, eran contraproducentes desde el conocimiento actual.²⁷⁶ El Ayuntamiento de Vitoria trata de prevenir sobre los potenciales embaucadores, lo que no frenará la oferta de soluciones al margen de la médica tradicional: “*Diariamente se lee en los diarios políticos y otros, anuncios de preservativos del Cólera-morbo: el público debe despreciar tales promesas emanadas del sórdido interes, y no distraerse su atención de los socorros realmente útiles, que su Ayuntamiento habiendo oido á sus Médicos les proporciona, y sucesivamente redoblará sus desvelos con el mismo objeto*”.²⁷⁷

En septiembre las tres Diputaciones vascas se reúnen en Bilbao, creándose una Junta Superior Directiva de Sanidad con carácter no permanente, potenciando el segundo cordón que aislaba Guipúzcoa de Vizcaya y Álava, muestra evidente del temor creciente a que se dieran los primeros casos en tierras guipuzcoanas en cualquier momento. Sin embargo, mientras el esperado peligro del norte no hará su presencia, al sur de Álava, en Lapuebla de Labarca, se estaba produciendo un hecho singular que avivará aún más la incertidumbre. Se dieron numerosos casos etiquetados como “*fiebres malignas*” que habían acabado con la vida de varios vecinos de aquella localidad²⁷⁸ y cuya

²⁷⁵ A.M.V. 17/27/16.

²⁷⁶ La recomendación de tratamiento era la siguiente: si se daba “*un claro predominio nervioso (calambres, convulsiones, temblores, &c.) acostar al enfermo en cama caliente, bebida tibia, láudano líquido en gotas, pociones opiáceas y lavativas. Si, por el contrario, es de predominio inflamatorio (fuertes dolores ventrales, retortijones, &c.), sangrías y sanguijuelas*”.

²⁷⁷ A.T.H.A. DH 218-3. También los médicos de Vitoria hacen hincapié en ello en su *Memoria facultativa...* de 1832 (A.M.V. 17/27/16, págs. 8-9).

²⁷⁸ “*la enfermedad dio principio en casa de Felipe Medrano, en donde murieron dos personas y un niño; á luego enfermo, y murio Josefa Garcia; seguidamente murio*

“*gran similitud entre las características clínicas y terapéuticas de estas ‘fiebres estacionales’ con las descritas para el cólera por los medios de la época*” hacen pensar a Ramos Calvo que éstos pudieran ser los primeros casos de cólera-morbo en la provincia,²⁷⁹ algo epidemiológicamente poco sustentable.

Desde 1831, cuando la expansión de la enfermedad por Europa era ya un hecho contrastado, habían saltado alarmas de cólera en distintos puntos de España por casos con sintomatologías dudosas, aunque terminaron etiquetándose bien como equivocaciones -o mentiras-, bien mediante formas morbosas conocidas aunque discutibles, o simplemente negándolos.²⁸⁰ Sin embargo, la posterior experiencia de ocultamiento sistemático de casos -por motivos económicos, políticos, de prestigio, etc.- llevan a poner en duda los criterios diagnósticos utilizados en aquellos prolegómenos de la epidemia de 1834, estimulando la posibilidad de un inicio más temprano del cólera en España. Pero por cuanto sabemos, los cursos epidemiológicos no fueron típicos del cólera, caso de Lapuebla de Labarca: muy localizado, con repunte en invierno y finalizando en verano. En cualquier caso, al margen de la dudosa posibilidad de que fuera cólera, lo que interesa es lo que creyeron sus coetáneos, y evidentemente la reacción anímica que ello pudo provocar. Y en Lapuebla, además de la sospecha señalada por Ramos a raíz de la descripción del cuadro,²⁸¹ no puede obviarse el llamativo esfuerzo

Gabriel Loyzada, y enfermo casi toda su familia”. A.T.H.A. DH 218-5. Carta anónima recibida en la Diputación Foral de Álava el 1 de marzo de 1833.

²⁷⁹ RAMOS CALVO, P. M. *El cólera en Álava*, pág. 28.

²⁸⁰ Siguiendo la *Gaceta de Madrid*, ésta se hace eco en su número 134 (pág. 595) del 1/11/1831 de casos en Gibraltar, que tacha de “*equivocación ó mentira*”, en el número 87 (págs. 359-360) del 21/07/1832, asegura “*que el hecho es falso*” respecto a noticias procedentes de Vera de Navarra, o ya en la antesala de la epidemia establece en su número 65 (pág. 280) del 28/05/1833 desde Ayamonte, que los casos de Faro se han clasificado de tabardillo, eso sí, “*son tan malignas, que muchas personas mueren de ellas*”.

²⁸¹ A.T.H.A. DH 218-5. “*desplegando primitivamente su irritación en los organos gastroentericos; la trasmite simpaticamente al cerebro con mayor rapidez; produciendo cierto desordenes. Como síntoma preliminar presenta el Enfermo una displicencia o un mal estar de cuerpo: siguiese á esto un escalofrío violento, de*

recopilador que realizaron los médicos enviados ex profeso para su estudio, siendo su impresión diagnóstica final de “*Fiebre mucoso-nerviosa*”,²⁸² lo que habla mucho a favor de un clima de tensión, incertidumbre y miedo. Pedro Ramos asume también, a raíz de una expresión del médico de Lapuebla de Labarca, la posibilidad de ¡un diagnóstico de cólera! fehaciente entre la treintena de fallecimientos sucedidos.²⁸³ Sin embargo, lo que el médico Espiga escribe es que murió “*de un raptó de cólera*”,²⁸⁴ lo que interpreto como arrebató o ira, o como mucho en relación a un cuadro gastroentérico común también denominado cólera y que, tras el conocimiento de la agresividad de la variante asiática, se redefinirá como cólera esporádico o europeo.²⁸⁵ De lo contrario sería el primer caso

seguida principia la fiebre, la que comienza una sed muy moderada [...] el pulso adquiere poca energia: los síntomas focales consisten en una sensación mas ó menos [...] en los órganos digestivos con alteración pertinaz de vientre, la lengua generalmente está húmeda y pastosa con la restricción que en algunos no se halla manchada y con alguna resecação. A los pocos días de este estado adolece la cabeza con dolores mas o menos vivos, lágrimas involuntariamente, y poco a poco se establecen síntomas atóxicos ó nerviosos reducidos á una modorra larga a veces sin enajenación mental, de suerte que llamando los enfermos despiertan fácilmente, y contestan hallarsen bien, y esto [...] salta un subdelirio ó suabe delirio: el sistema locomotor entorpece, perdiendo parte de su energia; el oído se [...] y contrae una sordera incompleta; por ultimo los enfermos caen en postración, conservando la postura supina”.

²⁸² Lo que constituye un síndrome descriptivo del conjunto de signos y síntomas aplicable a una gran variedad de enfermedades, y no un diagnóstico propiamente dicho.

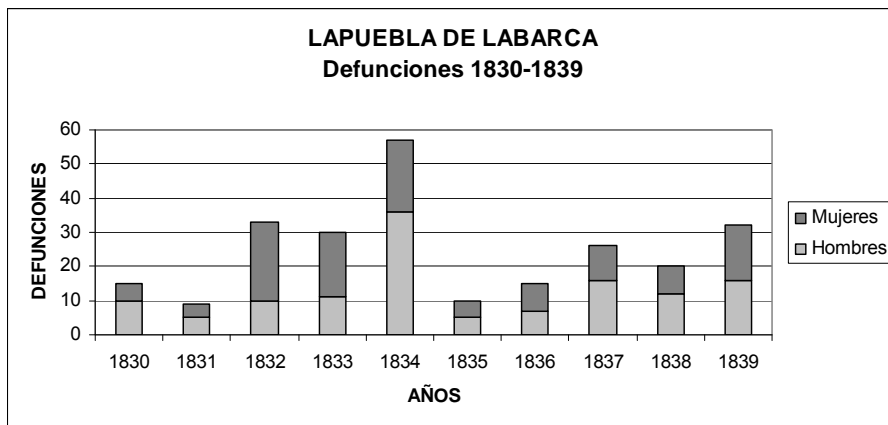
²⁸³ RAMOS CALVO, op. Cit., pág. 28: “*En un parte de la J.S. de S.; con fecha 27 de marzo de 1833, se informa de dos nuevos fallecidos, uno de los cuales se certifica que fue de cólera, representando este último caso, el primer muerto en Alava por la enfermedad, del que se tiene constancia real*”.

²⁸⁴ El 27 de marzo de 1833, el médico de Lapuebla de Labarca, Julian Ant^o Espiga escribe su informe semanal al subdelegado de sanidad de su partido, Santiago Coll, diciendo que hay todavía enfermos “*cinco yndividuos, de los que no se alla ninguno en estado peligroso [y que] se an restablecido otros cuatro o cinco, y no a muerto ninguno de la tal fiebre, pues aunque an fallecido dos en esta ultima semana; una fue de un raptó de cólera, y otra de un afecto asmático pues hera persona de hedad septagenaria*”. A.T.H.A. DH 218-5.

²⁸⁵ Cfr. *Boletín de Medicina, cirugía y farmacia* n^o 9 del 31 de julio de 1834. Disponible en la hemeroteca digital de la Biblioteca Nacional y en Google books.

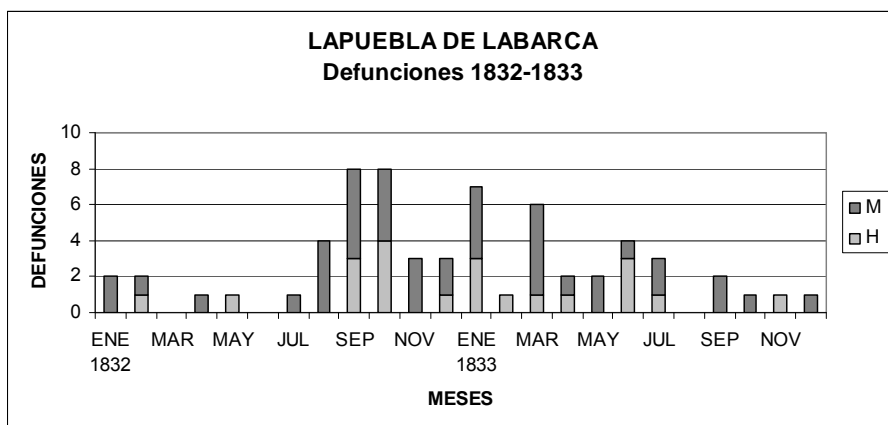
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

referenciado en España, cinco meses antes de que se diera oficialmente como iniciada la epidemia en el país, y está claro que la repercusión hubiera sido mayúscula y que contaríamos con documentación sobrada del revuelo consiguiente. Sin embargo, no hay ningún comentario a la expresión usada por Espiga.



La epidemia habría comenzado a mediados de agosto de 1832 a tenor del cambio de tendencia en la gráfica de defunciones, siendo el primer fallecimiento el día 14 de ese mes. La media a lo largo de 1830 y 1831 fue de una defunción/mes, documentándose sólo en la segunda mitad de agosto del 32 cuatro fallecimientos, pasando a ocho durante septiembre (cuatro la primera quincena y cuatro en la segunda) y otros ocho en octubre (cinco y tres por quincenas). Noviembre y diciembre con tres defunciones cada uno debió parecer a las autoridades el fin de la amenaza; sin embargo, el inicio de año les sorprendió con un repunte de los fallecimientos (siete defunciones), lo que obligó a solicitar ayuda a la Junta Superior de Sanidad. Hasta entonces, el pueblo de Labarca había hecho frente a su epidemia particular con sus propios recursos, en buena medida, a tenor de las declaraciones del

titular sanitario de la villa, por empecinamiento de éste.²⁸⁶ La Junta Superior envía a uno de sus facultativos, el médico jubilado Manuel de Urbina, junto al facultativo de Laguardia y subdelegado de sanidad del partido al que pertenecía Labarca, Santiago Coll, quienes dejaron prolijo testimonio escrito de su experiencia, lo que advierte de la preocupación despertada y que sólo puede entenderse en el contexto de incertidumbre motivado por la alarma del cercano cólera.



En febrero, tras la inspección de los médicos de la Junta Superior que informaban de veinticuatro fallecidos hasta entonces,²⁸⁷ parece mejorar algo la situación, pero en marzo se fecha la carta anónima citada dando noticia de que *“la enfermedad se aumenta considerablemente; oy pasan de treinta los enfermos, cinco estan*

²⁸⁶ A tenor de la carta anónima de marzo da la impresión de una petición más particular que de las autoridades locales, enrocadas en sus capacidades como puede extraerse también de la defensa que hace de su labor el médico del pueblo Julian Ant^o Espiga ante los informes que emitirán Urbina y Coll. Ramos Calvo señala que no existía médico titular en Labarca (op. Cit. Pág. 27), pero en todo momento Espiga aparece ejerciendo esa labor, ¿tal vez fuera cirujano?

²⁸⁷ La expresión de Coll no es tan exacta, pues dice que *“El numero de adultos fallecidos en los meses citados de epidemia, no excede al de dos docenas, contando entre ellos algunos, que han sucumbido de otras indisposiciones, que no tienen conexión con ella”*. A.T.H.A. DH 218.5. En el recuento parroquial de fallecidos, se contabilizan, entre el 1 de agosto de 1832 y el 31 de enero de 1833, 33 defunciones, más de tres veces los fallecidos de 1831 y algo más del doble que en todo 1830.

sacramentados, y en estos últimos cuatro días an fallecido cinco personas".²⁸⁸ La Junta Superior, ante estas noticias y tras los informes de sus médicos, fuerza a la Junta Local a poner en marcha una serie de medidas higiénicas como mandar barrer las calles todos los días, limpiar las cuadras a menudo, separar del pueblo todos los estercoleros y depósitos de inmundicia, vigilar que no se vendan comestibles desconocidos o malsanos y mantener una estricta limpieza personal.²⁸⁹ Tras mantenerse el número de casos durante la primavera parece ir remitiendo al inicio del verano de 1833,²⁹⁰ aseverándose a primeros de julio que ya no había invadidos en Lapuebla.

Al mismo tiempo que la atención alavesa -al menos la documental- se centraba en Lapuebla de Labarca, la amenaza desde Francia perdía consistencia, desapareciendo los cordones sanitarios y cesando la actividad de las Juntas de Sanidad. Sin embargo, en la misma primavera de 1833 se daban los primeros casos de cólera en la península, en la ciudad de Vigo, en relación con la llegada de tropas para la guerra de sucesión portuguesa. Ese conflicto diseminó la epidemia por tierras portuguesas al mismo tiempo que el comercio marítimo lo hacía por puertos del Mediterráneo y Andalucía, que declaraba la epidemia en agosto tomándose entonces esa fecha como inicio de la epidemia en España.

Afortunadamente el final del verano y la llegada invernal limitarán la progresión del mal por la península, permitiendo a Álava unos meses de relativa tranquilidad. No obstante, la casi ausencia de

²⁸⁸ Lo que se confirma en el recuento parroquial: tras una sola defunción en febrero se contabilizan 6 en marzo en un claro rebrote aunque de menor intensidad que en enero (siete fallecidos) y en el momento álgido de septiembre y octubre con ocho fallecidos/mes.

²⁸⁹ Medidas que recuerdan las que dictará el ayuntamiento de Vitoria a sus pueblos en septiembre de 1834 (A.M.V. 17/27/18).

²⁹⁰ Carecemos de cifras sobre la incidencia, aunque respecto a los registros de defunciones, si bien en abril y mayo se regresa a tasas dentro de la normalidad, en junio y julio hay un pequeño repunte que quizá sólo fuera coyuntural. A partir de agosto las tasas regresan a las de 1830-1831. En cualquier caso, se trata de un curso extraño para el cólera que apoya la idea de que el cuadro mórbido presentado en Lapuebla de Labarca no se trató de dicha enfermedad.

Capítulo IV. Crónica de la epidemia de 1834 en Álava.

alusiones al cólera en esos meses, prácticamente reducida a las escuetas notas de los diversos boletines vendiendo libros y remedios “infalibles”, no respondía a una percepción de alivio; al contrario, era debida a que un asunto más grave copaba todas las preocupaciones alavesas: la llama de la guerra se había encendido en octubre.

IV.2. El protagonismo de la guerra.

Sin lugar a dudas, si hay un factor explicativo del reducido aporte documental que generó la epidemia de cólera de 1834 en Álava ése es el del protagonismo de la guerra civil.

Pero su influjo no se reduce al silencio administrativo. Si tratamos de contextualizar la epidemia intentando encontrar determinantes que pudieran haber favorecido o frenado su llegada a nuestra área, inducido su desarrollo y propagación en una dirección o influido en sus consecuencias, apenas podremos esbozar algo en relación a las concentraciones humanas y a los recursos sanitarios, porque el gran determinante fue el conflicto bélico. Igualmente cualquier entorno social, económico, demográfico, político, etc., que pudiera tener relación con la epidemia no puede retrotraerse mucho más allá del inicio de la guerra porque ésta los modificó sustancialmente. De entre ellos, especial significado tendrá la desaparición de un control político efectivo sobre el territorio que coordinase la acción frente al cólera.

En octubre de 1833, tras la muerte de Fernando VII, se iniciaba el conflicto sucesorio entre los partidarios de la voluntad real de coronar a su hija Isabel y los seguidores del pretendiente y hermano de aquél, Carlos. En Álava, tras unos días de enigmático silencio, Valentín de Verástegui se sumaría a los sublevados carlistas proclamando en el ayuntamiento vitoriano a Carlos V como rey. Jefe de los Naturales armados de la Provincia, Verástegui ostentaba la categoría de héroe popular tanto por su papel durante la guerra de la independencia como por el prestigio de su apellido, lo que le permitió encaramarse al poder provincial como Diputado General, tras el fracaso del Trienio liberal, al asumir el liderazgo de los realistas más acérrimos.²⁹¹ Con su particular ejército de “naturales” desencadenó

²⁹¹ Era hijo de Prudencio María de Verástegui. ALFARO FOURNIER T. *Vida de la ciudad de Vitoria* (sigo la edición de Antonio Rivera de 1996), le dedica este expresivo comentario: “...se hizo el amo indiscutible e indiscutido, porque, tanto los Procuradores de Hermandad, los Ayuntamientos y los funcionarios públicos como gran parte del pueblo, le consideraban como a ser providencial, y, bien por libre

una brutal represión de todo atisbo de liberalismo en la provincia, especialmente en Vitoria, y mantuvo un férreo poder absoluto en Álava durante el siguiente decenio, incluso al finalizar su mandato como Diputado General, ya que conservó el mando de los Tercios realistas alaveses, los “naturales”, lo que le permitió continuar como árbitro de cuanto se hacía y deshacía en la provincia.

A pesar de su política de terror, o tal vez por ella, al menos en Vitoria sobrevivió cierto espíritu liberal en algunos políticos de nuevo cuño que, con obligada ambigüedad, volvía a estar presente en el Ayuntamiento vitoriano en franca disidencia con la Diputación de Verástegui unos años antes del estallido bélico. Suponiéndose que el resto de la provincia le apoyaba decididamente o carecía de capacidad para hacerle frente, no es de extrañar que, tras apoyar al pretendiente, la primera actuación del aclamado por sus huestes como “Valentín I” fuera la de someter Vitoria a su poder.

La ciudad cedió sin oposición a la demostración de fuerza que las tropas de Verástegui desplegaron en torno a Vitoria y, silenciada ésta, durante mes y medio el ambiente de sublevación pareció general en la provincia. Sin embargo, la llegada a finales de noviembre de tropas leales a la infanta dejó en evidencia las carencias del ejército de Verástegui, que quedó desbaratado en el primer enfrentamiento. Huidos y desperdigados, se hace referencia a que sólo “*Bruno Villarreal se presentó [ante Zumalacárregui] con un batallón de alaveses cuya dispersión había logrado evitar, y lo mismo hizo el teniente coronel Amusquivar, quien mandaba cincuenta caballos de la misma provincia*”.²⁹² Muy lejos por tanto de los no menos de 5.000 efectivos que formaban los Tercios de “naturales” al mando de Verástegui.²⁹³

consentimiento, o por apatía, o por falta de valor cívico, lo acataban e incluso lo enaltecían, dando alas a su desmedida ambición”. Pág. 297.

²⁹² MORAL RONCAL, A. M. *Las guerras carlistas*, Sílex, 2006. Pág. 85.

²⁹³ ORTIZ DE ORRUÑO, J. M. “La militarización...”, pág. 35.

Según cronistas como Tomás Alfaro o Eulogio Serdán, para finales de 1833 “*Álava quedó limpia de facciosos*”,²⁹⁴ lo que constituyó un mero espejismo pues, tras la reorganización de las fuerzas carlistas por Zumalacárregui, el supuesto control cristino del territorio alavés, inexistente políticamente, fue perdiéndose militarmente de manera paulatina hasta llevar nuevamente la guerra a las puertas de la ciudad en marzo del 34. A partir de entonces, aunque sin estructuras estables, los carlistas mantuvieron directa o indirectamente el control sobre la mayor parte de la provincia, quedando los espacios cristinos reducidos a Vitoria y a un estrecho pasillo en torno al Camino Real hacia Castilla -que comunicaba la ciudad con Burgos y Logroño- al que se lograría unir con cierta estabilidad el tramo entre Vitoria a Navarra tras la llegada al inicio del verano de las tropas de Rodil.

Salvando pues esta vía de comunicación y las localidades sobre la misma, sólo Vitoria mantenía lazos con las estructuras gubernamentales de la nación. En palabras de Alfaro, “*Vitoria, firme en su lealtad a la Reina, se hallaba poco menos que divorciada de sus hermanas las villas y aldeas del territorio exento, inclinadas más bien por Don Carlos*”.²⁹⁵

Esta circunstancia será decisiva en el discurrir del cólera pues las estructuras administrativas de la provincia estaban esencialmente concentradas en Vitoria, y ésta quedó desligada de la mayor parte del territorio alavés. Por tanto durante el resto de 1834, el gobierno provincial oficial apenas tuvo un alcance efectivo, en un sentido administrativo y político, más allá de Vitoria y el corredor del Camino Real. El resto de la provincia, bajo la tutela de los sublevados, quedó sin ningún tipo de estructura supralocal, ya que los carlistas, todavía en proceso de formación de su ejército, basaron su dominio táctico en partidas itinerantes de hostigamiento que no desarrollaron, durante ese

²⁹⁴ ALFARO FOURNIER, T. Op. cit., Pág. 327. Casi la misma expresión es la usada por Serdán: “*Alava quedó limpia de facciosos en una semana*”, en SERDÁN Y AGUIRREGAVIDIA, E. *Vitoria, el libro de la ciudad*, Tomo IX, II parte, Amigos del libro vasco, 1985. Pág. 24.

²⁹⁵ ALFARO FOURNIER, T. Op. cit., Pág. 331.

año, ninguna estructura administrativa estable más allá de la necesaria para su propia intendencia militar.

Así no es de extrañar que durante 1834 la Diputación desapareciera como actor, mientras que en 1832, ante la primera amenaza del cólera, tanto el Ayuntamiento de Vitoria como la Diputación Provincial asumieron un claro liderazgo en sus respectivos espacios. Lo mismo sucederá con la Junta Superior de Sanidad de Álava, que teóricamente debía asumir el papel de referente provincial durante la epidemia; pero creada a finales de julio en Vitoria y a exhortación del comisario regio, en la práctica tuvo un valor testimonial fuera de Vitoria. De hecho, salvo las referidas a los cordones sanitarios, las contadas comunicaciones con pueblos alaveses que aparecen en la documentación de su actividad se hacen a instancia de éstos, no de la Junta, y como llamadas desesperadas de socorro. Frente a ello, aunque tampoco numerosas, contrastan las comunicaciones que dicha Junta mantuvo con zonas gubernamentales fuera de la provincia, como Miranda de Ebro, Burgos o Logroño, claro exponente de que el ámbito de la Junta Superior se ceñía, como mucho, a las vías controladas por el ejército de la Regente.²⁹⁶

La principal consecuencia de esta ruptura de la estructura administrativa y política provincial fue la del abandono de la mayor parte de la provincia a su suerte: aunque hay mención a alguna otra localidad, sólo hay constancia de que la Junta Superior envió recursos sanitarios a Labastida y a Santa Cruz de Campezo, y siempre en función de las necesidades de Vitoria y de las reticencias de los profesionales sanitarios para adentrarse en territorio bajo control rebelde.²⁹⁷ Tal como ya he repetido insistentemente, esta limitación o abandono de la Junta Superior llevó parejo la no generación de noticias sobre el cólera de la mayoría de los pueblos alaveses, lo que, teniendo en cuenta que buena parte de la documentación sobre el cólera de 1834 en Álava -de por sí escasa- proviene de la actividad de

²⁹⁶ La documentación más extensa sobre la Junta Superior de Sanidad de Álava durante la epidemia de cólera de 1834 es la referida a su correspondencia, que se halla archivada en carpeta diferenciada en el A.T.H.A., sig. DH 87-7.

²⁹⁷ Véase por ejemplo el caso de Labastida en el punto siguiente.

la dicha Junta y de la Junta Local de Vitoria, entenderemos la enorme dificultad para recrear una geografía de la epidemia más allá de la capital y su área de influencia.

Por su parte, el carlismo en Álava no parece que prestara atención a la epidemia más que para huir de ella y preservar a su ejército. En este sentido, la evidente sobremortalidad femenina en Labastida durante la epidemia no puede explicarse sólo por la acción del cólera -que estadísticamente tiende a causar ligeras sobremortalidades femeninas-, sino que hubo de jugar un papel decisivo la ausencia de los varones enrolados en los tercios carlistas; así, para septiembre de 1834, el mes más claramente relacionado con el cólera en Labastida, en dicha localidad fallecieron 37 hombres frente a 64 mujeres. La misma situación debió repetirse en muchos lugares pues, tras la epidemia, las peticiones de exención de las obligaciones militares se multiplicarán entre las tropas carlistas, en buena parte relacionadas con la muerte de familiares por el cólera.²⁹⁸

Voluntarios o forzosos, la guerra había dejado sin los brazos más fuertes al campo alavés durante la siega y la vendimia, feminizando la población rural que sería abatida por el cólera mientras que los soldados se aislaban en las montañas, inundados de un contradictorio sentimiento de abandono al conocer el alcance de la epidemia en sus pueblos. El reguero de orfandad y abandono es predecible, pero ha quedado silenciado al no quedar registrado el paso de la epidemia por la mayor parte de aquellas localidades; así, de las dos noticias existentes sobre recuentos de huérfanos a causa del cólera, una sólo hace referencia a Vitoria y sus pueblos -más o menos bajo control cristino- y la segunda, además de aquéllos, sólo recoge un inconcreto número de “*huérfanos y personas desvalidas*” en

²⁹⁸ BULLÓN DE MENDOZA, op. cit., pág. 221. “...así el 30 de octubre la Junta de Navarra elevo una consulta sobre si debía admitir las peticiones de exención que continuamente se le hacían, algunas por causas posteriores a la incorporación (sobre todo fallecimientos de familiares debido al cólera asiático)”.

Trespuentes, Laguardia, Elciego, Peñacerrada, Lapuebla de Labarca y Salvatierra.²⁹⁹

Podría pensarse, a tenor de lo referido, que los soldados estuvieron menos expuestos a la acción del cólera que los habitantes de aldeas y pueblos, pero no es posible afirmarlo dado que no existen datos médicos o militares del alcance del cólera entre las tropas de ambos ejércitos, ni tampoco las crónicas y relatos de la guerra aportan una clara orientación de si sufrieron la enfermedad en un sentido epidémico. En principio, los ejércitos fueron siempre pasto fácil de las epidemias infecciosas, y eran especialmente sensibles a algunas que compartían ciertas características epidemiológicas con el cólera, caso de la fiebre tifoidea³⁰⁰ que, por otra parte, estaría presente de manera importante durante la guerra carlista y jugaría incluso un papel decisivo en algunos momentos cruciales.³⁰¹ Igualmente, se atribuye a las tropas de Rodil, que llegaron a la zona en julio del 34, haber

²⁹⁹ A.M.V. 17/27/18. “Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”. Boletín de Álava nº 125 del 17 de marzo de 1835, pág. 1, “huérfanos y personas desvalidas por resultado del cruel azote del cólera-morbo”.

³⁰⁰ En 1834 la fiebre tifoidea se incluía, junto a otros cuadros, dentro del diagnóstico genérico de tifus. Así lo entendía Manuel Codorniú, inspector de medicina del cuerpo de Sanidad militar y máxima autoridad en enfermedades castrenses. CODORNIÚ FERRERAS, M. *El tifus castrense y civil*, Imprenta que fué de Fuentenebro, á cargo de Alejandro Gomez, Madrid, 1838. Sin embargo, la fiebre tifoidea está producida por una enterobacteria del género salmonella, donde el agua, como en el cólera, juega un papel de vector importante produciendo cuadros gastroentéricos; por su parte, el tifus está producido por diversos tipos de bacterias rickettsia transmitida por artrópodos (piojos, pulgas, garrapatas o ácaros) que produce cuadros febriles exantémicos, siendo la infección epidémica más característica de los ejércitos hasta mediados del siglo XX. Codorniú y otros autores las mezclaban porque, sobre todo en el ámbito militar, era frecuente que se superpusieran aparentando ser un mismo cuadro.

³⁰¹ Codorniú jugaría un papel decisivo en el control de la epidemia de tifus que asolaba a las tropas de Espartero que defendían Bilbao del segundo asedio carlista, de manera que superada ésta pudo abrir una brecha en el cerco y dar la vuelta a la batalla. Cfr. ÁLVAREZ CAPEROCHIPÍ, J. *Crónicas médicas de la primera guerra carlista (1833-1840)*, 2009, sin paginar, disponible en Internet en la dirección <<http://www.zumalakarregimuseoa.net/actividades/investigacion-y-documentacion/investigaciones/cronicas-medicas-de-la-primera-guerra-carlista-1833-1840>>.

transportado la enfermedad desde Portugal. Luego, es difícil pretender que el cólera no hiciera mella en ambos ejércitos. Sin embargo, las únicas cifras que refieren casos de cólera entre militares son las aparecidas en el estadillo vitoriano, y éstas son testimoniales y reducidas al balance del hospital de Santiago, donde se refiere que fallecieron en el mismo dieciocho militares,³⁰² no teniendo información de lo acontecido en el hospital militar que se había instalado en el convento de San Francisco.

No obstante, hay razones para pensar que entre las tropas se dieron elementos protectores durante 1834. En primer lugar, que se diera fiebre tifoidea no quiere decir que tuviera que producirse también cólera -en relación al papel hídrico en su epidemiología- pues mientras que arroyos, fuentes y abrevaderos era frecuente que contuvieran *salmonella* u otras enterobacterias, no tuvieron *vibrio colerae* hasta la epidemia, y ésta no abarcó todo el territorio. En segundo lugar, a diferencia de la población civil, los ejércitos tuvieron libertad de movimientos por toda la provincia. De hecho, salvo en su reducto de las Améscoas, la marcha itinerante fue la característica del ejército carlista en Álava, arrastrando consecutivamente, en fatigosa y estéril persecución, a las tropas cristinas de Sarsfield, Quesada y Rodil. En esas condiciones de marcha continua quienes enfermaban debían abandonar el grupo, lo que debió limitar el contagio entre el resto de la tropa, si bien pudieron servir de vector para la producción de brotes allá donde fueran atendidos. En este sentido, los carlistas carecieron de una estructura sanitaria organizada hasta 1836, aunque ya el año anterior se crearon algunos hospitales de sangre, siendo durante 1834 dejados los enfermos y heridos en los pueblos por los que pasaban en casas de particulares afines al pretendiente. Por su parte, en el bando cristino, enfermos y heridos eran trasladados a Vitoria y asistidos en el hospital militar que se había creado en el convento de San Francisco tras el decreto de expulsión de las órdenes

³⁰² “Amas en el hospital han muerto otros treinta y cuatro individuos, asaber paisanos 2, mugeres 14, carabineros 4, soldados 12, Brigadier 1, celador 1”. A.M.V. 17/27/18. “Copia de la relacion dada por el Alcalde de esta Ciudad sobre el colera-morbo sus resultados y gastos suplidos por la Ciudad”.

religiosas.³⁰³ Como he señalado, esta gestión de los enfermos pudo minimizar el desarrollo epidémico del cólera entre las tropas desplazadas, pero serviría como vehículo de propagación hacia los centros de asistencia.

Cuanto he dicho toma por tanto como suposición la itinerancia de las tropas, tanto carlistas como gubernamentales, en un sentido protector frente al cólera epidémico, pero no hace referencia a las fuerzas acantonadas, por ejemplo la guarnición de Vitoria, quienes sin duda no sólo no se beneficiarían de esos elementos protectores, sino que acumularon otros facilitadores como las condiciones de hacinamiento en los improvisados cuarteles establecidos en los conventos de la ciudad -que funcionaban también como hospitales-, compartiendo espacios con los enfermos y sus excrementos. Es una pena que el gran Codorniu no llegara a Vitoria hasta 1836, pues tendríamos sin duda una visión más real de cuanto aconteció con el cólera entre las tropas y, tal vez, en lugar de relatar sus experiencias en el hospital militar del convento de San Francisco con el tifus lo hubiera hecho con el cólera.

También determinadas conductas habituales entre los ejércitos pudieron actuar como profilácticos del cólera. Los procesos gastroentéricos eran habituales entre las tropas de manera secular, hablándose de *diarrea del soldado* en un mismo sentido a como hoy hablamos de *diarrea del viajero*, atribuyéndose -entre otras causas algo más peregrinas- a las condiciones de los alimentos, desarreglos horarios para la comida y al uso de aguas de cualquier procedencia.³⁰⁴

³⁰³ Fue Sarsfield el primero en exigir el uso de los conventos como alojamiento para las tropas tras su llegada triunfal a Vitoria en noviembre de 1833, pero no sería efectivo hasta el año siguiente, el 17 de abril. Según Alfaro (op. cit., pág. 330) tuvo gran importancia en la expulsión de los monjes el ambiente eufórico proliberal que se vivió en la ciudad tras lograr rechazar el ataque de Zumalacárregui en marzo de 1834.

³⁰⁴ Resulta llamativo que Codorniu, quien adscribía estas diarreas a su concepto de *tifus castrense*, incluyera en 1836 al agua como potencial elemento causal de *diarreas pestilenciales*, y no pensara en ella respecto al cólera ni en sus notas sobre esta epidemia de 1832 ni en su revisión de 1849. Probablemente ello se debiera a que para el tifus (en el sentido amplio de entonces) considerara que tenía un

En parte por este motivo, pero esencialmente por su acción euforizante, las tropas tuvieron siempre raciones diarias de vino y de aguardiente. El propio Codorniu en 1836, siendo entonces subinspector de medicina del Ejército de operaciones del Norte, redactó una serie de instrucciones higiénicas para las tropas que publicó el general Espartero, en las que recomendaba: “*En ambas estaciones [verano y otoño] se proporcionará todos los días que sea posible ó á lo menos en las marchas, un refresco abundante de agua y vinagre con una corta cantidad de aguardiente [y en invierno y primavera] Antes de emprender las marchas se dará á cada soldado media racion de aguardiente, y otra media a la mitad de la jornada*”.³⁰⁵ Por su parte, entre los carlistas, según el relato de Álvarez Caperochipi citando a Henningsen, “*El gran Zumalacárregui [...] solo tuvo una protesta o pequeño motín de la tropa [...] fue por haber fallado el suministro de vino, tres días consecutivos. En el otro bando la protesta fue diferente: se quejaban de que los oficiales bebieran vino de la ribera de Navarra o de la Rioja y la tropa, de «no se sabe donde»*”.³⁰⁶ Es evidente que cualquier bebida que sustituyera al agua de riachuelos y acequias ya era de por sí un elemento protector pero, además, tanto vinagre como aguardiente y vino -tal como todavía se producía en 1834- aumentan la acidez gástrica, lo que convierte al estómago en una barrera química eficaz frente al bacilo del cólera.

Menos útiles serían otros remedios, de los muchos “milagrosos” que se promocionaron durante la epidemia, y que los ejércitos utilizaron tratando de preservar el principal activo de la tropa, su salud, conscientes de la verdad referida de que “*Por experiencia actual y de todos los tiempos se pierden muchos mas soldados víctimas de las enfermedades castrenses que del hierro y el plomo enemigos*”.³⁰⁷ El ejemplo más conocido es el del capitán general

indudable carácter contagioso, mientras que para el cólera siempre defendió un carácter infectivo mediante miasmas. Cfr, CODORNIÚ FERRERAS, M. *El tifus castrense y civil*.

³⁰⁵ CODORNIÚ, M. *El tifus castrense...*, págs. 439, 440 y 445.

³⁰⁶ ÁLVAREZ CAPEROCHIPÍ, J. “Crónicas médicas...”, crónica III, sin paginar.

³⁰⁷ CODORNIÚ, M. *El tifus castrense...*, págs. 432.

Espoz y Mina quien, aconsejado por el médico del balneario francés en que trataba sus dolencias gástricas, acarrea con todo el aceite que podía para repartirlo entre su tropa convencido de sus bondades profilácticas frente al cólera.

La guerra impuso también algunos condicionantes en la propagación de la epidemia. Desde el conocimiento actual, la medida general más coherente y efectiva que se tomó frente al cólera fue la de los cordones sanitarios, pero éstos nacieron sin consenso por dos cuestiones esenciales: la económica y la médica. La primera se basaba en la larga experiencia de los cordones frente a otras epidemias, recordando que las limitaciones comerciales producían cuantiosas pérdidas económicas y desabastecían a las poblaciones que, en ocasiones, causaron más perjuicios que la propia epidemia en sí que, por otra parte, en la mayor parte de los casos lograba atravesar los cordones. Esto último es lo que aducían parte de los médicos. La epidemiología se hallaba dividida entre los “contagionistas”, que propugnaban una transmisión del cólera por contacto y por tanto defendían el aislamiento con cordones sanitarios, y los “infeccionistas”, que aseveraban una transmisión por miasmas deletéreos -lo que propiamente denominaban epidemia- y, en consecuencia, que no había cordón que frenase su expansión.³⁰⁸ Por supuesto, también había posiciones intermedias o mixtas, pero lo esencial es que a ambas cuestiones, económica y médica, se sumaría una tercera de más fuerza: las necesidades bélicas. Al inicio de 1834 era evidente que el apoyo a la sublevación carlista aumentaba peligrosamente, amenazando una guerra abierta que requería todos los recursos militares disponibles, y la decisión de trasladar el ejército comandado por el marqués de Rodil -que participaba en la guerra de

³⁰⁸ Rodríguez Ocaña señala que en 1831-32 la posición oficial fue favorable a las tesis contagionistas, y por tanto al aislamiento, pero ésta fue cambiando a la miasmática a partir de los primeros casos de cólera en España en 1833 y era ya mayoritaria en 1834. En cualquier caso, este autor defiende que los condicionantes socioeconómicos fueron más decisivos que los médicos en la supresión de los cordones. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La dependencia social de un comportamiento científico: Los médicos españoles y el cólera de 1833-35”, *Dynamis*, vol. 1, 1981, págs. 101-130.

sucesión portuguesa- al socorro del frente norte iba a ser decisiva en la evolución del cólera. Su ejército tuvo que atravesar toda la península, desde el sur de Portugal hasta Navarra, en un momento en que el cólera prácticamente había invadido toda el área meridional del país hasta casi la línea del Tajo, donde se había situado el doble cordón sanitario que trataba de defender Madrid de lo inevitable. Evidentemente, los ejércitos no estuvieron sometidos a las restricciones de los cordones, por lo que se convirtieron en claros vectores de transmisión, existiendo amplio consenso en admitir que las tropas de Rodil diseminaron la enfermedad allá por donde pasaron, surgiendo brotes epidémicos tras su paso. Así, ya he defendido que aunque aquel ejército no llegó hasta Álava (lo hizo a Logroño y de allí fue a Pamplona por Viana), su arribo a áreas próximas debió ser suficiente para generar contagios que pudieron “saltar” a Vitoria y dar inicio en esta ciudad al primer brote de cólera en el mes de julio, un mes antes de declararse oficialmente el primer caso, tal como apreciaba en el cambio de tendencia en la mortalidad de esta ciudad.

También al hablar de la guerra resulta inevitable aludir a su inseparable compañero, el hambre. Ambos factores, guerra y hambre, se interrelacionaron bidireccionalmente en un círculo vicioso catastrófico al que uniría sus fuerzas el cólera. El hambre ordinario alimentó los cuerpos de voluntarios en ambos ejércitos, que buscaban una ración diaria y una soldada que enviar a sus casas. Y la guerra dejó sin los mejores brazos al campo, al tiempo que expolió las cortas cosechas y el ganado, cuando no usó el arma miserable de la tierra quemada. El resultado fue un incremento de las dificultades entre la población civil para asegurar el aporte energético suficiente que le permitiera afrontar con más garantías las enfermedades. Aunque la llegada del cólera no sucedió en los peores momentos del conflicto, el déficit nutricional hubo de ser patente tras un año de enfrentamientos y extorsión, especialmente entre quienes carecían de medios de autoabastecimiento y debían adquirirlos, como sucedía a buena parte de los vitorianos, pues los canales de distribución se volvieron inestables, se primaba al ejército y los productores de los pueblos más cercanos tendieron al ocultamiento de los productos más duraderos.

La fisiopatología de la desnutrición como productor de una depresión inmunológica explicaría la mayor susceptibilidad de esos individuos para la infección por cólera. Quienes enfermaron agravaron aún más su estado de desnutrición y, si lograron sobrevivir al cólera, carecieron de recursos alimenticios para afrontar una convalecencia exitosa y no se recuperaron, muriendo diferidamente a la epidemia.

Finalmente quiero destacar aquí un último apunte sobre la influencia de la guerra, en este caso sobre su intromisión en la asistencia sanitaria civil. Los ejércitos fueron ávidos captadores de los profesionales del cuchillo y las tijeras, instrumentos que definían a cirujanos, barberos y sangradores, mucho más útiles en el campo de batalla que los médicos, cuyo número era tan escaso como escasas eran sus capacidades para revertir con éxito la mayor parte de las enfermedades. Los médicos, con los aún más escasos cirujanos latinos -los más preparados- solían concentrarse en ciudades y grandes poblaciones, pues requerían de poblaciones amplias o acaudaladas para vivir dignamente, por lo que su ámbito laboral fueron las grandes villas, especialmente Vitoria; mientras que los cirujanos romancistas, barberos y sangradores, meros prácticos quirúrgicos, constituían, además de todo tipo de curanderos, la base asistencial de la mayor parte de los pueblos alaveses.³⁰⁹

Esta división geográfica ya determinaba que la clase médica,³¹⁰ concentrada principalmente en Vitoria, quedaría bajo control cristino,

³⁰⁹ Aunque referido al siglo XVIII, cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. "La asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII", *Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*, Las Palmas, 2007, e *Historia de la Enfermería en Álava*, Colegio de enfermería de Álava (ed.), Vitoria, 2008.

³¹⁰ Entendida por la agrupación de los profesionales sanitarios de mayor formación, los médicos, que poseían formación universitaria, y los cirujanos latinos que, aún fuera de la universidad, habían logrado crear en España varios colegios de cirugía con formaciones más completas y actualizadas que la que entonces se impartía en las universidades médicas españolas. Muy alejados de esa formación se hallaban los cirujanos llamados romancistas -por que no dominaban el latín al carecer habitualmente de estudios reglados-, barberos y sangradores, de conocimientos empíricos reducidos, aunque estaban obligados a superar una evaluación del protomedicato.

lo que tampoco constituía una novedad ya que al menos la generación de finales del XVIII estuvo significadamente presente en la Sociedad Bascongada de Amigos del País,³¹¹ lo que habitualmente se ha interpretado como afinidad de la clase médica hacia el liberalismo dado que, además, varios de sus miembros fueron perseguidos tras el fracaso del Trienio Liberal. El ejército gubernamental contó también con los recursos de estructura sanitaria que existían en Vitoria, empezando por el hospital civil, aunque organizó tempranamente su propia infraestructura.

La realidad carlista fue bien diferente ya que careció inicialmente de cualquier recurso sanitario y no dudó en sumar a su avidez por las armas, ropa de abrigo y alimentos, la de cualquier práctico de la cirugía capaz de inmovilizar una fractura, amputar una extremidad o cauterizar una herida. Los pueblos perdieron sus referencias sanitarias, desde el romancista al curandero,³¹² que pasaron a engrosar las filas carlistas para ser retratados al año siguiente por Henningsen en su tético y espeluznante relato de los hospitales de sangre carlistas.³¹³ Así, en Labastida, al inicio de la epidemia en aquella población, sus autoridades denunciaron el desamparo en que se encontraban porque el médico había huido a la vecina Haro -en manos cristinas- y el cirujano “*lo llevo consigo en clase de preso la faccion [carlista] de [Bruno] Villarreal que estuvo en esta el 1º de corriente [agosto de 1834]*”.³¹⁴

Ciertamente, en la poca utilidad frente al cólera que tuvo la terapéutica del momento, la presencia de estos profesionales, de haber podido asistir a sus vecinos en lugar de a las tropas, probablemente no cambiaría mucho las cifras de mortalidad acontecidas, pero sin lugar a

³¹¹ GRANJEL, L. S. “Los médicos en la Bascongada. Perfil profesional”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, Sociedad Vasca de Historia de la Medicina (ed.), Bilbao, 1985, págs. 45-53.

³¹² Es conocido por ejemplo que Zumalacárregui trató de convencer al curandero “Petriquillo”, en quien confiaba ciega y fatalmente, para que organizase la estructura sanitaria de su ejército.

³¹³ HENNINGSEN, C. F. *Campaña de doce meses en Navarra y Vascongadas con el general Zumalacárregui*, Editorial Española, San Sebastián, 1939.

³¹⁴ A.T.H.A. DH 87-7.

dudas los remedios paliativos y el consuelo de la asistencia hubieran humanizado la estampa del cólera, tal como se vería en el siguiente embate de cólera, en 1855, en el que se produjo una movilización general no sólo de todos los sanitarios, sino de las organizaciones vecinales y concejiles para que no quedara ningún enfermo sin asistencia.³¹⁵

³¹⁵ Cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. *Historia de la Enfermería en Álava*. Págs. 481 y ss.

IV.3. La epidemia de cólera de 1834.

Tras los meses invernales en que el cólera apenas dejó noticias, y mientras en suelo francés la situación parecía bajo control, comienzan a aumentar los casos en la península a finales de la primavera de 1834 -especialmente en Andalucía-, lo que provoca una gran inquietud en la corte madrileña al verse directamente amenazada. Entre las medidas generales que se adoptaron estará la discutida Real Orden de 19 de junio por la que se regularon los cordones sanitarios destinados a tratar de frenar el avance de la epidemia aislando, en un inicio, Andalucía y Extremadura del resto del país, a los que se añadió un segundo cordón de observación sanitaria en su retaguardia, sobre la línea del Tajo, como precaución para intentar preservar de la enfermedad a Madrid.³¹⁶

A partir de entonces el cólera cobra un claro protagonismo en todo el país desde la perspectiva madrileña, pues no sólo la normativización de capital y reino se influyeron mutuamente, sirviendo de base a las ordenanzas provinciales y locales, sino porque la prensa general y médica o estaba en Madrid o se nutría esencialmente de lo publicado en ella.³¹⁷ Sin embargo, a pesar de este

³¹⁶ La Real Orden de 19 de junio de 1834 quedó publicada por la Imprenta Real en una “Instrucción que ha de observarse en los cordones sanitarios mandados establecer en Real orden”. RAMOS CALVO, P.M., op. cit., pág. 30 y ss., incluye ampliamente los contenidos de dicha instrucción. La *Gaceta de Madrid* se hace eco de ella al día siguiente en su número 123. Un claro y conciso ejemplo del funcionamiento de estos cordones puede verse en RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La dependencia social de un comportamiento científico: Los médicos españoles y el cólera de 1833-35”, *Dynamis*, vol. 1, 1981, págs. 101-130. Igualmente, puede verse un detallado repaso a la evolución de estos cordones durante la epidemia de 1834 en PUERTO, F. J.; SAN JUAN, C. “La epidemia de cólera de 1834 en Madrid. Aspectos sanitarios y socioeconómicos”, *Estudios de Historia Social*, nº 15 (1980), págs. 9-61.

³¹⁷ Especial interés para el cólera, por el seguimiento que hizo y por la coincidencia en sus inicios, tiene la fundación del *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* en Madrid el 4 de junio de 1834. Disponible en Internet en la dirección <http://books.google.es/books?id=pa5joC21_FEC&printsec=frontcover&dq=boletin+de+medicina,+cirugia+y+farmacia&source=bl&ots=wRO4KG4NxQ&sig=cvo1rDiluSYOoTLzAH3ck7OmrGI&hl=es&ei=9J_RTLnQDNG6jAfPuvGsDA&sa=X&oi=

repentino despliegue informativo, en Álava deben ser otras las preocupaciones, ya que documentalmente el cólera no parece una amenaza cercana, siendo manifiesta la diferencia con el abordaje de las autoridades en 1832. Ciertamente, había otros asuntos más reales e inmediatos de los que preocuparse, tal como recuerda el *Boletín de Álava* a raíz de unas inundaciones la noche del 29 al 30 de junio: “A los saqueos, robos, incendios y muertes se añade una inundación cual no hay memoria de otra semejante”.³¹⁸

Documentalmente, la provincia no muestra una preocupación clara hasta el 21 de julio.³¹⁹ En esa fecha el comisario regio informa de que el cólera ha invadido Madrid y señala la necesidad de crear ya en Álava una Junta de Sanidad Provincial. La respuesta de Diputación es inmediata y ese mismo día convocan al médico jubilado Manuel de Urbina y al titular de la plaza municipal, Antonio Fullá, para instalar la Junta Superior de Sanidad de Álava. Ambos habían participado en las movilizaciones de 1832, y el día 23 publican, ya con el membrete de la Junta Superior, la instancia a los ayuntamientos para crear sus respectivas Juntas Locales.³²⁰ Esta aparente celeridad no debe ocultar que es tardía, y la diferencia con la previsión de 1832 evidente.

La provincia crea nuevamente cordones sanitarios, esta vez al sur, tratando de aislarse por los límites con Burgos y La Rioja del peligro que, tras devorar Andalucía y la submeseta sur, teóricamente estaba atacando a Madrid. Como única puerta de entrada se declaró la de Miranda de Ebro, forzando el paso por ella a todo viajero proveniente de la meseta, para lo que se instó a los alcaldes de

book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CBsQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false> y también en la página Web de la hemeroteca digital de la Biblioteca Nacional de España <<http://hemerotecadigital.bne.es>>.

³¹⁸ B.A. nº 48 del 5 de julio de 1834. Pág. 3.

³¹⁹ A.T.H.A. DH 87-7.

³²⁰ A.T.H.A. DH 87-7 (también en A.H.P.A. 47//23783-4). “*formadas por Alcalde Ordinario, Procurador síndico, Curas Parrocos, Medicos ó Cirujanos y demas sugetos del seno del Ayuntamiento o fuera de el que crean conveniente al intento*”. Como puede verse la participación sanitaria es muy reducida, lo que debió ser general en el país, así por ejemplo lo constatan también para Madrid Puerto y San Juan (Op. Cit. Pág. 25).

Salinillas, Zambrana, Armiñón y Peñacerrada a que rechazaran los viajeros procedentes de Rioja y Castilla y los desviarán hacia Miranda. No parece que esos pueblos -fronterizos excepto la estratégica Peñacerrada- recibieran fuerzas armadas específicas para cumplir esa misión, lo que podría entenderse dentro del contexto bélico, ya que la zona se inclinaba en general por la causa del pretendiente y era regularmente batida por grupos carlistas, mientras que las tropas que se pudieran enviar desde la Diputación -vitoriana- se les supondría afines a la regente.

En ningún documento se ha hallado expresión de la posibilidad de que ya hubiera casos de cólera en la provincia. Sin embargo, las curvas de mortalidad indican un cambio de tendencia claro en algunas localidades, especialmente en Vitoria. Tal como he defendido, mi convicción es que por esas fechas al menos Vitoria habría importado portadores de la enfermedad y estaría comenzando a generar una lenta escalada de contagios. Es posible que estos primeros casos no fueran detectados por las autoridades médicas o al menos correctamente diagnosticados, pero, al margen de estas dificultades diagnósticas, resulta evidente que el principal problema debió ser cómo aceptar que pudiera haber cólera en Vitoria cuando la noticia era que acababa de invadir Madrid.

Sin embargo, esto último no era en absoluto verdad. Al igual que en la mayor parte de las localidades invadidas, la declaración de la epidemia en Madrid fue demorada hasta la flagrante evidencia, constatada ésta por la reacción popular dirigida contra los frailes el 17 de julio, acusados de provocar la epidemia, y no al detectarse los primeros enfermos. De hecho, con posterioridad, Manuel Codorníu, que asistió como médico en la epidemia, habla de que los primeros casos se conocieron a últimos de junio, por tanto prácticamente a la par que la creación de los cordones en el Tajo -que evidentemente ya no tenían ningún sentido a esa latitud-.³²¹ Codorníu reconoce además

³²¹ CODORNIÚ FERRERAS, M. *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, imprenta de don Alejandro Gomez Fuentenebro, Madrid, 1849. Pág 2: “En los últimos días de junio se observaron ya en el hospital general algunos casos aislados, que se

el ocultismo con el que se actuó, lo que corrobora Mesonero Romanos en sus memorias, refiriendo también que para el 15 de julio se calculaban en 1.500 los invadidos.³²² Igualmente, la profesora Florentina Vidal afirma que “*Los diez primeros días de julio los periódicos de Madrid no informan de los partes médicos*”.³²³

Por tanto, probablemente Madrid hubiera recibido casos desde antes del verano, incluso de manera independiente al paso de las tropas de Rodil. Ejército al que de forma general se le achaca un papel decisivo en la propagación del cólera hacia el norte peninsular, y que había llegado a Logroño a primeros de julio, encontrándose a mediados en Pamplona, lo que aumentaba la posibilidad de vías de contagio hacia Álava. Tal como señalaba en el capítulo anterior, aunque la vía más posible de transmisión sería la del camino de Castilla, no puede obviarse tanto la ruta del vino, al sur, como las vías navarras desde el oeste y noroeste. Estas rutas acababan invariablemente en Vitoria, incluso dentro de plazos de incubación,³²⁴ y posibilitaron que la capital se viera afectada con anterioridad al resto de la provincia y, a partir de ella, se iniciase una lenta propagación en sentido centrífugo sin descartar la existencia de focos en otras localidades. No obstante, no hay otro apoyo a esta hipótesis que el estudio estadístico precedente.

creyeron esporádicos y solo efecto de alimentos indigestos; pero fueron luego aumentándose con los síntomas característicos del cólera asiático...”.

³²² MESONERO ROMANOS, R. (El curioso parlante). *Memorias de un Setentón, natural y vecino de Madrid*, Cap. X, I El Cólera morbo, sin paginar en la edición digital consultada, disponible en Internet en la dirección <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12471631033482617432657/p0000004.htm#I_80_>: “...pero en el día 15, mi médico, que hasta aquí había negado resueltamente la existencia de la enfermedad, vino azorado diciendo que esta se había desarrollado en tan terribles términos, que en aquel mismo día se calculaban hasta el número de mil y quinientos los atacados, con lo cual era general la consternación”.

³²³ VIDAL GALACHE, F. *Madrid en el año del cólera. El drama de las clases populares*, documental de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, programa 082/07-08.

³²⁴ Aunque el periodo de incubación puede ser hasta de 5 días, lo habitual es que sea entre 2 y 3, tiempo aproximado de desplazamiento a pie entre Vitoria y los márgenes fronterizos provinciales.

Constituidas las Juntas Locales, la Junta Municipal de Vitoria crea un lazareto y una casa de observación extramuros de la ciudad, en la dehesa del Prado, junto al camino de Castilla que viene de Miranda, obligando a los que entran en la provincia por aquel acceso a ser conducidos con guardas hasta ella, donde obligatoriamente todo viajero habría de sufrir cuarentena “*hasta practicar las exploraciones y espurios que las circunstancias indicaren como convenientes*”. Esta peculiaridad incrementaba el riesgo sobre la capital, ya que el estrecho pasillo que controlaban los cristinos entre Miranda y Vitoria -lo que permitía el uso de esos guardas, impensable fuera de ese “cordón umbilical”, como le llamara Alfaro- llevaba implícito que quien entrara por Miranda tenía como destino final Vitoria y no otros pueblos. Incluso la correspondencia debía ser fumigada antes de entrar a territorio alavés.³²⁵ El control, al menos el constatado por el acceso de Miranda -supuestamente el único desde la meseta- y la casa de observación del Prado en Vitoria, debió ser bastante férreo a tenor de las varias quejas documentadas por la retención sufrida y por la constatación de infracciones de algunos viajeros.³²⁶

Aunque estas denuncias son ya de agosto, con declaraciones ya oficiales de epidemia en Burgos y Logroño, el cambio en la actitud de las autoridades es total. Si no se documentaba en los meses previos la previsión y antelación que se había percibido en 1832, a partir del aviso del comisario regio el cólera aparece más claramente como preocupación de las autoridades políticas, pero sólo en algunas localidades y no a nivel provincial, clara expresión tanto de la

³²⁵ A.T.H.A. DH 87-7. El 9 de septiembre de 1834 se recibe en la Junta Superior de Sanidad de la Provincia, dirigida por el administrador de correos de la Ciudad de Vitoria, la reclamación de “*trescientos cuatro reales veinte y seis*”. El papel, incluidas las cartas o los libros, tenía la consideración oficial de materia contumaz, esto es, que se consideraba sospechosa de poder transmitir enfermedades y por tanto se le aplicaba la normativa de cuarentena naval que, ahora, se extendía al medio terrestre.

³²⁶ A.T.H.A. DH 87-7. Desde primeros de agosto se reciben varias quejas por la retención sufrida en los lazaretos, aunque lo que llena muchos documentos fue la alarma, busca y captura que sufrió el hijo del campanero de la iglesia de San Vicente de Vitoria por haber entrado en la provincia de manera ilegal.

desorganización de la Diputación tras el inicio de la guerra como de la profunda división entre Vitoria y el resto de la provincia.³²⁷

No obstante, aunque la exhortación del comisario regio era del 21 de julio, la ciudad de Vitoria no publica un bando comunicando la invasión de Madrid hasta el 3 de agosto de 1834, trece días después: *“La Junta municipal de esta Ciudad, penetrada de la urgente necesidad de adoptar prontas y eficaces medidas para preservar en cuanto sea posible al pueblo de la terrible enfermedad de Cólera Morbo que después de haber recorrido y debastado una gran parte de las Provincias meridionales de España ha invadido ya la Capital del Reino”*.³²⁸ El bando se completa con diecinueve ordenanzas de corte higiénico, taxativas y con penas dinerarias concretas, orientadas a la supresión de materias fermentativas del interior de los hogares, calles y comercios.³²⁹

El discurso no es muy diferente al de 1832 en cuanto al planteamiento higienista, pero el cambio de tono es palpable. Lo que entonces eran recomendaciones son ahora obligaciones y la posibilidad de multas se formaliza y concreta en cantidades individuales para cada uno de los artículos, lo que evidencia una percepción del riesgo inmediata. Por otra parte, al menos en las ordenanzas, se aprecia cierta planificación en la gestión de la crisis dividiendo la ciudad en distritos, a los que se adscribe inspectores nombrados entre vecinos destacados y delegando en los Mayorales de las vecindades la supervisión del cumplimiento de las ordenanzas, lo que evidencia la pervivencia de un elemento tradicional en la lucha antiepidémica que se modificará a lo largo del siglo, el peso de la estructura vecinal.

Al mismo tiempo, el bando hace una consideración secundaria de los estamentos sanitarios como de los eclesiásticos, a quienes

³²⁷ Mientras que en Madrid, superada allí la ola epidémica, el mutismo se hace norma y las publicaciones de la corte apenas informan sobre la evolución peninsular de la epidemia, reduciendo el cólera a los anuncios de variopintos remedios y textos divulgativos y técnicos, tanto científicos como pseudocientíficos.

³²⁸ A.M.V. 17/27/18. También en A.H.P.A. 47//25100.

³²⁹ El bando completo puede verse en el apéndice nº 5.

indirectamente subordina al incluir “*las pertenencias de las iglesias y conventos*” en el control de la policía higiénica. Esto último no es de extrañar habida cuenta de la reacción liberal que se había producido en Vitoria tras el inicio de la contienda y del proceso de exclaustación conventual en curso desde abril de ese año.

En otras poblaciones importantes también toman medidas de manera autónoma, como en Laguardia,³³⁰ donde preparan un local en el punto más ventilado de la villa con el fin de acoger a cualquier persona infectada, preparado, en principio, con seis camas totalmente equipadas. Se proveen de alcanfor, cloruro y los “*medicamentos más acreditados según el cálculo facultativo*”. Recogen de las calles la inmundicia que se derrama en ellas y la extraen fuera, a puntos distantes en previsión de peligrosas fermentaciones. Fumigan, un día a la semana, los puntos más “*inmundos*” de la población. La Junta Local de Sanidad estudia cómo desecar una zona pantanosa, así como tratar las aguas de las que se provee el vecindario, consideradas “*poco sanas*”. La silueta altanera de la villa cambiará para siempre tras la epidemia, al eliminarse parte de las torres de su emblemática muralla.

Unos días después de publicado el bando de Vitoria los acontecimientos se aceleran. Logroño y Burgos capital declaran la enfermedad en un claro sentido epidémico,³³¹ estimulando una huida de su población que satura los centros de control alaveses³³² a la vez que dificulta el control del cordón, permeable ya como un coladero.

El énfasis de la documentación pasa precisamente por la necesidad de controlar los cordones y evitar su quebrantamiento, permeabilidad general denunciada en todos los cordones de la

³³⁰ A.T.H.A. DH 218-8.

³³¹ A.T.H.A. DH 87-7. El 8 de agosto la Junta de Sanidad de Burgos informa de que “*en la ciudad de Burgos se han presentado mas de veinte casos de Colera Morbo asiatico*”.

³³² En momentos en que el lazareto de El Prado estaba completo, los viajeros se retenían en Miranda y territorio alavés más próximo a Castilla, como Rivabellosa, aunque probablemente fuera del centro urbano, ya que esta población no se documenta como afectada por cólera y en el estudio estadístico se ha considerado como negativa al no cumplir con los criterios propuestos.

península que se usará como argumento para eliminarlos por Real Orden del 24 de agosto.³³³ En este contexto, los recordatorios de la Junta Superior alavesa a primeros de mes insistiendo a los pueblos para que parasen y desviarán los viajeros a Miranda, donde se desplegó una pequeña fuerza armada, apenas debió tener un efecto práctico, tanto por la declaración oficial de epidemia en la zona como por la supresión de los cordones.

Tal vez fuera el reconocimiento de la epidemia tan cerca lo que favoreció que también Vitoria declarara los primeros casos en la ciudad apenas una semana después de Burgos, el 15 de agosto, o quizá el revulsivo fue tratar de frenar la llegada de gentes de aquellas zonas que no harían sino dificultar aún más la situación de la capital alavesa, tal como expone el consistorio en su reclamación para el mantenimiento de los cordones y en contra de la Orden de supresión, amparándose en un sensato alegato de falta de consenso científico sobre la cualidad epidémica o contagiosa del cólera que, aunque logró retrasar la entrada en vigor, no pudo impedir la desaparición de los cordones.³³⁴

“1º en la opinion de que el Cólera es una enfermedad contagiosa, opinión combatida por muchos celebres profesores, sostenida por otros muchos de acreditada reputación, dudosa hasta el dia y todavia dominante en la mayor parte del pueblo. 2º en la idea de que en caso de duda deben tomarse todas las medidas que puedan preservarle de tan terrible enfermedad, y entre ellas la del establecimiento de cordones sanitarios para impedir las comunicaciones con las personas y efectos procedentes de puntos infestados ó sospechosos. 3º en la de que lebandandose el Cordon sanitario de esta Ciudad, vendran á refugiarse en ella una multitud de familias procedentes de las Provincias interiores y particularmente de los Pueblos situados allende del Ebro donde se ha manifestado el Colera, y que pudieran introducir esta plaga en el Pueblo. 4º en la

³³³ *Gaceta de Madrid* número 192 del 26/08/1834. Págs. 815-816.

³³⁴ Aunque desaparecen el 1 de septiembre el ayuntamiento de Vitoria sigue peleando por su mantenimiento al menos en dos escritos fechados el 4 y el 10 de septiembre (A.T.H.A. DH 87-7).

alteración é inquietud que podría producir esta avenida y 5º en los males que tambien podría producir el hacinamiento de nuevas gentes en una población, donde hay tantas otras familias refugiadas, tanta tropa y un vecindario tan numeroso”.³³⁵

Esta negativa de la ciudad de Vitoria a la supresión de los cordones resulta llamativa por varias razones. En primer lugar porque ya había admitido la existencia intramuros de enfermos por cólera desde el día 15, lo que de por sí hacía inútiles los cordones en el Ebro y en teoría sería suficiente para frenar la llegada de foráneos que, evidentemente, buscaban una plaza segura.³³⁶ En segundo lugar porque lo habitual fue lo contrario: que las ciudades pidieran el fin de los cordones aludiendo al desabastecimiento de la población, carestía de alimentos básicos y ruina de negocios. Y en tercer lugar, porque tanto la opinión médica como la militar ya se había posicionado a nivel nacional claramente en contra de la utilidad de los cordones. Así pues, ha de pensarse que Vitoria obtenía algún marcado beneficio de la existencia de aquellas barreras sanitarias. Obviamente, el miedo a un empeoramiento de la situación -en sentido sanitario y social- por la presumible llegada de cuantos huían, tal vez sin rumbo, de la epidemia al sur del Ebro es comprensible pero no suficiente, por lo que habrá de valorarse la influencia de otros elementos como el estado del autoabastecimiento interior, el papel de la aduana interior o la amenaza carlista. Precisamente esta última -tan evidente como el propio cólera- cobra especial sentido si pensamos en los foráneos como riesgo político, en lugar de sanitario y social, pues fuera de la isla liberal de Vitoria la presunción fue considerar al medio rural proclive a los sublevados. En sentido similar, la existencia de cordones, aun en sus limitaciones, debió de reducir los movimientos carlistas, siempre preocupados de no ser avistados por las fuerzas

³³⁵ A.T.H.A. DH. 87-7.

³³⁶ Si bien es cierto que el momento álgido de la epidemia aún tardaría un mes en darse, por lo que la situación sería todavía tolerable respecto a La Rioja por ejemplo. Por contra, el escenario bélico aumentaba su riesgo cuanto más al norte, lo que no sería ningún aliciente.

cristinas antes de haberlas localizado ellos, pues la superioridad de aquéllos era todavía manifiesta respecto a las partidas carlistas.

Así mismo, desde la perspectiva de que la ciudad obtuviera algún beneficio de la existencia de los cordones cabe pensar, a partir de este énfasis en el mantenimiento de los mismos, que Vitoria ocultara los primeros casos y retrasara la declaración de la epidemia para evitar precisamente que se hubieran anulado antes, o que no hubieran llegado a funcionar. Ampara esta idea el hecho de que la ocultación de casos fue algo muy extendido en todo el país. Lo acabo de señalar respecto a Madrid, pero la bibliografía es recurrente en este sentido, y si bien las motivaciones son en ocasiones variadas, se repiten invariablemente las relacionadas con criterios médicos.³³⁷ Sobre estos profesionales recaía la responsabilidad de determinar si lo que acontecía ante sus ojos era un caso de cólera asiático o, por el contrario, se trataba de cualquier otro cuadro. Y eso no era tarea fácil, empezando por la nula experiencia práctica sobre la materia. Se habían publicado innumerables manuales con descripciones, más o menos correctas, sobre los cuadros sintomatológicos típicos y atípicos de este nuevo cólera,³³⁸ pero verlo y tratarlo en directo era asunto muy diferente. El cuadro tenía que ser muy exacerbado para adjudicarlo a la *enfermedad reinante*, y levantar la liebre en falso tenía más consecuencias que las meramente profesionales.³³⁹

Volviendo a la crónica, por esas mismas fechas de la Orden de supresión de los cordones, a últimos de agosto, Miranda de Ebro y su

³³⁷ Un caso extremo sería el de Granada, que durante los ocho meses que padeció la epidemia no llegó a aceptar oficialmente que se trataba de cólera hasta el final, argumentando un deseo de no alarmar a la población. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La dependencia social...”, pág. 127.

³³⁸ Por ejemplo el señalado de los médicos de Vitoria en 1832. A.M.V., 17/27/16. “*Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad a la Junta Municipal de Sanidad de la misma sobre el cólera morbo asiático y método de su preservacion y curacion*”.

³³⁹ RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “La dependencia social...”, pág. 128, señala que “*Durante la eclosión colérica del verano de 1834, la Capitanía General de Andalucía hizo llegar a todos los facultativos titulares garantías de que sus informaciones sobre el estado de salud de los pueblos quedarían en secreto*”.

zona de influencia estaban desbordadas por la epidemia. El “*Alcalde Mayor*” escribe³⁴⁰ a la Junta Superior de Sanidad de Álava dando parte de los estragos que estaba acarreado el cólera morbo en el pueblo burgalés de Pancorbo -invadido supuestamente desde el día 18-,³⁴¹ a la vez que reclamaba un facultativo para su asistencia y media libra de alcanfor y media arroba de mostaza para el tratamiento de los enfermos de la ciudad de Miranda. Briones, distante una legua de la villa alavesa de Labastida, se encontraba ya totalmente invadido el 27 de Agosto, fecha en la que la Junta Local de Sanidad de Vitoria expresa, como si no fuera ya una realidad, que “*es temible que en breve tengamos sobre nosotros la enfermedad que aflige á Pancorbo, Briones...*”.³⁴² Sin embargo, Vitoria ya había iniciado el censo de afectados con un asiento el día 15 y, atribuido al cólera, un fallecimiento el 16, al que siguen otros el 21, el 24 y el mismo 27 en que se fecha el escrito citado. Es impensable que los miembros de la Junta Local desconocieran la realidad que acontecía en la ciudad, no ya por lo que se registra, que no dejan de ser casos aislados, sino por cuanto he defendido ya tantas veces: el número de defunciones no paraba de crecer desde julio.

Un elemento apunta en esa dirección de que las autoridades eran conscientes de la gravedad de la situación. El 22 de agosto el alcalde vitoriano, como presidente de la Junta Municipal de Sanidad, decreta una sustancial modificación del ritual funerario determinando “*que desde el dia de su publicacion ningun vecino ni habitante de esta Ciudad retenga en su casa los Cadáveres, y que en el momento que muera alguna persona sea trasladado el de esta á la Capilla de Santa Isabel para darle tierra en el Cementerio contiguo...*”.³⁴³ Este tipo de medidas no eran novedosas, y ya habían sido propuestas por el

³⁴⁰ A.T.H.A. DH 87-7.

³⁴¹ En el A.H.P.A., Fondo familiar Ocio-Salazar, 45.19/26196, se recoge testimonio de al menos un fallecido el día anterior: “*Borrador de la etimología de la villa de Pancorbo, Incompleto, el estudio se queda en el día 17 de agosto de 1834, día en que murió Ramón María de Salazar Palacio por enfermedad del cólera*”.

³⁴² A.T.H.A., DH 87-7.

³⁴³ A.M.V., 17/27/18. Sin paginar, folio impreso con la exposición y decreto de la sesión extraordinaria celebrada el 21 de agosto y publicada el 22 de agosto de 1834.

gobierno de la regente en el mes de julio, durante la epidemia madrileña.³⁴⁴ Pero atreverse a poner en práctica unas medidas con tan significativa alteración del simbolismo sobre la muerte, sólo puede entenderse desde la evidencia pública de su necesidad. Esto es, el cólera debía ser a últimos de agosto una realidad públicamente reconocida en Vitoria. La propia exposición de este decreto de la Junta Municipal de Sanidad parece dar pié a ello al condicionar la aplicación de esta normativa a “*las actuales circunstancias*”.³⁴⁵

La misma situación que se estaba viviendo en Vitoria debía estar ocurriendo en varios pueblos de la jurisdicción vitoriana y en no pocos alaveses, tal como sugieren las gráficas de mortalidad que se han ido exponiendo, aunque documentalmente las noticias son muy escasas. Éstas provienen esencialmente de las respuestas de los pueblos de la jurisdicción vitoriana a una solicitud escrita, recabando información del estado sanitario de los mismos, que había cursado el Ayuntamiento de Vitoria. Esto es, nadie de la Junta Local o Superior de Sanidad acude a averiguar *in situ* lo que sucede fuera de los muros de Vitoria: se limitan a enviar a un mensajero con la correspondencia. Sólo consta contestación de alguno de ellos, en general de sus párrocos, con cuyas informaciones se confeccionó un pequeño estadillo con el formato del visto para Vitoria,³⁴⁶ pero con bastantes más lagunas y prácticamente referido sólo a septiembre, ya que en octubre la ciudad intramuros estará desbordada por la epidemia, haciéndose aún más evidente el mutismo documental para el propio Vitoria, con lo que evidentemente los pueblos dejan materialmente de

³⁴⁴ Por ejemplo el *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* se congratula de esas medidas en su número del 31 de julio de 1834, página 72 (disponible en la hemeroteca digital de la Biblioteca Nacional de España y en Google Books).

³⁴⁵ A.M.V., 17/27/18. Exposición y decreto del 22 de agosto de 1834: “...*la costumbre abusiva de tener Cadáveres en las Casas mortuorias hasta la hora de darles sepultura, y pudiendo en las actuales circunstancias ser esta práctica de una transcendencia funestísima para la salud pública...*”.

³⁴⁶ A.M.V., 17/27/18.

existir en la documentación. Según ese estadillo el primer caso en los pueblos del alfoz vitoriano se daría en Villafranca el 26 de agosto.³⁴⁷

Sin embargo, aunque las noticias más concisas sean del área vitoriana, la novedad más importante que sucede a finales de agosto es la constatación de que la oleada epidémica llega finalmente a la provincia y va a superponerse a la previa, aquella que he defendido que partió de Vitoria en sentido centrífugo, con casos insidiosos desde la segunda quincena de julio. Probablemente el punto de entrada fuera el que sugiere la cronología documental, en torno a Miranda de Ebro, ya que fue el lugar que más hubo de soportar la presión de los cordones mientras funcionaron y donde confluían las vías de comunicación desde Burgos y Logroño, además de asentarse sobre el Ebro. Sin embargo, ha de matizarse que estamos condicionados por el hecho de que la documentación que lo apoya se reduce a lo conocido de Labastida y que se dan soluciones de continuidad muy llamativas, como la ausencia de casos en la vecina Rivabellosa.

El día 26 de Agosto de 1834 se producen dos muertos en Labastida a causa del cólera,³⁴⁸ cuya íntima vecindad con Briones -ya invadida- y el río Ebro se ajusta más al patrón clásico de contigüidad y en relación al agua. Esta villa, cuyas simpatías por la causa del pretendiente eran al parecer fuertes y amplias, se va a convertir en un reducto carlista,³⁴⁹ añadiendo al ataque de la epidemia el del conflicto bélico en primera línea; así, no es de extrañar que el estado sanitario de la población fuera lastimoso y que ni siquiera tuviera asistencia médica.

El caso de Labastida es el mejor documentado en relación al efecto causado por la confluencia en el tiempo de la epidemia de cólera y la guerra civil en un mes crucial para la vendimia -base del sustento económico de la comarca- como es septiembre. El facultativo

³⁴⁷ RAMOS CALVO, op. cit., lo cita como fallecido, pero el registro sólo lo ubica como enfermo.

³⁴⁸ A.T.H.A. DH 87-7. Según la *Gaceta de Madrid* (nº 171 del 20/06/1835, pág. 684), los casos en Labastida darían comienzo en septiembre, datos que también maneja González Sámano. Pedro Ramos habla del 3 de septiembre.

³⁴⁹ PÉREZ GARCÍA, J.M. *La M.N. y M.L. Villa de Labastida*, pág 149.

titular había “emigrado”³⁵⁰ a Haro y al cirujano “*lo llevo consigo en clase de preso la faccion [carlista] de Villarreal que estuvo en esta el 1º de corriente [agosto]*”. Refieren tener medicamentos en la botica local pero nadie que mande suministrarlos, “*y en tal caso es preciso que sin remedio moramos como perros*”.³⁵¹ Desde Vitoria se mandan, atendiendo las peticiones de una Labastida desesperada, al médico Luis de Oribe³⁵² y al cirujano Fulgencio Palacios, no sin antes comprometerse la Junta a proporcionar el socorro conveniente a las familias de los facultativos, por cuenta de la Provincia, en caso de peligrar la vida en esta misión. Según noticias que manda la Regencia Accidental de Labastida, “*ambos se presentan sanos, buenos y tranquilos*” el día 6 de septiembre.³⁵³ El parte que envía este médico a Vitoria recuerda al de Coll y Urbina del año anterior en Lapuebla: “*Llegué a esta Villa ayer a las seis de la tarde. Es imposible poder hacer formar [...] una idea que no parezca exagerada, del terror en que se hallaran estos habitantes, pues abandonados á si mismos, sin facultativo, ni persona sensata, que presten consejo alguno a los miserables enfermos en circunstancias tan criticas, han sucumbido muchos, que se habrían librado conservando tranquilidad, y un metodo racional. Desprevenido este pueblo, siguiendo sus impulsos y habiendo viciosas conductas desde la primera educación tienen una predisposición muy fuerte a que se cebe con encarnizamiento el mal. He encargado el mayor aseo y limpieza en las casas, procurandoles inspirar mas confianza que la que han tenido hasta aquí como*

³⁵⁰ A.T.H.A. DH 87-7. “*Hace ocho días que con acuerdo de la Junta de Especiales oficie al Medico interesandole la deplorable situación en que se miraba este Vecindario, con el fin de que inmediatamente se personase en este Pueblo al cumplimiento de su sagrada obligación ó que en defecto se declaraba por vacante la plaza, y á este oficio aun no se ha contestado*”.

³⁵¹ A.T.H.A. DH. 87-7.

³⁵² Del que consta que ya había tenido contacto con la enfermedad en Vitoria, pues en un escrito informativo del pueblo de Villafranca fechado el 21/09/1834 se le cita asistiendo a un enfermo de cólera el 26 de agosto. A.M.V., 17/27/18. “*...en ese dia fué llamado a petición de los de la casa un Medico de esa Ciudad, y vino Dn Luis de Oribe y abiendolo visitado pronostico su muerte y no se engañó...*”.

³⁵³ A.T.H.A. DH. 87-7. En el estado de doble amenaza, epidémico y bélico-política, la expresión no es en absoluto superflua.

tambien prohibido el uso de aguardientes [...] Que forman uno de los principales vicios. Confundido con los muchos enfermos, y sin tiempo, pues no hemos descansado un momento desde nuestro arribo, no puedo fijar a V.S. el numero de enfermos, y menos de invadidos, [...] Limitandome por ahora a decirle que ayer se enterraron quatro, y esta noche han fallecido cinco, todos precipitadamente, [...] ascendiendo a veinte los que han sido victimas de esta cruel dolencia. Estando desprovista esta botica... ”.

Apenas unos días después el médico Oribe ha de volver a Vitoria reclamado por la Junta Local de Sanidad de Vitoria ante el aumento de la epidemia dentro de la propia ciudad. Desde el Ayuntamiento de Labastida se dirige una carta de protesta a la Junta Superior de Sanidad de la Provincia expresando *“el sentimiento y dolor que le habia causado á aquel vecindario la separación y marcha del Médico Orive [...] habiendo dejado el pueblo en el mayor conflicto”*.³⁵⁴ Es problemática su sustitución. Desde la Junta Superior de Sanidad se insta a la Local de Vitoria a *“que sin la menor dilacion designe a uno de los Medicos de esta Ciudad que no este comprometido con opiniones politicas y pueda sin demora trasladarse a esta Villa, en el concepto que en otro caso lo hará la Junta, en termino que mañana pueda ponerse en camino”*.³⁵⁵ Ninguno de los tres médicos en nómina de la ciudad de Vitoria: Santiago Ruiz de Olano, Luis Oribe y Antonio Fullá, son designados *“en razon á la alarma que se experimentaba en el vecindario, y lo expuesto que se hallaba á que se perturbare la tranquilidad publica si se verificaba la ausencia de cualquiera de sus Medicos en una crisis en que se habian aumentado los casos sospechosos de la enfermedad indicada”*.³⁵⁶ Además, según informa el consistorio vitoriano, Oribe se hallaba indispuerto, sin indicar si era debido al cólera.³⁵⁷

³⁵⁴ A.T.H.A., DH. 87-7.

³⁵⁵ A.T.H.A., DH. 87-7.

³⁵⁶ A.M.V., 17/27/18.

³⁵⁷ En caso de que lo fuera sobrevive, ya que al mejorar la situación en la ciudad es enviado, por orden del Comisario Regio, en ayuda de la población de Santa Cruz de Campezo. A.T.H.A., DH 3386.1.

Como alternativa, la Junta Superior convoca a los médicos Antonio Palacios y Vicente Yac Domínguez para tantearles el hacerse cargo de la asistencia en Labastida, alegando ellos que sus compromisos políticos y la persecución que habían experimentado por parte de los facciosos les impelían a excusar el ofrecimiento. Finalmente es el cirujano de Vitoria Cristóbal de Madrazo quien, tras el compromiso de la Junta Provincial de “*remunerar sus servicios de un modo honroso y propio de tan grave y delicado asunto*”, accede a viajar a Labastida.³⁵⁸ Trabaja durante 45 días atendiendo enfermos del cólera,³⁵⁹ en la plenitud epidémica, tras los cuales y ante el favorable estado de la salud en la villa, solicita a la Junta Superior su traslado a Vitoria en razón a obligaciones familiares y a las de uno de los partidos médicos del que es asalariado, que lo reclama con urgencia. La Junta acepta sus deseos a la vez que le manifiesta su gratitud por los buenos oficios hechos durante su estancia en Labastida. El 15 de octubre entierran al último fallecido.³⁶⁰

Mientras tanto en Vitoria, a partir de la declaración de la enfermedad,³⁶¹ el nerviosismo se va apoderado de la población a medida que son más evidentes las manifestaciones de la epidemia. La Junta Local de Sanidad, en cuanto reúne a la plantilla completa de sanitarios, les prohíbe salir de la ciudad, debido al estado crítico en que se encuentra el vecindario vitoriano, so pena de quedar privados

³⁵⁸ Ha de tenerse en cuenta que todavía medicina y cirugía son dos formaciones distintas, y que ésta última, aún con sus espectaculares avances merced en buena medida a su práctica militar durante el XVIII, se hallaba supeditada a la medicina. Además, dentro de la cirugía existían diferentes grados de capacitación, siendo la mayor parte de ellos cirujanos menores, antiguos romancistas, los que tras la ley de Instrucción Pública quedarían dentro de la denominación de Practicante, si bien se les dio opción a examinarse como cirujanos, única denominación que finalmente quedaría y que se equipararía a la medicina a la que terminaría uniéndose.

³⁵⁹ A.T.H.A., DH 3386.1.

³⁶⁰ La *Gaceta de Madrid* retrasa hasta noviembre el término de la epidemia en Labastida.

³⁶¹ No hay fecha para el primer caso, ya que lo que describe la documentación es que “*El primer caso grave de colera morbo que ocurrió en esta Ciudad fue el 15 de Agosto...*” (A.M.V. 17/27/18), lo que puede interpretarse como que tal vez hubo antes otros casos leves.

de su plaza.³⁶² A lo largo de septiembre los casos van en aumento tanto en la ciudad como en sus pueblos, de los que se va teniendo noticias vía epistolar a través fundamentalmente de sus párrocos.³⁶³ Alguno, como el de Mendiola, deja testimonio del horror colectivo y de la queja continua por la desatención médica, ya que la mayor parte de los pueblos carecían de sanitarios contratados y dependían de los de Vitoria.³⁶⁴ Pero la situación en la ciudad era tal que acaparaba todos los recursos.

En un sentido similar de acaparamiento urbano podría entenderse el retraso del Ayuntamiento para dictar una normativa adaptada a los pueblos. El consistorio vitoriano consideraba que “*en algunos pueblos de su distrito hay un abandono notable en el ramo de Policía Urbana, principalmente en la parte que toca al aseo y limpieza*”.³⁶⁵ Sin embargo, tarda casi dos meses en publicar unas disposiciones específicas para las zonas rurales amparándose en las publicadas el 3 de agosto, cuyas ordenanzas tienen un claro sesgo

³⁶² El ejercicio de las profesiones sanitarias exigía autorización de las villas, tanto para su ejercicio como contratado municipal como para ejercer libremente.

³⁶³ A.M.V., 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”. Según este documento, que sólo recoge las informaciones de los pueblos que han contestado al ayuntamiento vitoriano, durante el mes de septiembre se presentarían casos en los siguientes pueblos: Abechucho, Amarita, Arcaute, Arcaya, Arechavaleta, Arriaga, Ascarza, Betoño, Elorriaga, Castillo, Gamarra mayor, Gamarra menor, Gardelegui, Junguitu, Mendiola, Miñano mayor, Monasterioguren, Oreitia, Otazu, Retana y Villafranca.

³⁶⁴ A.M.V., 17/27/18. El 26 de septiembre Eugenio de Arroyabe, cura de Mendiola, remite dos expresivas misivas de la situación vivida aquellos días: “*que á las dos de esta mañana ha muerto la enferma, para quien hayer se pidió el medico [sin que hubiera llegado]*”, aunque de poco hubiera servido, pues otro vecino que había sido visitado por el médico y supuestamente estaba mejorando también había muerto, lo que da pié al sacerdote a exclamar contra la mala praxis médica: “*¡me entristezco y llena de desconsuelo al ver visitas tan poco observadas y detenidas!*”. Finalmente nos da alguna pista sobre la alta incidencia de la enfermedad anotando que “*Todos los dias se presentan muchos enfermos aunque al presente no hay alguno que este amenazado del mayor peligro. Yo me hallo sumamente estropeado y canso pero espero V el señor me conceda alivio, si me dexan un poco de reposo*”.

³⁶⁵ A.M.V., 17/27/18.

urbano. No será hasta el 25 de septiembre, ya muy avanzada la epidemia por su jurisdicción, a tenor de cuanto relatan los curas de sus pueblos, cuando publica un bando con un enfoque claramente rural con alusiones a la práctica agroganadera, lo que incide en la dificultad de los regidores para ver más allá del ombligo de Vitoria. La situación no cambiará con este bando: si hasta entonces las notas de los párrocos eran la única relación entre Vitoria y los pueblos de su jurisdicción, a partir de octubre el mutismo de esas localidades será total en la documentación municipal vitoriana en relación, más que probable, con la caótica situación dentro de la Vitoria urbana.

Octubre es el mes álgido de la epidemia, tanto en Vitoria como en la mayor parte de la provincia. No está claro el recorrido geográfico de la oleada epidémica, pues desde su potencial entrada por la línea del Ebro no hay una continuidad definida hacia Vitoria, ni por el camino de Castilla ni por la ruta del vino, o por lo menos no tan nítida como la que se veía en los mapas del capítulo previo desde la capital hacia el norte por el camino de Francia y hacia el oeste por el camino a Navarra y el río Zadorra. Pero para ese mes el cólera ya había alcanzado los extremos de la provincia.

Aun en su dudosa fiabilidad, según el estadillo vitoriano en los primeros días de octubre la media de nuevos invadidos en la capital era de ocho diarios, lo que puede dar una idea de la situación angustiosa vivida aquellos días, si bien otras localidades mucho más pequeñas que Vitoria presentan, según las gráficas, tasas de mortalidad mayores que la ciudad, y documentalmente un pequeño pueblo como Mendiola informaba el 26 de septiembre que “*Todos los días se presentan muchos enfermos*”,³⁶⁶ lo que supone que en realidad, sin menospreciar la tragedia vitoriana, el verdadero estado calamitoso se daba en el medio rural, tal como señalaba en el estudio cuantitativo al comparar los índices Dupâquier de las localidades estadísticamente positivas a los criterios de cólera. En este sentido, el firmante de la “*Razón de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes [por el cólera] en los pueblos de la jurisdicción de*

³⁶⁶ A.M.V., 17/27/18.

Vitoria”, Vitor Vélez, concluye precisamente atribuyendo a Mendiola una situación especialmente catastrófica.³⁶⁷

Afortunadamente, la tendencia general fue la de una paulatina mejoría a medida que se adentraba el otoño, dándose por concluida durante ese mes de octubre en la mayor parte de los pueblos afectados, según la estadística oficial de la *Gaceta de Madrid*, si bien en las gráficas se advierte que la mortalidad aún permanece sobreelevada en noviembre respecto a la mortalidad media de ese mes en el decenio 1830-1839. No obstante, ya advertía que tras el pico de la epidemia había esperar una cola alargada y no una desaparición brusca, además de que algunos enfermos que sobrevivieron al cólera morirían diferidamente por carecer de recursos para una recuperación completa.

Probablemente una vez que disminuyó el número de casos se volvería a la práctica habitual de ocultar la verdad, en la firme creencia de que la ignorancia generaba supuestamente tranquilidad en los espíritus y que ésta era el mejor preservativo para el cólera. Oficialmente, los últimos casos se habrían dado en la capital a mediados de noviembre, si bien según se extrae de la reunión celebrada el 10 de diciembre por la Junta Superior, en la que se declara que el estado sanitario de la ciudad es satisfactorio, en los últimos veinticinco días habían aparecido seis casos de Cólera de los llamados fulminantes, de los que tres habían fallecido y los otros tres curado, describiendo también cómo dos semanas antes creyeron que se estaba desarrollando nuevamente la epidemia, ya que habían detectado muchas diarreas, síntoma precursor de la enfermedad. Esta intranquilidad se confirma con la petición de veinte mil sanguijuelas a Salamanca.³⁶⁸ No obstante, culminan que, teniendo en cuenta el

³⁶⁷ A.M.V. 17/27/18. “*Es muy regular que haya muchas mas pobres familias en la Jurisdicción pero no tengo noticia que se hallen tan necesitados como los referidos. El Cura de Mendiola podra dar razon de Mendiola y Castillo que es donde ha hecho mayores estragos*”.

³⁶⁸ A.M.V. Acuerdos Municipales (AA.MM.) del 15 de noviembre de 1834. “...*que viendo la Junta de Sanidad la escasez de Sanguijuelas que habia en esta Ciudad presumiendo podrán hacer falta en la terrible enfermedad que nos amagaba y era de creer nos acometiese pidió como presidente de la Junta veinte mil Sanguijuelas al Gobernador Civil de Salamanca, quien remitió ocho mil que se perdieron y*

transcurso de los días desde el primer caso y teniendo presente el curso de la enfermedad se inclinan a creer “*que la atmosfera esta ya libre de los miasmas productores de ella*”, evidenciando cómo los principios del higienismo prebacteriano seguían tan inmutables como los religiosos, bien presentes en la acción de gracias que daba por finalizada la epidemia con el *Te Deum*.

enviaba otras ocho mil cuatrocientas diciendo en el oficio que le remitió que todas las sanguijuelas habian importado seis mil reales...”.

SEGUNDA PARTE
Estudio cualitativo

Introducción.

En la práctica totalidad de los estudios históricos referidos a las epidemias de cólera del XIX hay una constante: la determinación de unas malas condiciones sanitarias en aquellas localidades o zonas geográficas a estudio que fueron azotadas por el cólera. Algunos autores la dan por hecho sin más, como claramente asumido en la historiografía que todo tiempo pasado fue sanitariamente peor que el momento actual; si bien muchos otros apoyan tal afirmación con las expresiones de aquellos coetáneos a las epidemias que, efectivamente, abundan en la documentación y subrayan las pésimas condiciones, fundamentalmente higiénicas, de sus poblaciones.³⁶⁹ Incluso al leer trabajos más elaborados donde pormenorizadamente se describen

³⁶⁹ Si bien no es infrecuente que el discurso público de las autoridades enfatizara excelencias de su área mientras los informes internos dibujaban una imagen bien distinta. Lo señalaré para Madrid o Bilbao como ya lo he referido anteriormente para Vitoria, cuando en 1832 el alcalde aludía a la dificultad de que “*su hermosa población sea atacada de esta tan cruel enfermedad por su posición geográfica, cielo dulce, clima fresco, suelo fecundo, industria, una buena higiene pública...*”, al tiempo que las inspecciones aludían a “*estercoleros, basureros, depósitos de materias en fermentación pútrida...*”. A.T.H.A. DH 218-3 y A.M.V. 17/27/15.

actividades profesionales y comportamientos humanos, públicos y privados, tan alejados de nuestra percepción actual de lo que es correcto higiénica y sanitariamente, me encuentro con el mismo punto de mira desde la socialización actual de repugnancia a lo sucio que instituyó la medicina bacteriana como sinónimo de enfermedad. Así, no es de extrañar que cualquiera de estos autores, al leer los informes de la comisión municipal de turno describiendo hogares de convecinos con atributos animales de guarida, cuadra, covacha, pocilga o muladar, asumiera que cuanto sucedió con el cólera era más o menos lo que cabría esperar.³⁷⁰

Desde esa convicción, erróneamente no son pocos los autores que incluso atribuyen a esas condiciones sanitarias un papel causal del cólera, obviando la clara y conocida evidencia que desmorona tal afirmación: que la localidad adyacente a la de su objeto de estudio quedó libre de la epidemia a pesar de compartir las mismas condiciones sanitarias.

Esta generalización sin crítica en la valoración peyorativa de las condiciones sanitarias de la España del XIX y, lo que es mucho peor, conferirles directamente causalidad en la génesis del cólera, sólo se explica por su construcción desde valores actuales, que sustentan una visión del complejo equilibrio salud-enfermedad reducida a una expresión cuantitativa equívoca, las tasas de mortalidad. Efectivamente, el concepto de salud es un constructo cuya difícil aprehensión lleva a que su objetivación suela estimarse mediante indicadores de su antítesis, la enfermedad y la muerte. Así, desde la estadística de la morbimortalidad asumimos equivocadamente que cualquier momento histórico anterior tuvo menos salud que el actual, sin apreciar que sustraemos del análisis el objeto del mismo, la salud; y ésta, según reza la definición propuesta por la O.M.S., no es sólo la

³⁷⁰ Eduardo de Velasco lo asumía así para Vitoria durante el cólera de 1855: *“en las calles [de la ciudad vieja] se trazaba un canal de aguas inmundas sobre el que tenían sus luces abiertas las casas, alzándose sus muros en derredor de aquellos estanques perfumados, sombríos, lóbregos, en espacios angostos, sin sol y sin ventilación. Con todo esto no es de admirar que el cólera entrara en Vitoria”*.

ausencia de enfermedad.³⁷¹ En consecuencia, extrapolar un determinado estado de salud de una población a partir de sus datos de morbilidad y mortalidad resulta comprometido y, a veces, incluso falso.³⁷² Por esta misma razón de convertir, por arte del *modus ponens*, la proposición cierta de que si se tiene mala salud se enferma más fácilmente, en la falsa de que si se padece una enfermedad es porque se tenía mala salud, en los estudios históricos se cae insistentemente en una apreciación acrítica de mal estado sanitario cuando una población fue devorada por tal o cual epidemia, algo verdaderamente general en las revisiones históricas sobre el cólera.

Por tanto, la generalización respecto a una mala salud, ausencia de condiciones higiénicas, espacios insalubres, y mil expresiones más que se repiten en la práctica totalidad de los textos referentes a las epidemias coléricas del XIX, deben ser matizadas. En primer lugar porque los indicadores usados para determinar esas malas condiciones sanitarias son la morbilidad y mortalidad epidémica, y no siempre éstas responden a una mala situación sanitaria; y en segundo lugar porque deben particularizarse los condicionantes sanitarios en relación

³⁷¹ En 1946 la Organización Mundial de la Salud propuso la siguiente definición para la salud: “*Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”.

³⁷² Por ejemplo, aunque se hiciera con esos datos cuantitativos, la lectura tendría muchas matizaciones si superamos la visión biológica predominante en la medicina de tradición hipocrático-galénica (la comúnmente llamada occidental) e incorporamos aspectos de salud medioambiental, social y mental, con los que la morbilidad actual en países desarrollados no saldría siempre bien parada en la comparación histórica, e incluso algunas tasas de mortalidad actuales, como las derivadas del suicidio o los accidentes de tráfico, podrían compararse cuantitativamente al impacto de algunas sangrías bélicas o epidémicas del pasado (Según datos de la OMS de 2004, el suicidio provoca casi un millón de víctimas al año en el mundo: “*En 2001 los suicidios registrados en todo el mundo superaron la cifra de muertes por homicidio (500 000) y por guerras (230 000)*”). Información disponible en el centro de prensa de la página oficial de la OMS en la url <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>>). Y qué decir si en vez de generalizar a partir de los datos de los países industrializados lo hacemos desde el Tercer Mundo, donde la mortalidad actual por la triada hambre-guerras-epidemias alcanza tasas no conocidas en la historia de aquellos países; ¿Acaso sería válido para ellos la creencia de que todo tiempo pasado fue peor?

a cada tipo de epidemia. De hecho, respecto al cólera, en realidad la mayor parte de los elementos vinculados a esas condiciones sanitarias deplorables que denunciaba la ciencia médica de principios del XIX, ni fueron causa ni interfirieron en el desarrollo de la epidemia. Creo necesario insistir en que ciertamente las expresiones a pésimas condiciones sanitarias, esencialmente higiénicas, están en los documentos coetáneos a las epidemias y por ende en las revisiones historiográficas, pero deben ponderarse con un sentido crítico: tanto la suciedad como la asepsia son insalubres en sus extremos, pues requerimos de cierta adversidad en el ambiente para mantener entrenadas nuestras defensas, e inmunológicamente es tan nocivo que el ambiente sea muy hostil como que esté desprovisto de enemigos.³⁷³ Por tanto, que, como ejemplo, se criara ganado en las viviendas de las ciudades y lo denunciaran las autoridades civiles y médicas como peligro para la salud y elemento productor de epidemias no puede, en modo alguno, tomarse unívocamente en el sentido de las autoridades, puesto que el potencial riesgo de contraer enfermedades debe ponderarse con el del beneficio nutricional y térmico, entre otros, que son elementos básicos en la salud y bienestar de las personas. Y aún menos, atribuirle abiertamente los efectos perniciosos que le achacaban aquellos; así por ejemplo, mulas, cerdos, ovejas o gallinas, aunque con riesgo potencial de zoonosis, no jugaron ningún papel ni en la producción ni en la propagación del cólera, pues el reservorio natural del *vibrio cholerae* es sólo humano.

Cuanto he comentado tiene también una lectura ideológica que, a diferencia de otras temáticas referidas al mismo periodo, no aprecio en los estudios sobre el cólera. No es difícil advertir en estudios históricos contextualizados en el cambio de siglo, del XVIII al XIX, un análisis de los postulados liberales relacionados con sus temas particulares a estudio: sociales, culturales, económicos..., puesto que se parte de la base de la existencia de una ruptura ideológica amplia con las estructuras globales de relación humana previas. Y en este sentido, se echa en falta algo similar en los trabajos sobre el cólera, pues el cambio de paradigma sanitario es igual de evidente respecto al

³⁷³ Véase la teoría de la higiene en el capítulo V, punto “V.2. Medioambiente”.

Antiguo Régimen. Los principios programáticos sanitarios del liberalismo estaban claramente expuestos con anterioridad a la primera invasión colérica, tanto en la Constitución de Cádiz como en los proyectos sanitarios durante el Trienio liberal, por lo que aceptar sin crítica la doctrina medico-política derivada del cólera, de influencia claramente liberal, es negar la existencia de un proceso de transformación, en el que precisamente el cólera jugará un papel decisivo en la conversión de aquellos principios teóricos en prácticos. Los teóricos del liberalismo sanitario lo expresarían sin ambages: *“nuestro aliado el cólera”*.

En lo referido hasta aquí se proponen por tanto dos líneas generales a explorar: por un lado qué influencia tuvieron los determinantes de salud de Álava a inicios del XIX sobre la aparición y desarrollo del cólera de 1834, y por otro, el adoctrinamiento medico-higiénico del liberalismo en relación y a expensas del cólera. Puntos que son precisamente en los que centro la investigación en esta segunda parte del estudio.

Los he englobado bajo la denominación de “estudio cualitativo”, término impuesto por contraposición al marcado carácter cuantitativo de la primera parte, si bien es poco expresivo de la pretensión de enfocarlo desde la mirada de las mentalidades.

La decisión de hacer girar toda esta parte del estudio en torno a sólo dos cuestiones, distribuyendo así mismo el contenido en dos únicos capítulos, no debe ocultar sin embargo la variada temática que los integra. En realidad analizo múltiples cuestiones, tales como la higiene, el hambre, el miedo, las conductas, la estructura sanitaria, los mensajes políticos, religiosos o médicos, etc., también abordadas en otros estudios históricos sobre el cólera pero, como he pretendido esbozar en el inicio, bajo prismas diferentes. Por otra parte, la reducción capitular no es sino el reflejo de un trabajo crítico y sintético previo sobre aquellos estudios en los que, a veces, -tal vez por el predominio de unos objetivos descriptivos más que analíticos- se aprecia cierta dispersión temática -o bien ausencias importantes-, cuando yo interpreto que existen denominadores comunes que deberían articular la línea expositiva, de los que destaco los dos

bloques vertebradores a los que hago referencia en esta segunda parte ya que me parecen los más fundamentales.

La estructura final, por tanto, se articula en dos capítulos, dedicando el primero a analizar si realmente los condicionantes sanitarios que denunciaban los documentos coetáneos a las epidemias jugaron algún papel en la irrupción y propagación del cólera por Álava, cuáles fueron y qué rol desempeñaron, dejando para el segundo capítulo el análisis del que he llamado adoctrinamiento higiénico-sanitario, centrándome en cuatro elementos interrelacionados: las bases teóricas del adoctrinamiento, el uso del miedo, la secuencia o proceso doctrinal y, finalmente, la nueva estructura de control social que ayudará a formar el cólera.

Capítulo V. Determinantes de salud y cólera.

El predominio actual de un enfoque médico desde la enfermedad y para la enfermedad -lo que algunos autores denominan *visión patocéntrica*- oculta muchas veces el enfoque contrario, aquél que trata de la salud y para la salud. Esta *visión sanocéntrica* que ya se entreveía en el texto fundacional de la O.M.S. en 1946 cobró protagonismo a partir de los años 70 del siglo XX tras la constatación de que la costosa estructura sanitaria de los países más industrializados, basada fundamentalmente en la tecnificación diagnóstica y terapéutica, reducía efectivamente la mortalidad pero no el número de enfermos; esto es, no aportaba salud.³⁷⁴ Dos estudios

³⁷⁴ Existen diferentes hitos que hacen referencia a esta constatación, pero en nuestro entorno el más clásico es el de la demostración por el modelo sanitario de Cuba, sin capacidades económicas para crear grandes hospitales hipertecnificados, que sus cifras de morbimortalidad eran comparables a las de los países más desarrollados. La Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, daría crédito al éxito cubano. En su declaración (Declaración de Alma-Ata) la conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de “Atención Primaria de Salud” como una estrategia para

clásicos darían el pistoletazo de salida para reorientar la medicina hacia la línea de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

1. En 1974 Marc Lalonde,³⁷⁵ ministro de Sanidad de Canadá, auspició un estudio que tratara de condensar qué factores influían más decisivamente en el mantenimiento o pérdida de salud de las personas, concluyéndose que aquellos podían dividirse en cuatro grandes grupos: unos factores dependientes de la biología humana, otros dependientes del medio ambiente, unos terceros de los estilos de vida y, finalmente, los dependientes de la estructura sanitaria. Se consideró -y se considera- que los factores de estilos de vida son quienes determinan un mayor porcentaje de nuestra salud.
2. En 1976, Alan Dever³⁷⁶ trató de cuantificar el gasto de la administración de EE.UU. en relación a los cuatro grupos del estudio de Lalonde, concluyendo que el 90% del gasto sanitario se dedicaba a los factores de estructura sanitaria, aunque su contribución potencial en la reducción de la mortalidad era entonces de sólo un 11% de la salud, mientras que se dedicaba un exiguo gasto del 1,5% a los factores de estilos de vida, cuya participación en la reducción de la mortalidad la calculó en un 43%.

Ambos estudios trastocaron la percepción de los avances médicos basados en el desarrollo tecnológico y terapéutico como el

alcanzar la meta de *Salud para todos para el 2000*. El modelo español de Atención Primaria (Informe Abril [Fernando Abril Martorell], 1991) siguió inicialmente la experiencia cubana.

³⁷⁵ LALONDE, M. "A new perspective on the health of Canadians", *Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare*, Ottawa, 1974.

³⁷⁶ DEVER, G.E.A. "An epidemiological model for health policy analysis", *Soc. Ind. Res.*, 1976; 2: 465.

único camino hacia una utópica erradicación de la enfermedad.³⁷⁷ Por el contrario, desde esta nueva perspectiva se configuró la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como la estrategia más válida para alcanzar el objetivo que se propuso la O.M.S. para el II milenio en la conferencia internacional de Alma-Ata (1978): *Salud para todos para el 2000*.

Al margen del evidente fracaso de aquel objetivo, me ha interesado traer a colación los principios programáticos de la Atención Primaria en Salud por dos cuestiones fundamentales: la primera porque el control del cólera es eminentemente preventivo y no terapéutico, precisamente porque responde muy bien al control de los determinantes medioambientales y de estilos de vida incluso donde no existe una estructura sanitaria mínima, como sucedía en 1834 en Álava; y la segunda, porque la propuesta de Lalonde sobre los determinantes de salud es la metodología que he seleccionado para analizar qué elementos realmente pudieron servir como facilitadores o predisponentes, y cuáles como protectores, en la epidemia de cólera de 1834 en Álava.

El motivo de haber seleccionado el modelo canadiense de los determinantes de salud tiene además mucho que ver con el cólera. Precisamente una de las grandezas de la formulación de los determinantes de salud de Lalonde ha sido la de devolver la multicausalidad al frente del pensamiento médico, lugar del que quedó relegada con la irrupción de la Era bacteriológica tras los

³⁷⁷ De hecho, especialmente el desarrollo quirúrgico y farmacéutico ha creado terapias para problemas que, hasta ese momento, no se percibían como tales. Esto es, paradójicamente han producido nuevas enfermedades generando demandas a partir de la oferta de servicios cuyo objetivo es esencialmente crematístico y no sanitario. El oncólogo y divulgador médico brasileño, Drauzio Varella, lo resumía irónicamente en una ya famosa frase: *“En el mundo actual, se está invirtiendo cinco veces más en medicamentos para la virilidad masculina y silicona para mujeres, que en la cura del Alzheimer. De aquí a algunos años, tendremos muchas viejas con tetas grandes y viejos con pene duro, pero ninguno de ellos se acordará para que sirven”*, disponible en su propia página Web <<http://www.drauziovarella.com.br/>>.

descubrimientos bacterianos de Pasteur y Koch a partir de 1878,³⁷⁸ siendo especialmente relevante el del vibrión colérico en 1883 porque fue quien enfrentó más agriamente los nuevos postulados médicos con la vieja escuela, aún dependiente de los inmutables postulados de Galeno.³⁷⁹ La plasmación visual del origen de las enfermedades infecciosas, los microorganismos, dio lugar a una ciega orientación unicausal que Edwin Klebs resumiría en una de sus máximas: “*La enfermedad es siempre infección; las agresiones físicas o químicas sólo dan lugar a verdaderas enfermedades y dejan de ser meros accidentes nocivos cuando una infección se les sobreañade*”.³⁸⁰ Esta reducción de toda enfermedad a la infección -al microorganismo, a lo biológico- relegaba de facto otras corrientes médicas que precisamente, desde la perspectiva de los determinantes de salud actuales, parecían prometedoras antes del adoctrinamiento bacteriológico. Me refiero a la confluencia de la *dietética* y de las constituciones hipocráticas renovadas por el higienismo del XVIII. Ambas trataban de articular la causalidad de las enfermedades desde aspectos relacionados con los estilos de vida -la *dietética*- y los elementos medioambientales -las constituciones- en un sentido multifactorial.³⁸¹ Por ejemplo Max Pettenkofer al formular su teoría del suelo respecto al cólera³⁸² ya entreveía una predisposición individual (factores de biología humana), malos hábitos alimenticios (factores de estilos de vida), y suciedad en los suelos (factores

³⁷⁸ Tomo como referencia la fecha de publicación de la *Théorie des germes* de Louis Pasteur.

³⁷⁹ Había hecho referencia a ello en el primer capítulo.

³⁸⁰ Theodor Albrecht Edwin Klebs (1834-1913), físico y patólogo alemán, fue asistente de Virchow y es conocido por su trabajo sobre enfermedades infecciosas. Para Laín Entralgo es quien más contundentemente expresó la nueva mentalidad etiopatológica que inauguraron Pasteur y Koch. LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la Medicina*, Salvat, edición especial para Laboratorios Beecham, Barcelona, 1982. Pág. 489.

³⁸¹ Tomada la comparación en un sentido abierto, pues ni la división clásica en *res naturales* y *non naturales* ni las constituciones hipocráticas o neohipocráticas pueden extrapolarse directamente a la concepción actual de estilos de vida o factores medioambientales, pero resulta a todas luces claro que van en la misma dirección.

³⁸² Cfr., capítulo I.3.2.

medioambientales), constituyendo su profesión y sus teorías los factores de estructura o asistencia sanitaria.

Evidentemente esta contemporización es forzada -empezando porque el desarrollo de algunos de esos factores por Pettenkofer eran erróneos-, pero de alguna manera el modelo de los determinantes de salud de Lalonde regresa al punto en la evolución del pensamiento médico anterior al giro bacteriano y su reducción etiológica, lo que permite acercarnos al cólera de 1834 desde un conocimiento actual, sí, pero mediante elementos comunes presentes tanto entonces como ahora.

Así, en el objetivo propuesto para este capítulo: analizar qué condicionantes existentes en 1834 pudieron participar en la génesis y propagación del cólera en Álava, su peculiar desarrollo geográfico, incidencia y mortalidad, el modelo de los determinantes de salud permite, insisto, minimizar el peso de la respuesta actual -y occidental- a la infección colérica (cloración, rehidratación y antibioterapia) -inexistente en 1834- para privilegiar la ruptura de la cadena epidemiológica (reservorio-transmisión-huésped susceptible) con elementos que sí estaban presentes en 1834, permitiéndonos, desde el conocimiento actual, ser críticos con aquellos que realmente fueron o pudieron ser eficaces y con los que no sirvieron para nada.

V.1. Biología humana.

Los determinantes dependientes de la biología humana están referidos a elementos intrínsecos de cada una de las personas que les confieren resistencia innata a algunas enfermedades o las predisponen a enfermar más fácilmente de otras. Se trata de características genéticas y hereditarias, o bien del imparable desarrollo del envejecimiento, aunque también se incluirían trastornos orgánicos irreversibles adquiridos. Originalmente Dever determinó que su contribución potencial a la reducción de la mortalidad era de un 27% y entonces se consideraba que no eran modificables. Hoy, la naciente Era médica de la genética los relaciona con un gran número de enfermedades y se presume que con el tiempo podrán ser manipulables, aumentando su papel protector y reduciendo el de predisposición.

También en la medicina prebacteriana del XIX se consideraba la existencia de una predisposición individual hacia la enfermedad relacionada con elementos consustanciales a cada persona. Aunque poco tenía que ver con los determinantes biológicos que nos ocupan, considero importante señalarlo, pues fue general entre los textos médicos relacionados con la epidemia de 1834 el incorporar alusiones a estos elementos predisponentes. Dentro de las llamadas *sex res non naturales* de la *dietetica* clásica se englobaban diversos elementos (aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo) que constituían los *regimina sanitatis*,³⁸³ una especie de orientaciones de higiene individual que aproximadamente podríamos asociarlos a los actuales estilos de vida saludable. De entre ellos, el último, el referido a los afectos del ánimo, no guarda la misma relación y, por contra, posee cierta similitud al concepto de los determinantes biológicos que nos ocupan, pues estos afectos del ánimo -en principio modelables- tendieron con el tiempo a entenderse como carácter personal

³⁸³ Cfr. LÓPEZ PIÑERO, J. M. “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”, *Revista Española de Salud Pública*, v. 80, nº 5, Madrid, set.-oct. 2006. Sin paginar en la versión que utilizo, disponible en Internet http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000500003&script=sci_arttext.

inmutable al incorporarlo diversas corrientes científicas que se desarrollaban a inicios del XIX, tales como la frenología, la fisiognomía o la craneometría que, en esencia y simplificando, vinculaban la resistencia o predisposición a la enfermedad física y moral -como el comportamiento asocial o delictivo- a determinados caracteres fisonómicos y anatómicos.

En 1834 es pronto para ver con claridad esta transfiguración³⁸⁴ y lo que se aprecia en la documentación es solamente la importancia dada a los estados de ánimo como factor no ya predisponente, sino abiertamente causal del cólera. Así, en la memoria médica que los médicos vitorianos publicaron ante la primera amenaza de la epidemia, en 1832, se recomienda “*conservar la calma moral, porque los pesares, el terror y las pasiones fuertes son causa de enfermedad*”.³⁸⁵ En el mismo sentido pueden encontrarse textos similares en boca de autores de mayor prestigio que se publicaron en la Gaceta de Madrid o en el *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia*; por ejemplo, en éste último advierten del riesgo “*à todas las personas pusilánimes*”, pues aseveran que “*conocemos señoras que no han debido à otra causa el ser invadidas del cólera [que el ver el carro mortuorio]*”.³⁸⁶

Volviendo a los determinantes de salud relacionados con la biología humana tal como hoy los entendemos, el cólera se relaciona con algunos de ellos. Así, la evidencia científica ha demostrado que existe una afinidad del *vibrio cholerae* por las personas con grupo

³⁸⁴ No así a finales de siglo donde Vitoria cobrará un protagonismo internacional a raíz del peritaje psiquiátrico del asesino en serie Díaz de Garayo, alias Zurrumbón, más conocido a partir de entonces como “El Sacamantecas”. El principal defensor de esa asociación de lo físico y mental sería el psiquiatra Esquerdo. Cfr. ESQUERDO Y ZARAGOZA, J. “Locos que no lo parecen, Garayo el sacamantecas”, en Rey González, Antonio M. *Estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990. Págs. 197 y ss.

³⁸⁵ URBINA, M.; RUIZ DE OLANO, S.; FULLÁ Y RIBES, A.; ORIVE, L. *Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad a la Junta Municipal de Sanidad de la misma, sobre el cólera-morbo asiático, y método de su preservación y curacion*, Viuda de Larrumbe é hijo (imp.), Vitoria, 1832. Pág 20.

³⁸⁶ *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* nº 9 del 31 de julio de 1834. Pág 72.

sanguíneo O, sin que se haya descubierto el motivo.³⁸⁷ En el caso alavés no parece que ello supusiera ninguna peculiaridad en relación a su entorno, pues dicho grupo se supone presente en proporciones intermedias y similares a las registradas entre el resto del País Vasco y el resto de la península,³⁸⁸ zonas igualmente afectadas por la epidemia.

También se conoce la mala tolerancia del bacilo colérico a los medios ácidos, por lo que las personas con hiperclorhidria gástrica, innata o adquirida, ofrecen mayor resistencia a la colonización y desarrollo de la enfermedad, mientras que la hipoclorhidria aumenta la susceptibilidad del huésped. Por tanto, el consumo de acidificantes gástricos como cítricos o vinagre -también el vino, tal como se elaboraba en 1834-, o las dietas ricas en grasas serían elementos protectores. Al contrario, el consumo de antiácidos gástricos, dietas ricas en proteínas y bajas en grasas serían facilitadoras o “*en las [personas] que comen en demasía (Mujica et al., 1991) [porque] se*

³⁸⁷ “...el tener grupo sanguíneo O ofrece un riesgo relativo de presentar diarrea aguda severa por *V. cholerae* 4.832 veces (IC95= 2.196-10.68) mayor en comparación con los otros grupos sanguíneos”, en Vidal, Julio; Yi, Augusto; Salinas, Eduardo; Adachi, Roberto; Valdez, Hernán. “Relación entre grupo sanguíneo ABO y enfermedad diarreica aguda severa causada por *Vibrio cholerae*”, Rev. Med. Hered 1991; 2(3): 108-111. Disponible en Internet en la dirección <<http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/2-3/v2n3ao1.htm>>. “El grupo sanguíneo O se asocia con una mayor susceptibilidad al cólera clínico (Barua, 1974; Glass, 1984). Las personas más resistentes son las que poseen grupo sanguíneo AB. No se ha logrado encontrar una explicación satisfactoria al fenómeno”, en MATA, L. *El cólera: historia, prevención y control*, coedición de la UNED y la Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1992. Pág. 140.

³⁸⁸ Torre, Manzano y de la Rúa para la población autóctona alavesa, determinada mediante los 8 apellidos y el lugar de nacimiento de los cuatro abuelos de la muestra a estudio -lo que acercaría una extrapolación de sus resultados a mi intervalo temporal- concluyen que “Por lo que respecta a la incidencia del alelo O, su frecuencia $r=0.702$, no alcanza los valores descritos en la población vasca (siempre superiores a 0.720), lo que representa de nuevo un valor intermedio entre dicha población y la media peninsular (0.678)” (pág. 298) sin diferencias significativas en la comparación intercomarcal alavesa. Torre, M.J.; Manzano, C.; Rúa, C. de la. “Grupos sanguíneos de la población autóctona de Alava”, *Munibe (Antropología y Arqueología)*, suplemento nº 6, págs. 295-302, San Sebastián, 1988.

*neutraliza la acidez gástrica, tornándolas más susceptibles a la colonización y al cólera”.*³⁸⁹

Es evidente que nada de ello se conocía en 1834 y que, por consiguiente, las recomendaciones que se hicieron al respecto no respondían a estas cuestiones sino al efecto conocido sobre alguna de las manifestaciones del cólera: dolor abdominal y diarrea fundamentalmente, por lo que sólo de rebote algunos pudieron ser potencialmente protectoras frente al desarrollo de la enfermedad, aunque otros muchos favorecían claramente el desarrollo del vibrión en algunas personas. En la documentación alavesa se constata por ejemplo la recomendación de alcalinizantes gástricos tipo bicarbonato como profiláctico para el cólera,³⁹⁰ probablemente en relación a la mejoría sintomática sobre algunas dolencias digestivas como las producidas por las úlceras gástricas y duodenales,³⁹¹ y que claramente eran contraproducentes frente al cólera. No obstante, la influencia de este tipo de “remedios” debió ser muy restringida, ya que la síntesis química del bicarbonato sódico era un logro todavía reciente y de uso por tanto aún no extendido entre boticarios y médicos.³⁹²

³⁸⁹ MATA, L. Op. cit., pág. 141.

³⁹⁰ A.H.P.A. 2.1/22062. “Remedio contra el Cólera” dice: “Este remedio es el carbonato de sosa suministrado en dosis de una cucharadita disuelta en un poco de agua lo más caliente posible. Tiene poco o ningún sabor: alivia el dolor y la acidez del estómago, y en el espacio de media hora produce el sueño y restablece el pulso y el calor. En caso de vómitos debe administrarse con unas gotas....”.

³⁹¹ Hoy día precisamente -a la contra de lo que sucedía en 1834- en los países desarrollados se incluye entre los sujetos susceptibles a los enfermos ulcerosos porque se presume que son consumidores diarios de antiácidos.

³⁹² ÁLVAREZ CAPEROCHIPI (Op. cit.) hace mención al uso del bicarbonato y otros antiácidos entre los generales liberales, así en el capítulo VI menciona que “La primera medicina de alto interés que se encontraba en el maletín de Espartero eran los polvos de magnesia calcinada, un potente alcalino, de acción rápida y mantenida, específico de la acidez gástrica y dolores del estómago. También en las boticas de primera fila de Madrid tenían polvos de bicarbonato, que en alguna ocasión conocemos fue utilizado por Espoz y Mina, afecto de úlcera crónica del estómago, pero nos llama la atención que no los llevase el general”, encontrándose la referencia a Espoz y Mina en el capítulo IV: “Sus crisis cólericas descontroladas eran cada vez peores y más frecuentes. [...] Esa fue una coyuntura especialmente mala para Mina, que a media noche hizo ir a los médicos a sus aposentos, decía

El cólera suele producir también cierta sobremortalidad femenina, si bien se discute si ello es debido a un factor biológico dependiente del sexo o si juegan un papel decisivo factores sociales como el tradicional papel femenino como cuidador doméstico. Además, colabora indirectamente en la mortalidad femenina el hecho de que entre las embarazadas que desarrollan la enfermedad se produce aproximadamente un 50% de abortos,³⁹³ lo que probablemente jugara un papel importante en 1834 por las altas tasas de fecundidad, si bien el peso de la población femenina en edad fértil era relativamente reducido al haber nacido parte de ella durante la “generación hueca” de la guerra de la independencia.

Precisamente otro determinante biológico básico es la edad. Respecto al cólera, cuando ataca a una población no sensibilizada, como sucedió en Álava en 1834, todos los grupos de edad pueden potencialmente verse afectados por igual, mientras que en las zonas endémicas donde parte de la población tiene algún grado de sensibilización previa por epidemias anteriores y recientes -al sobrevivir a la infección creando cierta resistencia inmunológica temporal-, el cólera es sobre todo una infección pediátrica. Pero no sólo por ese condicionante los infantes tienen mayor riesgo, pues las especiales necesidades hídricas del niño -especialmente del lactante y párvulo- unido a su incontinencia fecal y comportamiento social e higiénico, aumentan también la susceptibilidad al cólera. En estos sentidos, en 1834 y en Álava, la pirámide de población³⁹⁴ mostraba claramente una población muy joven fruto del *baby boom* posterior a

tener unos dolores imposibles de soportar y se sintió morir. Se le administró dosis casi prohibidas de láudano, que no llegaban a hacerle efecto por que vomitaba. Los galenos acababan de enterarse de la existencia de unos polvos mágicos que preparaban en una farmacia de Madrid y que llevaban los médicos de otros generales liberales, para algunos dolores de tripas; se llamaba «el bicarbonato». Al principio Mina estaba reacio a tomar, después puso unos polvos en su mano, se los echó a la boca y los empujó con un poco de agua, luego se encontró mejor”.

³⁹³ Cfr. SAONA, P.; ASTUDILLO, J.; FIGUEROA, M.; MARADIEGUE, E. “Cólera en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú”, *Rev. Med. Hered.*, 1991; 2(3): 112-116.

³⁹⁴ Utilizo la realizada por Fernández de Pinedo a partir del censo de 1857. FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. *Crecimiento económico...*, pág. 104.

la guerra de la independencia (1808-1813), lo que ante la primera experiencia frente al cólera no debió constituir ninguna ventaja. Precisamente al respecto, señalaba en la primera parte del presente estudio que la mortalidad infantil atribuible al cólera registrada en Álava durante la epidemia de 1834 -reducida al estadillo vitoriano- no es creíble, tanto por su comparación con la registrada en las epidemias de 1855 y 1885 como, especialmente, por los resultados de revisiones demográficas de un área próxima como era Vizcaya.³⁹⁵

Este último estudio evidenciaba también otro elemento característico: cómo el momento del destete resultaba crítico en la supervivencia infantil.³⁹⁶ Los niños de pecho cuyas madres habrían sobrevivido al cólera podían obtener a través de la leche materna cierta inmunidad natural pasiva, pero quienes requerían de lactancia artificial³⁹⁷ o se hallaban en el momento del destete aumentaban el riesgo de contagio en relación al papel trasmisor del agua. En este grupo de edad el cólera suele ser mortal sin tratamiento rehidratador.

Al igual que en los niños, otro grupo de especial sensibilidad respecto a la mortalidad por cólera son los ancianos, ya que los grupos más susceptibles son siempre aquellos con equilibrios hídricos más frágiles, lo que, en relación al determinante biológico de la edad, señala en general precisamente a niños y ancianos. En relación a estos últimos, en 1834 este grupo estaba muy reducido debido fundamentalmente a dos elementos: el primero, porque la

³⁹⁵ ARBAIZA, M.; GUERRERO, A.; PAREJA, A. “Mundo rural y mundo urbano...”, págs. 19-55.

³⁹⁶ Idem. Si bien este trabajo no centraba la causalidad sólo en el cólera sino que generalizaba respecto a los diferentes trastornos gastroentéricos, especialmente veraniegos, la base etiopatogénica es la misma respecto al cólera.

³⁹⁷ Aunque en principio las leches artificiales más socorridas fueron las de origen animal (burra, cabra o vaca) que no suponía incrementar el riesgo de contagio, no era infrecuente que se aguaran o que se utilizaran diferentes fórmulas alimenticias (papillas, agua de arroz, etc.) que usaban agua en su constitución. Cfr. FERREIRO ARDIÓNS, M.; LEZAUN VALDUBIECO, J. “Iglesia y lactancia artificial en los siglos XVIII y XIX: de la animalidad al regeneracionismo moral”, *Actas del VI Congreso Internacional y XI Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*, Esplugues de Llobregat (Barcelona), 2010.

supervivencia por encima de los 65 años era excepcional;³⁹⁸ y segundo, por los efectos de la crisis del cambio de siglo, de los que la guerra de la convención y de la independencia son sus exponentes más conocidos, sobre la entonces población adulta. El estadillo de Vitoria confirma la devastadora acción del cólera sobre esta cohorte, pues constata que la mortalidad fue del 100% entre las personas de más de 60 años que contrajeron la enfermedad. Luego efectivamente la edad avanzada, aunque no necesariamente predispuso a contraer la enfermedad, sí constituyó un factor de pronóstico letal por su gran susceptibilidad.

Además de la vejez, el padecimiento de enfermedades crónicas constituye siempre un factor de riesgo de incremento de la mortalidad en caso de infección por el cólera. En 1834 la pérdida de salud se producía en una situación de desprotección social. Esto es, para la inmensa mayoría de la población alavesa estar enfermo significaba no labrar, no trabajar, no percibir salarios...;³⁹⁹ en definitiva, romper el frágil equilibrio de la supervivencia para pasar a engrosar las filas de la pobreza -cuando no del pauperismo- que inevitablemente agudizaba la enfermedad en un círculo vicioso que sólo podía acabar en una muerte prematura. Luego no puede entenderse la cronicidad en un sentido actual de larga estabilidad sintomatológica y supervivencia relativamente longeva, sino en el sentido de acelerada e irreversible pérdida de la autonomía y el abocamiento a una muerte temprana. No

³⁹⁸ “...la esperanza de vida al nacimiento (e_0) puede haber oscilado en la Europa meridional entre los 25 y los 28 años con anterioridad al siglo XIX, cuando más al norte de Europa solía ser de más de 30, y frecuentemente cercana a los 40 años.” “...en el Sur y en el Este nunca alcanzó los 30 hasta finales del siglo XVIII, en algún caso, o, por lo general, hasta bien entrado el siglo XIX.” Pérez Moreda, Vicente; Reher, David-Sven. “Mecanismos demográficos y oscilaciones a largo plazo de la población europea (1200-1850)”, *Revista de Historia Económica*, Año IV, n° 3, 1986, Págs 467-490. Citas en págs 476 y 479.

³⁹⁹ Elena Maza, denomina a esta población precisamente como “pobreza móvil” en contraposición de otra “estructural” compuesta por desempleados, marginados, incapacitados, viudas o huérfanas. MAZA ZORRILLA, E. *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Ariel, Barcelona, 1999. La importancia de esta pobreza móvil es enorme en las situaciones de crisis, pues su número y fragilidad era tal que abocaba a grandes masas de población a la pobreza estructural.

contamos con datos que puedan orientar a una cuantificación aproximada de la cronicidad en 1834, pero es seguro que, si se infectaron de cólera, morirían durante la epidemia como sucedió con los ancianos. Se trata de una anticipación de la mortalidad característica de todos los procesos epidémicos que tiende a corregirse tras la epidemia con una reducción de la mortalidad ordinaria. En Álava ya he evidenciado en la primera parte de este estudio cómo la mortalidad en 1835 no es acorde con la esperada por el incremento de la acción bélica, atribuyéndolo a esta peculiaridad del adelantamiento de la muerte de muchos ancianos y de enfermos durante la epidemia que, sin ella, se habrían producido durante 1835. De no ser por la interferencia de la guerra, la reducción de la mortalidad en 1835, respecto a la de los años normales previos a la epidemia, nos daría una aproximación del número de alaveses con susceptibilidades especiales hacia el cólera, muchos de ellos probablemente por padecer enfermedades concomitantes.

Finalmente, un elemento íntimamente relacionado con la enfermedad crónica es la desnutrición, considerada como determinante biológico en algunas enfermedades carenciales, alergias e intolerancias alimenticias, pero cuando está referido a poblaciones ha de vincularse necesariamente a la existencia o no de un hambre endémica o extraordinaria, lo que constituye un determinante medioambiental. Respecto al cólera, es mucho más importante esa apreciación poblacional que la individual, por lo que la desarrollo en el siguiente punto referido precisamente a los determinantes medioambientales.

V.2. Medioambiente.

Los determinantes dependientes de factores medioambientales son un amplio conjunto de factores que tienen como común denominador ser externos al individuo y que, en general, no pueden ser manipulables por éste en sentido individual, aunque de manera grupal, una comunidad o sociedad humana puede interaccionar tan decisivamente en ellos que los condicione, pasando el propio modelo social y su desarrollo tecnológico a convertirse por sí mismos en determinantes medioambientales de la salud de sus individuos. Inicialmente se orientaron a los aspectos físicos y químicos de la naturaleza -con claras similitudes a los conceptos propios de las constituciones neohipocráticas del XVIII- y del entorno laboral -tan presentes en la incipiente medicina social del XIX-, a los que se sumaban aspectos biológicos claramente herederos de la bacteriología reinante durante la primera mitad del XX. Con posterioridad, han ido cobrando valor aspectos relacionados con lo psicosocial y cultural al tomar conciencia del brusco desequilibrio producido en la segunda mitad del siglo XX en la relación de los grupos humanos con la naturaleza, provocando una rápida transformación de modelos sociales, laborales y económicos, que parecen haber roto mecanismos de compensación tradicionales exponiéndonos a formas nuevas de deteriorar la salud.

Respecto al cólera, el control de los factores medioambientales es fundamental ya que intervienen en los tres eslabones principales de la cadena epidemiológica (reservorio, mecanismos de transmisión y huésped susceptible). De hecho, la historia del cólera en las sociedades occidentales ha demostrado que la drástica disminución de nuevas epidemias a lo largo del siglo XX ha estado mucho más íntimamente relacionada con el control de estos determinantes que con el desarrollo de estructuras sanitarias modernas y de su arsenal terapéutico.

Por claridad expositiva y dada la amplitud de elementos que pueden englobarse bajo el paraguas de lo medioambiental, he subdividido el contenido de este punto en función precisamente de los tres eslabones epidemiológicos que he citado.

V.2.1. Reservorio.

El reservorio natural del *vibrio cholerae* es el hombre, si bien en la actualidad se sospecha de la posibilidad de otros reservorios en animales acuáticos como moluscos, cangrejos y ostras. Así mismo, se tiene constancia de supervivencias longevas del bacilo en aguas lacustres y salubres asociadas fundamentalmente al serotipo Inaba. Igualmente, el vibrión presenta supervivencias variables dependiendo de la tipología de los suelos, del zooplancton presente en las aguas, de la temperatura o del pH de las mismas. Estos últimos, aunque en general no se consideran como reservorios propiamente dichos, dentro del contexto de una epidemia pueden jugar un papel importante en el impacto de la misma como mecanismo de transmisión.⁴⁰⁰

En Álava la mayor parte de las aguas subterráneas, fuentes y manantiales son bicarbonatadas cálcicas (entre 50-100 mg/l), lo que les confiere una alcalinidad favorecedora al cólera en caso de contaminarse. Sin embargo, incluso en los veranos más calurosos, su temperatura es muy fría para la multiplicación del vibrión, que precisa más de 22° para sobrevivir. En superficie, los ríos alaveses con cierto caudal tampoco ofrecen buenas condiciones para su reproducción, aunque cuando las aguas afloran en humedales -abundantes en la provincia, o se estancan en charcas o lagunas alcanzan temperaturas más propicias al desarrollo del mismo y generan gran cantidad de fito y zooplancton, lo que convierte a estas zonas en potenciales nichos de

⁴⁰⁰ Ha de señalarse que tras la experiencia del cólera en 1834 ya se vinculó la incidencia de la epidemia con determinadas estructuras geológicas, siendo la más conocida la “teoría del suelo” de Pettenkofer (en la documentación castellana del XIX expresada generalmente como “telúrica”), por lo que durante la siguiente epidemia fue un elemento estudiado con suma atención. En España encontraría firmes defensores, como Nicasio Landa, que se apoyaría en conclusiones estadísticas dignas de mención. Cfr. VIÑES RUEDA, J.J. “El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 23, Nº 1, Enero-abril 2000. Menos entusiasta, también en Álava Roure admite “*Que sin dejar de admitir con mucha reserva la teoría de Boubée acerca de la influencia de los terrenos en la invasión y curso del cólera, debemos hacer notar, que en la provincia de Alava se ha visto confirmada en parte...*” (ROURE, G. *Memoria historico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático...*, págs. 33 y 34.).

diseminación. Al respecto, desde las primeras alertas en 1832 se procedió en Álava a frecuentes acciones de desecación de humedales y zonas pantanosas que siguieron en la epidemia de 1855 y con posterioridad.⁴⁰¹ Estas acciones, que podrían considerarse como válidas frente al cólera, se ejecutaron de manera aislada y sin conocer el papel desempeñado por el agua en la transmisión de la enfermedad, y por tanto estuvieron desencaminadas respecto al riesgo del uso de aquellas aguas para el consumo. Lo que pensaban es que los naturales procesos de fermentación que suceden en esos ecosistemas, perceptibles olfativamente, eran los generadores espontáneos de misteriosas sustancias, los miasmas, que producirían y difundirían aéreamente el cólera, y para nada que su riesgo radicaba en que sólo en el potencial caso de contaminarse reunían buenas condiciones para el mantenimiento y proliferación del bacilo colérico. La acción destructiva de aquellos ecosistemas únicos -hoy día recuperados algunos y considerados de alto valor ecológico-, fuera incluso de momentos epidémicos y por sospechas infundadas, apenas aportaron beneficios de protección frente al cólera. Y, a pesar de ser puestas en entredicho durante la epidemia de 1834, al no lograr explicar el desarrollo de la misma y proponerse otras explicaciones, siguieron desecándose humedales durante las siguientes epidemias.⁴⁰²

⁴⁰¹ Las primeras referencias a ello se dan ya en los comunicados iniciales de la diputación alavesa ante la amenaza de 1832 (A.T.H.A. DH. 217-7 y DH 218-3) y se continuaron durante la epidemia de 1834, por ejemplo en Laguardia (A.T.H.A. DH.218-8), siempre en relación a la creencia de que producían miasmas aéreos y no por la potencial contaminación de su agua (“*disecación de depósitos pantanosos ó aguas detenidas, y cuando se note que puede esparcir efluvios pútridos ó derramar sobre la atmósfera olor fétido y desagradable*”, A.T.H.A. DH. 218-7), lo que se mantendrá incluso tras los descubrimientos de Snow en 1849 sobre el papel transmisor del agua: por ejemplo, en la Real Orden de 18 de enero de 1849 la desecación de pantanos y humedales cobra condición obligatoria en su artículo 14; y en 1865 se manda desecar y sanear en Vitoria una zona pantanosa situada a la derecha del puente del Prado.

⁴⁰² No he logrado hallar posibles intereses ocultos en la desecación de las áreas pantanosas, por ejemplo para aprovechamiento agrícola. No obstante, sin poder desestimarlos, considero que se debiera hacer hincapié en los riesgos del androcentrismo cuando se aúnan convicción -científica en este caso- y capacidad técnica. En este sentido, encuentro cierto paralelismo con la aparente contradicción

Por otra parte, desconocemos qué biotipo y serotipo produjo la epidemia de cólera de 1834 en nuestro entorno en relación a un posible nicho ecológico del vibrión, lo que limita la posibilidad de poder considerar a estos humedales como potenciales reservorios.⁴⁰³ En definitiva, a la hora de abordar el papel desempeñado por el reservorio hemos de centrarnos en el principal, sino único, que es el ser humano.

Al respecto, de las actuales medidas para el control de este eslabón epidemiológico, algunas tan importantes como la vacunación o la erradicación antibiótica eran imposibles en 1834 por ser descubrimientos muy posteriores. Otras acciones potencialmente posibles en 1834 tampoco fueron factibles por diferentes motivos: así, una tan fundamental como es el diagnóstico precoz hubo de enfrentarse con el consabido desconocimiento práctico de los médicos para identificar los primeros casos previos al brote epidémico, por mucho que algunas de las descripciones de los textos fueran bastante precisas,⁴⁰⁴ a lo que habrían de sumarse las presiones a las que estuvieron sometidos los profesionales sanitarios por instancias políticas y económicas, reacias en general a una declaración de casos positivos. Tampoco ayudaba la extendida creencia de que el cólera estaba vinculado a la pobreza y a las malas costumbres, lo que

en Valentín de Foronda cuando, junto a sensatas y razonadas propuestas de higiene ambiental, describe con la misma convicción disparatados métodos para la erradicación de moscas o tábanos, tan propios precisamente de aquellos humedales. FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*.

⁴⁰³ Rodríguez Ocaña aventura, en relación a las cifras oficiales de la epidemia de cólera de 1834 en España la posibilidad de que en la península se diera el biotipo *El Tor* en lugar del *Clásico*, de lo que él mismo duda tanto por filiarse dicho biotipo en 1905 como por su propia revisión cuantitativa que evidencia la nula confianza en la contabilidad oficial. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. “Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2, 1992. Págs. 102 y 103.

⁴⁰⁴ Un ejemplo de una descripción sintomatológica muy certera sería la contenida en la memoria de los galenos vitorianos de 1832, lo que teniendo en cuenta el tamaño de Vitoria evidencia que esas informaciones sí debieron estar ampliamente difundidas entre los médicos, lo que apenas facilitó el diagnóstico en los primeros casos, antes de la evidencia de la epidemia.

fomentaba el ocultamiento voluntario de las sintomatologías iniciales ante el miedo de ser tratado como un apestado o ser denigrado socialmente.

Otras acciones encontraron también dificultades incluso siendo secularmente aceptadas como válidas y útiles en tiempo epidémico, caso del aislamiento mediante cordones sanitarios. Efectivamente, las medidas de aislamiento son muy eficaces, pero mediadas por un diagnóstico precoz y teniendo como finalidad impedir el eslabón de la transmisión mientras el portador (reservorio humano) excreta bacilos (habitualmente hasta cinco días, aunque puede llegar a los quince). En 1834 es evidente que las dificultades para el diagnóstico que he señalado ya condicionaban un fracaso de todo aislamiento del tipo cordones, pero además se dieron otros problemas importantes de los que la bibliografía suele destacar el de su permeabilidad y el de su doblegamiento ante las necesidades bélicas. Y aunque ello es cierto y en el caso alavés queda documentado,⁴⁰⁵ el principal error era de base, puesto que no impedía que el cólera se desarrollase libremente fuera de sus líneas, lo que generaba un aumento significativo de enfermos portadores que, o bien traspasaban los cordones en la fase prodrómica o, en cualquier caso, favorecían la contaminación de la vía de difusión más importante del cólera, el agua, a la que no prestaban atención los cordones sanitarios centrados en frenar a las personas y mercancías.

Luego, por muy férreos e impermeables que hubieran podido llegar a ser aquellos cordones, la epidemia se hubiera extendido igualmente.

Además de los cordones sanitarios se dieron también otros tipos de aislamiento más individualizados. En Vitoria, por ejemplo, pueden señalarse dos: por un lado el ejercido por la casa de observación y por

⁴⁰⁵ Por ejemplo lo señalado sobre la busca y captura del hijo del campanero de San Vicente de Vitoria (A.T.H.A. DH. 87). Y respecto a los ejércitos, que obviamente no sufrieron ninguna restricción en sus idas y venidas como cuerpo, también tuvieron un trato laxo como individuos mediante salvoconductos tanto para franquear los cordones como para evitar la cuarentena preceptiva que imponía Vitoria en la Casa de observación, acondicionada en la entrada a la ciudad por el Camino de Castilla, incluso con posterioridad a la supresión de los cordones. Cfr. A.M.V. 17/27/18.

otro el de la asistencia domiciliaria. La casa de observación, como ya he señalado, fue un lazareto que se estableció durante la alarma de 1832 en la dehesa del Prado, a la entrada de Vitoria por el Camino de Castilla, y que se retomó durante la epidemia de 1834 como complemento a los cordones sanitarios del Ebro. No queda un registro de su actividad diaria por lo que sólo podemos suponer su funcionamiento a partir de su ordenación inicial. En 1832 establecían diferencias en la cuarentena según la procedencia del viajero, pudiendo evitarla si venía de zonas sin riesgo tras ser examinado por un facultativo de la Junta, mientras que en 1834 en principio todos los viajeros debían sufrir una retención de entre seis y diez días independientemente de su procedencia o estado de salud.⁴⁰⁶ Es muy dudoso que fuera tan estricto, especialmente a partir de agosto, cuando se notifica en repetidas ocasiones que se hallaba completo y que se retuviera a los viajeros en Miranda. Pero, en cualquier caso, su efectividad profiláctica debió ser muy reducida por las mismas razones que los cordones: incumplimiento de la norma por los viajeros y exclusión de los militares, a lo que se uniría un aislamiento muy ajustado temporalmente⁴⁰⁷ y porque estaba destinada a examinar a las gentes de allende el Ebro, mientras que la vía desde Navarra, a la que habían llegado las tropas de Rodil a mediados de julio, carecía de esas medidas de control.

La otra forma de aislamiento tenía un carácter informal y fue más parcial e indirecta. Venía derivada de la propia organización sanitaria que establecía una asistencia domiciliaria del enfermo, lo que

⁴⁰⁶ La base del funcionamiento de las casas de observación era la contenida en la “Instrucción que ha de observarse en los Cordones Sanitarios...” de la R.O. de 19 de junio de 1834, publicada en la *Gaceta de Madrid* el día 20 (nº 123, pág. 537 y ss).

⁴⁰⁷ La fase prodrómica, entre la infección y la aparición de sintomatología, suele durar por lo general menos de cinco días (mediana entre dos y tres), pero puede llegar hasta quince e incluso quedar como portador asintomático durante meses. Muchos casos presentan sintomatología leve difícil de distinguir de procesos gastroentéricos banales, típicos del verano. Además, una vez superada la fase clínica, el enfermo aún excreta vibrios contaminantes durante varios días. Por tanto, retenciones entre seis y diez días es un margen de tiempo muy ajustado para evitar falsos negativos.

permitió minimizar la exposición directa sólo al entorno familiar del enfermo en lugar de a las grandes salas comunes de los hospitales, destinadas prácticamente en exclusiva a la beneficencia, si bien pudo convertir al personal sanitario en vector para una transmisión cruzada.

Concluyendo, en Álava y en 1834 las medidas contra el reservorio del cólera pueden reducirse a los mecanismos de aislamiento tradicionales que, desconociéndose todavía la etiopatología del cólera, resultaron del todo ineficaces.

V.2.2. Mecanismos de transmisión.

Aunque existen otras posibilidades de transmisión del cólera, las dos vías más importantes son la directa fecal-oral y la indirecta a través del agua, si bien la progresión de los contagios en el primer caso tiende a ser aritmética mientras que en el segundo caso suele ser logarítmica.

La transmisión de persona a persona por vía fecal-oral es habitual en el cólera, si bien este mecanismo no suele ser el responsable de los brotes epidémicos ya que la progresión de los contagios acostumbra a ser lenta tanto por el periodo de incubación como, ya declarada la enfermedad, por la reducida exposición de terceras personas que, en general, rehuyen el contacto con los enfermos limitándose el número de cuidadores expuestos.⁴⁰⁸

⁴⁰⁸ Esta relación entre enfermos y cuidadores es objeto de análisis en el próximo capítulo, si bien a partir de la documentación de la epidemia de 1855. Señalar también que esta transmisión directa requiere de una vía de contacto entre la puerta de salida (fecal -potencialmente también el vómito-) y la puerta de entrada (oral) que habitualmente son las manos (directamente o manipulando alimentos por ejemplo), lo que se rompe con facilidad con mínimas precauciones de lavado de manos. Medida que, aunque no apreciada en su valor en 1834 ó 1855, de practicarse reduciría enormemente la posibilidad de contagio a pesar de estrechos contactos con el enfermo, de ahí que ante el desconocimiento de ese vector, Roure expresara perplejo numerosos ejemplos detallados de casos en los que parece confirmada la existencia de contagio persona a persona, frente a otros en que, existiendo todas las posibilidades dada la proximidad de sano y enfermo, no se produjera el mismo, (op. cit., pág. 37 y ss.)

En la epidemia de 1834 en España esta transmisión fecal-oral tuvo una gran importancia, ya que se supone que fue así como el cólera viajó desde el sur al norte peninsular a lomos de las tropas de Rodil. Para Álava he defendido que los primeros casos se debieron producir de esta manera, mediante casos importados que llegaron a Vitoria tras tener contacto con aquel ejército, produciendo un lento y poco llamativo ascenso de la mortalidad en julio en la capital antes de que llegara la epidemia de base hídrica, probablemente por una mezcla de desarrollo interno -al contaminar los propios abastecimientos de agua aquellos primeros casos- y de la progresión epidémica peninsular. La demora entre los casos importados y un brote epidémico asociado a ellos debió de contar con algún elemento explicativo, como un debut fulminante de la enfermedad o que sus deposiciones tardaran en filtrarse a las aguas de consumo, por ejemplo por ausencia de lluvias -descartando evidentemente que se gestionaran correctamente-. Siendo este último elemento de gran importancia, ya que está demostrado que los procesos tormentosos -luego incidiré en ello- suelen seguirse bien de la aparición de la epidemia bien de un rebrote de la misma asociado al mayor riesgo de puesta en común de restos fecales con aguas de consumo. También pudo demorar el brote lo referido al parcial efecto aislador de la asistencia sanitaria domiciliaria, lo que no debe ser entendido sólo en un sentido protector, pues el modelo de asistencia sanitaria favoreció también algo tan pernicioso para la puesta en marcha de medidas frente al cólera como fue el ocultamiento de casos.

En última instancia, la ocultación de enfermos de cólera es debido a determinantes medioambientales de carácter económico. Desde una visión macroscópica el ocultamiento ha venido refiriéndose en la bibliografía como el silencio de las autoridades locales e incluso provinciales,⁴⁰⁹ ante la evidencia de enfermos en sus poblaciones, motivado en general por las repercusiones negativas que tenía el ser declarado “zona epidémica”, como el bloqueo comercial que

⁴⁰⁹ Hoy en día, tal como exponía en el primer capítulo y tal como denuncia la O.M.S., no son entidades locales sino los propios países los que no declaran casos para evitar repercusiones económicas como el descenso de turistas.

desabastecía la zona e impedía la exportación de sus productos. A nivel micro hace referencia al ocultamiento por parte de individuos concretos, siendo la causa más extendida la del miedo a ser denigrado socialmente pues desde las primeras alertas se asoció indeleblemente el cólera con la pobreza. En nuestro entorno esta asociación llegó alimentada por textos fundamentalmente franceses precediendo en mucho a la llegada de la epidemia⁴¹⁰ y miméticamente, en la documentación alavesa de 1832, ya es visible en los discursos institucionales esta vinculación⁴¹¹ persistiendo a lo largo de las siguientes epidemias. En propiedad, la estadística sólo relacionaba malas condiciones de vida física con cólera, pero en la lucha de los ilustrados para vincular al pobre -improductivo- a conductas asociales e inmorales para desposeerlo del halo de santidad con que la Iglesia lo había investido durante la Edad Media, el cólera otorgaba una magnífica excusa científica para corroborarlo;⁴¹² siguiendo a Corbin, *“Médicos y sociólogos acaban de descubrir que existe una especie de población que favorece la epidemia, la que se pudre en su fango fétido”*.⁴¹³ La proposición, que epidemiológicamente es sostenible, es

⁴¹⁰ La publicación de los resultados de los estudios de la epidemia francesa de 1832 señalaban como causas predisponentes del cólera, entre otras, a la miseria y las privaciones. Cfr. “Informe de la comisión nombrada por el Prefecto del Sena sobre la epidemia de cólera, de París, en el año 1832” (Sigo la transcripción contenida en ZUBIRI VIDAL, F.; ZUBIRI DE SALINAS, R. *Las epidemias de peste y cólera morboasiático en Aragón: Zaragoza, 1652 y 1885; Caspe, 1834; Alcañiz y Jaca, 1885*, Temas aragoneses nº 32, Institución “Fernando el católico”, Diputación Provincial, Zaragoza, 1980. Págs. 37 y ss.).

⁴¹¹ A.T.H.A. DH 218-3: *“Este mal funesto se ceba mas tenaz y frecuentemente en las personas que por abandono ó necesidad viven en la miseria é inmundicia,...”*. A.T.H.A. DH.218-5: *“...en las casas donde acometen, no estando provistos de los auxilios necesarios de limpieza, asistencia &c, se propagan en la mayor parte de las familias privando de la vida á muchos que con un cuidado y regimen regular, se libertarian indudablemente”*.

⁴¹² *“En resumen, las únicas causas predisponentes cuya influencia podemos reconocer, se reducen a la mucha edad, a las malas habitaciones, a las privaciones de toda especie, y acaso al estado moral que es consiguiente”*. “Informe de la comisión [...] de París, en el año 1832”, op. cit., pág. 41.

⁴¹³ CORBIN, A. *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 1987. Pág. 159.

sin embargo falsa en los términos causales que se le atribuyó. La pobreza ni causa ni causó el cólera pero, en general, tiene más dificultades para huir de la epidemia, peores infraestructuras de abastecimiento de agua y gestión de excretas, menos recursos sanitarios -médico/farmacológico pero sobre todo de cuidados externos (la asistencia es familiar, favoreciendo el contagio en el hogar)-, puede que menor información, voluntad o capacidades para evitar factores de riesgo, y también menor competencia inmunológica para eludir el desarrollo de la enfermedad o para afrontar exitosamente la convalecencia; luego es normal que mueran en términos absolutos y relativos más pobres que ricos. ¿Sucedió esto en Álava o Vitoria? Para Álava no puede aseverarse; para Vitoria, en 1855, hay seguridad de que sí tanto por la memoria de Roure como por la revisión de Ruiz de Azúa, pero no es tan seguro para 1834. Al respecto, habrá de decirse que la única fuente de información existente de la condición profesional de los afectados es el estadillo municipal ya estudiado, en el que ya advertía la ausencia tanto de pobres de solemnidad como de rentistas, aristócratas, etc., en probable relación a que ambos extremos no supusieron desembolso extra al municipio.⁴¹⁴ Luego el estadillo no nos sirve para nuestro propósito.

Hay, sin embargo, otros elementos a tener en cuenta que hablan de riesgos comunes a todo el conjunto de la población vitoriana. En primer lugar, y a diferencia de las manifestaciones de otros lugares de España donde es común encontrar testimonios de huidos entre los más adinerados ante la sospecha de cólera, en Vitoria no aparecen.⁴¹⁵ En

⁴¹⁴ Los pobres tenían derecho a asistencia gratuita y los adinerados no tuvieron problema para pagarla, mientras que las capas de asalariados o artesanos tuvieron que recurrir al socorro del ayuntamiento para afrontar la asistencia.

⁴¹⁵ Ello puede explicarse por la situación bélica: quien pudo o quiso huir lo habría hecho al estallar la guerra o al recuperar el control de la ciudad los liberales a finales de 1833, mucho antes del cólera. Luego fue muy difícil, haberse quedado en la ciudad implicaba en la dicotomía bélica ser liberal y para salir de ella había que atravesar un amplio territorio controlado más o menos por el carlismo. Además, una vez que Vitoria sintió la amenaza directa del cólera, los únicos lugares aún libres de ella estaban al norte, con mayor inseguridad bélica que Vitoria, mientras que los lugares libres de guerra estaban invadidos por el cólera.

segundo lugar, a diferencia de las epidemias de 1855 y siguientes, en 1834 Vitoria es aún esencialmente la urbe intramuros. Como señalaré un poco más adelante, un único espacio para todas las capas sociales con pocas diferencias en los sistemas de abastecimiento de agua y, la mayor parte, con idéntico sistema de drenado y aprovechamiento de las excretas. Por tanto el factor de riesgo más importante en el cólera, la vinculación de agua y deposiciones humanas, fue común para el noble y para el pordiosero poniendo a ambos en cierta igualdad de condiciones para infectarse por el cólera. Otra cosa es si el resultado fue de muerte o curación, donde la susceptibilidad inmunológica del pobre juega en su contra; pero, insisto, probablemente en la Vitoria de 1834 los casos de infección por cólera no respetaron diferencias sociales.

A diferencia del ocultamiento de casos voluntario que daba pie a la disertación anterior sobre el papel de la pobreza, ampliamente comentado en muchos trabajos sobre el cólera, no he encontrado alusiones bibliográficas al papel que pudo jugar la asistencia sanitaria, elemento que igualmente debió participar en el retraso de la declaración epidémica en relación al coste que tenía el requerir los servicios de los profesionales sanitarios. La asistencia sólo era gratuita para los censados como pobres de solemnidad por lo que, para cuando se llamaba a un médico la mayoría de las familias habían ensayado ya con remedios caseros, retrasando el oneroso recurso al galeno -bien es cierto que muchas veces igual de ineficaz- hasta que la sintomatología era muy florida y grave. Consecuentemente los casos leves (en estadísticas actuales hasta un 80% de los infectados) pasaban desapercibidos a las autoridades sanitarias al no ser llamadas para su asistencia y, sin embargo, multiplicaban el riesgo de contagio con sus detritus.

Esta última cuestión, el de la asistencia sanitaria, debió tener realmente una gran importancia en el desconocimiento oficial del curso de la epidemia, pues en las disposiciones que se elaborarán en

1849, ante la amenaza de una nueva epidemia,⁴¹⁶ se insistirá por un lado en la obligatoriedad de declarar la epidemia (artículo 26) y por otro en la de dotar a las poblaciones de unas infraestructuras que aseguren cierta universalidad a la asistencia sanitaria de todos los afectados (art. 37 a 67).

En cualquier caso, aunque estos mecanismos pudieran explicar el retraso en la proclamación de zona invadida, lo cierto es que las cifras totales de mortalidad en Vitoria y Álava aumentan progresiva pero lentamente durante el mes de julio y agosto de 1834, lejos todavía de la eclosión epidémica que se iniciará a finales de ese mes, lo que indica un predominio de la transmisión directa humano a humano hasta entonces, mientras que a partir de ahí los picos de mortalidad se irán extendiendo hasta el cenit de octubre, en clara relación a brotes epidémicos que epidemiológicamente se relacionan con la transmisión hídrica.

Efectivamente, el riesgo epidémico se dispara cuando la transmisión ocurre mediante un vector con efecto multiplicador como es el agua, pudiendo producirse contagios masivos que los hacen progresar de forma exponencial, apareciendo entonces el brote epidémico propiamente dicho. Resumidamente, si las excretas de un enfermo de cólera llegan a un punto de abastecimiento de agua que reúna un mínimo de condiciones favorecedoras al bacilo, éste podrá sobrevivir y diseminarse por espacios superiores a los diez días. Bastará beberla, comer alimentos que vivan en ella -o que hayan sido lavados o regados con la misma- crudos o poco hechos, incluso comer en recipientes con restos de esa agua, para infectarse. Otra cosa será llegar a desarrollar la enfermedad, que dependerá entre otros de la particular susceptibilidad de cada individuo, pero debe de quedar claro que es precisamente esta afinidad hídrica del vibrión del cólera la que condiciona su capacidad para desarrollarse como epidemia en virtud, o

⁴¹⁶ Real Decreto de 18 de enero de 1849, publicado en marzo bajo el título “*Instrucciones que deberán observar los gobernadores y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera morbo-asiático*” (A.M.V. Epidemias. 35/1/23).

defecto, de que un solo pozo o fuente puede abastecer a toda una población.

Con esta evidencia, no es de extrañar que las medidas más eficaces frente al cólera pasen en la actualidad por el control del agua como mecanismo de transmisión. Recalco, muy por encima de las medidas terapéuticas. La escrupulosa separación de aguas destinadas al consumo y aguas de desecho es la más básica de las medidas de profilaxis, si bien la colección final de las aguas negras a los ríos hacen imprescindibles sistemas de depuración para preservar del riesgo a otras poblaciones, considerándose como uno de los pasos de gigante en la lucha histórica contra la enfermedad la cloración de las aguas para consumo y uso doméstico. Por supuesto, también ha de minorizarse la transmisión directa, cuya medida de control más eficiente, la correcta higiene de manos tras la defecación, pertenece a los determinantes de “estilos de vida”; no obstante, dentro de los “medioambientales” que nos ocupan, habría de señalarse la existencia o no de infraestructuras adecuadas para ese fin.

En 1834, en España como en Europa, la transmisión de humano a humano, el contagio, tenía firmes defensores, de lo que se derivó un inicial apoyo a los cordones sanitarios, pero el fracaso de los mismos hizo que paulatinamente crecieran los apoyos a las tesis infectivas, que defendían una propagación del cólera mediante miasmas deletéreos.⁴¹⁷ En cualquier caso, la transmisión hídrica fue desconocida hasta los estudios de John Snow durante la epidemia de 1849 en Londres, siendo desacreditado entonces por las voces más prestigiadas de Europa con Max Pettenkofer a la cabeza. Por tanto, en 1834 no hubo mayor preocupación por el agua que la del secular

⁴¹⁷ Dos conversos de renombre serían los ya citados Mateo Seoane y Manuel Codorníu. Lógicamente también surgieron posiciones eclécticas y, con el tiempo, precursores de terceras vías. Aunque de 1855, un ejemplo en Álava podría ser Gerónimo Roure quien, aún no llegando a postular ninguna alternativa, deja patente su desconcierto ante las explicaciones tanto de contagionistas como de infectivistas: “*nos abstendremos en cuestion tan ardua y debatida de consignar una opinion terminante que nuevos hechos pudieran invalidar dentro de poco. [...] tal vez se llegue con el tiempo á la resolucion de un problema en que todavía consideramos equilibradas las opiniones.*” Op. cit., pág. 41.

entendimiento de que la proveniente de una fuente era más sana que la de una cloaca, lo que había movido a los primeros higienistas del XVIII a abogar por reformas urbanísticas que incluyeran abastecimientos de agua más acordes tanto al conocimiento de la naciente química⁴¹⁸ como al potencial constructivo del momento. En cualquier caso, la preocupación por el agua en aquellos neohipocráticos se hallaba supeditada a sus dos grandes obsesiones, el aire y la luz, asumiendo que el riesgo del agua estaba en relación a su putrefacción -y no a su consumo-, emanando al aire miasmas que lo corrompían,⁴¹⁹ y puesto que aquella provenía esencialmente de su estancamiento la medida básica de profilaxis consistió en tratar de asegurar un movimiento continuo.⁴²⁰ Consideraban por tanto que el agua sólo ofrecía un peligro real en cuanto que podía “infectar” al aire, y no en relación a su consumo directo, independientemente de sus condiciones organolépticas, lo que era extensible a otros alimentos pues, según Foronda, “*no hay que confundir las carnes y pescados podridos, ó un poco pasados, con los malsanos [...que...] no perjudicando á la salud, sino al paladar, pueden dexarse á los pobres para que llenen su estómago por poco dinero*”.⁴²¹

Como era de esperar, los activos ilustrados alaveses de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País hicieron de altavoz de

⁴¹⁸ “*Quando se trate de exáminar la calidad de este líquido [por el agua], los pueblos deberán dirigirse á los Químicos, como que son los jueces verdaderos de esta materia*”. FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*, pág. 22.

⁴¹⁹ “*La pureza del aire es el principal objeto que se proponen las medidas de Policía sanitaria*”, acuerdo de la Junta Superior de Sanidad del M. N. y M. L. Señorío de Vizcaya del 30 de marzo de 1832 ante la amenaza del cólera. A.T.H.A. DH 218-3, fol. 2 recto, sin paginar.

⁴²⁰ Corbin propone para ese momento histórico una visión organicista del agua en relación a los descubrimientos de Harvey sobre la circulación sanguínea: la lucha contra la insalubridad del agua provendría del movimiento continuo de la misma, “*Limpian no es tanto lavar, sino ‘drenar’; lo esencial es asegurar el desalojo, la evacuación de las inmundicias*”. CORBIN, A. *El perfume o el miasma...*, pág. 107.

Un ejemplo expreso durante la epidemia de cólera de 1834 en Álava sería el bando a los pueblos de su jurisdicción del ayuntamiento de Vitoria: “*Los regidores cuidaran de dar curso a todas las aguas estancadas...*”, A.M.V. 17/27/18.

⁴²¹ FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*, págs. 26 y 27.

aquellos nuevos planteamientos urbanísticos relacionados con la higiene pública y, lo que es más importante, al menos en Vitoria comenzaron a llevarse a cabo. Al respecto resulta ineludible acudir a quien más extensamente trata de estos asuntos, el vitoriano Valentín de Foronda,⁴²² que en su recopilación de *Cartas sobre la policía* recoge todas y cada una de las recomendaciones que sobre materia de higiene pública y urbanismo se planteaba en Europa por los enciclopedistas. En sus cartas, “*La bondad del ayre*” como preocupación principal deja espacio también al agua con la misma recomendación señalada por Corbin de “*que estan agitadas con un movimiento continuo, y en las que no se pudre una gran cantidad de materias vegetales y animales*”.⁴²³

Quizá lo más interesante que quisiera destacar es la relación de Foronda con su ciudad en el último cuarto del XVIII, ya que va a producirse un claro paralelismo entre los contenidos de sus escritos y el inicio de una serie de reformas urbanísticas en Vitoria, lo que sugiere, cuando menos, algún grado de sinergia entre ambos, ya que no contamos con documentación para demostrar fehacientemente un proceso de causa-efecto entre lo escrito por Foronda y su constatación práctica en la ciudad de Vitoria.⁴²⁴ La importancia de estas reformas

⁴²² Foronda (1751-1821) es conocido sobre todo por su pensamiento económico y su actividad diplomática ejercida ya en el siglo XIX; sin embargo, sus años previos vividos fundamentalmente en Vitoria y Vergara están salpicados de numerosos escritos relacionados con los conceptos que he englobado bajo el higienismo.

⁴²³ Carta II, “Sobre la salud pública”. Págs. 11 y 21. Sigo la edición de 1801 (Madrid, imprenta de Cano) conservada en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria y disponible digitalizada en Internet en la Web de la propia Fundación.

⁴²⁴ Por supuesto que Foronda no aporta en esta materia nada nuevo; como en la mayor parte de sus obras de este periodo es un mero condensador y divulgador del conocimiento que le llega sobre todo desde Francia. Por tanto, las reformas urbanísticas de Vitoria deben adscribirse a un movimiento general ligado a la Ilustración que, en nuestro entorno, se filtra a través de la Bascongada de Amigos del País. Es más, algunas reformas, como el cementerio extramuros de Santa Isabel, se hacen durante la invasión francesa y se tiende a señalar esa influencia como determinante. Pero lo que digo es que Foronda, vitoriano activista social y político, hablaba de todo ello, cementerio incluido por ejemplo (pág. 15 de *Cartas sobre La Policía*) unos pocos años antes, por lo que en virtud de preceder al efecto de las reformas debemos pensar en él como parte de las causas que las estimularon. He

es tal que Ladislao de Velasco las toma como referencia para señalar un cambio de Era en la historia de la ciudad. Éste fija como fecha del cambio la de 1780,⁴²⁵ precisamente en relación al agua que nos ocupa, ya que ese año se concluían la traída de aguas de Berrosteguieta y el arreglo de las fuentes de la ciudad, obras fundamentales que mejoraron la cantidad y calidad del agua que llegaba a Vitoria. No obstante, lo hacía a puntos muy concretos de la ciudad, lo que seguía obligando a sus moradores a acarrearla desde las fuentes a sus hogares, por lo que persistió el secular recurso a los pozos (más de 500 documentados en la colina medieval) y riachuelos que envolvían la ciudad. A estas obras siguieron otras importantes reformas que quedaron truncadas por las guerras de la Convención y de la Independencia, no pudiendo retomarse aquel primer impulso hasta 1820,⁴²⁶ y efímeramente, pues la larga inestabilidad del periodo entre

hallado un elemento significativo al respecto en relación a su escrito sobre la construcción de hospitales de 1787 (“Memorias leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de Hospitales, y traducidas al castellano por Don Valentín de Foronda”), porque en 1800 la Junta de Obras que prepara el proyecto del nuevo Hospital Santiago de Vitoria lo utiliza como paradigma de lo que desean sea el nuevo Hospital -lo cual tiene un especial interés si observamos que entre los miembros de dicha Junta figura el arquitecto Justo Antonio de Olaguibel, artífice aquellos años de la superación de la barrera orográfica de la ciudad vieja y su expansión hacia el sur-, aunque finalmente el proyecto apenas recoge características de aquél. No obstante, es sorprendente que en el ejemplar conservado en la Fundación Sancho el Sabio (edición “Madrid: en la imprenta de Manuel Gonzalez MDCCXCIII”) se encuentre una nota de subasta del mismo donde se señala que el plano del hospital adjunto al texto (plegado en la última hoja) “*sirvio* (sic) *como modelo-base para la construcción del antiguo hospital de Bilbao*”.

⁴²⁵ VELASCO Y FERNÁNDEZ DE LA CUESTA, L. *Memorias del Vitoria de Antaño*. La coincidencia de este periodo que abrimos con el protagonismo de las dos ramas familiares del autor, los Velasco y Fernández de la Cuesta, obligan a una lectura reservada de los logros alcanzados por la ciudad, ya que su exaltación oculta a costa de qué y quiénes se lograron.

⁴²⁶ Siguiendo el esquema de Ladislao de Velasco, puede señalarse un periodo discontinuo, roto por la guerra de convención y la de independencia, entre 1780 y el inicio del Trienio Liberal en 1820, caracterizado por el inicio de la expansión de la ciudad hacia el sur y numerosas obras de carácter higiénico en las que se traduce el conocimiento enciclopedista y con él, el del higienismo. El fundamental problema del agua potable daría inicio a este extraordinario esfuerzo, con la traída de aguas de Berrosteguieta y el arreglo de las fuentes de la ciudad entre 1779 y 1780, seguidas

el Trienio Liberal y el fin de la primera guerra carlista postergaría el proyecto más ambicioso, la superación real de las murallas -proyectada e iniciada desde finales del XVIII- hasta la segunda mitad del XIX, en lo que será una nueva ciudad de amplios espacios abiertos y luminosos en contraposición a la vieja ciudad, encaramada a su espalda, en la colina, con sus lúgubres y estrechas calles que médicos y cronistas no dejarán de escrutar y comparar en cada una de las epidemias siguientes.

Pero eso todavía habrá de llegar. En 1834, salvando los pequeños arrabales extramuros -en comparación con la situación de saturación en la siguiente epidemia de cólera de 1855- y el nexo hacia lo que será la nueva ciudad, representada por los Arquillos y la Plaza Nueva, puede hablarse todavía de un núcleo único en el que el espacio público era compartido por nobles, burgueses, artesanos, labradores y pobres de solemnidad,⁴²⁷ lo que en esencia significaba afrontar

por la planificación y ejecución de la plaza Nueva -finalizada en 1791-, junto al proyecto de 1787 para unir la vieja colina medieval con la explanada al sur. La enorme conmoción que supuso la Revolución Francesa primero, y la invasión de la guerra de convención después, frenaron las reformas que tuvieron que aplazarse hasta el final de siglo en que se replanteó los Arquillos junto a la edificación de un nuevo Hospital, una alhóndiga y varias casas. Finalizado el Hospital Santiago en su nueva ubicación no pudo inaugurarse, ya que hubo de transformarse en cuartel para acoger a las tropas invasoras, en un nuevo lapso a la iniciativa urbanística que no se retomaría hasta su expulsión en 1813 y la recuperación económica posterior. No será hasta el 1820 cuando se materialicen las reformas más típicamente higienistas: derrumbamiento de parte de la muralla, construcción de la calle de Santa Clara (Prado) y jardines del Espolón (Florida), embocinamiento parcial del río Zapardiel, incorporación del manantial de Arechavaleta a la traída de Berrosteguieta, reforma de la fuente del Mineral, y de la dehesa del Prado, empedrado de varias calles, supresión y reforma de los vuelos de las casas en el casco viejo -sobre los que expresamente Foronda había insistido-, inauguración del Hospital de Santiago, derrumbamiento del antiguo y construcción en su solar de la Alhóndiga y el Teatro -para Foronda verdadero icono burgués ilustrado-. *“Los bayles campestres son muy á propósito para divertir á los artesanos que no tienen facultades para disfrutar de los teatros”*, además incluye numerosas recomendaciones para su construcción y orden, llamando la atención sobre sus exhaustivas normas de seguridad, en un verdadero anticipo de lo que hoy consideraríamos ‘prevención de riesgos’.

⁴²⁷ Aunque el inicio del proceso de saturación urbana, y especialmente el incontrolado crecimiento de los suburbios, se relaciona con el final de la guerra civil

similares riesgos respecto al cólera porque la interconexión entre aguas de consumo y deposiciones humanas era fácil que se generalizara en toda la colina. Apenas el posible aislamiento de algunos pozos, lo que pudiera explicar las diferencias entre la colina este y la oeste, o la mayor capacidad para acceder a las fuentes de la plaza vieja⁴²⁸ representarían alguna ventaja.

La disposición de las casas en ambas laderas de la vieja ciudad respondía al esquema de una fachada principal orientada hacia las calles, que discurrían longitudinalmente por las lomas formando terrazas, y una fachada trasera enfrentada a las posteriores de la calle siguiente, apenas separada de éstas por un estrechísimo callejón por el que debía discurrir un arcaduz de losas de piedra -“caños” en la expresión local- al que se vertían todo tipo de desechos para ser evacuados, por la lluvia o descargando cisternas de agua por ellos, hacia los callejones que se desplomaban colina abajo, transversalmente a las calles, hacia los ríos y canales que circundaban

y la recolocación de las masas de soldados con antelación al tímido despegue industrial de Vitoria y el revulsivo del ferrocarril (en 1867 Roure, recién llegado de la exposición universal de París, describe cómo localiza en la ciudad vieja “15 ó 20 casas inhabitables que alojan entre 500 ó 600 personas”), no debe pasar desapercibido que la situación bélica y epidémica pudo crear ya en 1834 cierto grado de saturación en Vitoria, por lo menos eso dejaba entrever el Ayuntamiento en su encendida defensa de los cordones sanitarios: “...en los males que también podría producir el hacinamiento de nuevas gentes en una población, donde hay tantas otras familias refugiadas, tanta tropa y un vecindario tan numeroso” (A.T.H.A. DH. 87-7), sin embargo, de los 114 casos de cólera recogidos en el estadillo vitoriano sólo se identifican 5 forasteros y un militar (un 5,26% del total), lo que parece minimizar, con todas las reservas hechas al estadillo, la idea de Vitoria como receptora de grandes masas de huidos por unas u otras razones.

⁴²⁸ La nueva acometida de aguas de 1780 discurría por tuberías de barro, lo que daría una potencial protección mientras sus manantiales de origen se mantuvieran libres de contaminación por cólera y, según el estudio preliminar, Berrosteguieta quedó libre de cólera según los criterios estadísticos propuestos. De la nueva fuente construida en la plaza vieja -que sustituyó a dos previas allí situadas- partían ramales que abastecían a los conventos de Santo Domingo y Santa Clara, con alguna fuente secundaria al paso de aquellas canalizaciones que databan del siglo XVI. Cfr. MARTÍN MIGUEL, M.A. “Evolución y desarrollo urbanístico de Vitoria (Siglos XVI-XX). El entorno material de la vida cotidiana”, en Imizcoz Beunza, J.M^a. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*. Págs. 79 y ss.

el cerro vitoriano, depositando en ellos toda la colección de residuos urbanos.⁴²⁹ Aunque se ha popularizado la idea de que en las ciudades se arrojaban a la calle desde las ventanas las excreciones al grito de “agua va”, en un sentido intemporal que llegaría hasta antesdeayer, habrá de matizarse en primer lugar que en el caso de la Vitoria intramuros se arrojarían preferentemente a los caños, no a las calles,⁴³⁰ y en segundo lugar que la inspección realizada en 1832, ante la amenaza de cólera, deja entrever que los hogares de la colina disponían en general de algún común conectado a dichos caños, siendo la denuncia de su ausencia o de mala canalización relativamente baja,⁴³¹ por lo que ha de suponerse que buena parte de

⁴²⁹ Literalmente, los ríos constituían la gran cloaca final de la totalidad de desechos de la urbe. A.M.V. AA.MM. del 18 de Julio 1721: “...*dixeron se hallaba la bobeda y encañado de las Carnicerias por donde debe pasar la sangre de los Bueies y Carneros que en ella se matan asta introducirse con el rio Zapardiel por el portal de Alcabe tan ciego que era imposible de que resultaba muchisimo hetor en dichas carnicerias, yque la carne participasse deel de forma que no solo se seguía al provehedor mucho daño, sino es tambien a los Vecinos porque la querian llebar para su Consumo,y siendo precisso evitar este inconveniente havian dispuesto hacer algunas aberturas para reconocer el daño y dar proveidia a su remedio...*”

⁴³⁰ Aunque no debía ser muy infrecuente cuando el Bando que Vitoria promulgó el 3 de agosto de 1834 para hacer frente al cólera incluía expresamente las prohibiciones de “*arrojar aguas sucias á la Calle*” o de “*orinar y ensuciarse en las calles, plazas, cantones y otros...*”. A.M.V. 17/27/18.

⁴³¹ El 12 de abril de 1832 se forma una Junta de Sanidad en Vitoria a la que se encomienda realizar una inspección de la ciudad. Dividiendo la ciudad en distritos y asignando a cada miembro de la Junta uno de ellos, se levanta acta de sus inspecciones. Aunque el grado de minuciosidad transmitido por unos y otros en sus informes resulta muy dispar, aparentemente los defectos no son generalizados (en la calle Zapatería, cuyo inspector señala los números de las casas, advierte riesgos percibidos como tales en 17 de los al menos 148 números que menciona, un 11,48%; en la calle nueva se apercibe a 11 vecinos de 8 casas y en la de La Cruz a 4 casas incluida el hospicio; no apareciendo igual de descritos otros informes). De las quejas, las referidas a “*sin comun*” o “*comunnes arruinados*” son muy escasas, siendo la más general la de “*patios puercos*” o “*patios inmundos*” como generalización difícil de precisar, aunque en algún caso se acompaña de alusiones a la canalización: “*dos patios inmundos con despiciente a la Calle*”, siendo grave el el de hospicio, en cuanto uso más intensivo, al que se refiere como “*El comun abierto á las cercas y asqueroso*”. En la misma línea cabe citar un buen puñado de expresiones del tipo “*comun en mitad de un cuarto con direccion al corral sin*

las excretas del hogar se eliminarían por aquellos conductos y no defenestrándolas.⁴³²

Fuera de ese entorno de la ciudad antigua la situación sería bien distinta. En este sentido es revelador la denuncia durante la inspección de 1832 de unas viviendas de reciente construcción en el barrio del Arca que estaban desprovistas de comunes, acumulándose los excrementos en su exterior.⁴³³ El mismo documento hace referencia a usos del agua en esos arrabales sin aludir al de su consumo,⁴³⁴ aunque es muy probable que sirviera también para ese fin.⁴³⁵ La alusión al depósito de heces humanas junto a las viviendas del Arca -una zona de huertas en aquel momento- respondía en parte a una cultura agrícola:

despidiente ninguno”, *“El conducto ciego y se pasa a la cuadra”* en probable relación a usos agrícolas de las propias deposiciones humanas. Finalmente, tampoco faltan las alusiones a los propios caños -o zanjás fuera de la colina- bien por estar a cielo abierto o por presentar filtraciones: *“por último han observado que el caño principal generalmente está muy cargado de inmundicias con filtración en varias cuadras causando alguna fetidez”*. A.M.V. 17/27715.

⁴³² No obstante, puede matizarse este concepto de la eliminación de desechos hacia los caños. En el hospital de Santiago de Vitoria, por ejemplo, de construcción cercana a nuestro año (se acabó en 1808 aunque no entraría en funcionamiento hasta 1820), las salas de enfermos disponían de unos orificios a ras del suelo que afloraban bajo las ventanas por los que se vaciaban las bacinetas y escupideras hacia un caño que bordeaba el perímetro del hospital en su parte trasera.

⁴³³ A.M.V. 17/27/15. *“Una de las casas que ha fabricado últimamente Dⁿ. Geronimo Guevara, la ha dejado sin lugares comunes, lo que hace que sus habitantes viertan toda la inmundicia por las ventanas, y así es, que el infrascrito á su reconocimiento ha encontrado pegado á la Casa, un gran montón de excrementos”*.

⁴³⁴ A.M.V. 17/27715. *“...por último el encargado ve, que en muchísimas casas de los referidos varrios, hay pozos de agua estancada que sirven en el día para lavarse la ropa...”*.

⁴³⁵ Para ilustrar esos usos incontrolados del agua en Vitoria, expongo un texto muy posterior, ya de época bacteriana y por tanto con cierta cultura popular al respecto, cuando Germán Baraibar, jefe del Laboratorio municipal, al defender la fundación de la “Gota de leche” en 1906, denuncia la contaminación de las aguas con las que se adulteraba la leche *“recogida de charcas ó fuentes que no reúnen condiciones higiénicas”*. A.M.V. 23-12-30.

muchas casas, también en la urbe de la colina,⁴³⁶ contaban con cuerdas en su parte baja donde las deposiciones humanas se unían a las animales con el fin de aumentar la producción de estiércol para abonar sus huertas. En este sentido, ya había advertido en el estudio del estadillo vitoriano el alto porcentaje de agricultores afectados por el cólera, e igualmente, una zona muy afectada fue la que bordeaba el río Zapardiel que, al propio riesgo del río, unía la peculiaridad de asentar a un gran número de hortelanos dada la proximidad a los terrenos que labraban.⁴³⁷

Por tanto, el sistema de gestión de los desechos que existía en Vitoria en 1834 adolecía de importantes errores que con el cólera se convirtieron en fatales. En el caso de los arrabales, como el señalado del Arca, es obvio, no existió ninguna frontera entre heces humanas y aguas de consumo. Pero es que en la ciudad no fue tan distinto. En la misma inspección de 1832 se denunciaba que muchos caños se hallaban a cielo abierto y algunos sin empedrar -al igual que algún callejón-, y aunque se consignó una partida económica para su arreglo, el objetivo de las obras no cumplía con el requerimiento básico para ser eficaz frente al cólera: aislar las heces humanas del agua de consumo, en el caso concreto de la colina del depósito subterráneo que alimentaba los múltiples pozos de abastecimiento, al que se filtraba agua contaminada de la superficie por las hendiduras de las losas del arcaduz -si existía- o desde el lecho embarrado del caño que debió ser el aspecto habitual que tenían en muchos puntos de la ciudad. No, las

⁴³⁶ De hecho el bando antes citado del ayuntamiento vitoriano prohibirá “*formar estercoleros ó basureros en el interior de las casas*”. A.M.V. 17/27/18.

⁴³⁷ La calle de las Cercas, denominada de la Constitución durante el Trienio Liberal se denominó, tras el retorno de Fernando VII, calle de las Huertas, en clara alusión a lo que comento. Cfr. VELASCO, L. *Memorias del Vitoria de antaño*, pág 116. La importancia de este grupo urbano en el devenir de Vitoria puede verse en PORRES MARIJÚAN, R.; ARAGÓN RUANO, Á. “A ambos lados de la muralla: los labradores entre Pintorería y el Arrabal”, en Porres Marijuán, R. (dir) *Vitoria, una ciudad de «ciudades»: (Una visión del mundo urbano en el País Vasco durante el Antiguo Régimen)*, UPV/EHU, Bilbao, 1999, págs. 481-532. Estos autores calculan la existencia de 174 agricultores para 1747 en la Vitoria urbana que se habrían ido desplazando paulatinamente “*pasando de Pintorería y Santo Domingo a la Calle Nueva y desde el interior al Arrabal*”, pág. 506.

obras de 1832 y las que se presume que se realizarían en 1834⁴³⁸ sólo tenían como objeto eliminar el impacto sensitivo, pues los atributos que denunciaron los inspectores en sus visitas sólo aludían al olfato y a la vista. Y ni siquiera en ello tuvieron éxito, pues las descripciones de mediados de siglo recreaban la misma escena de hedor y estercolero al aire libre.⁴³⁹ Luego puede concluirse que el modelo de eliminación de las excretas humanas en Vitoria favoreció la transmisión hídrica del cólera en 1834 y que las medidas que se tomaron al respecto no actuaron eficazmente sobre este crucial eslabón de la cadena epidemiológica.⁴⁴⁰

Por su parte, en el mundo rural de la provincia la casuística asociada al agua de consumo y su potencial contaminación por heces humanas pudo ser muy variada: desde las grandes villas con sistemas similares al vitoriano y con disposiciones igual de inútiles⁴⁴¹ a las que se uniría un vacío político-administrativo al quedar en zonas de control carlista, hasta las zonas cantábricas de hábitat aislado (Valles

⁴³⁸ Sólo se cuenta con la contabilidad de unos gastos adscritos a la lucha contra el cólera que tienen como epígrafe “*Nota delas cantidades imbertidas con motibo del colera morbo*”, A.M.V. 17/27/18.

⁴³⁹ Con motivo de las epidemias de viruela de 1866 y 67 en Vitoria, Roure volverá a editar una memoria (ROURE, G. *Noticia histórica de la epidemia de viruelas observada en la ciudad de Vitoria y algunos pueblos de la provincia de Alava, en los años 1866 y 1867*, Imprenta de los hijos de Manteli, Vitoria, 1868.) de la que se hace eco Colá y Goiti (COLÁ Y GOITI, J. *El futuro Vitoria*, Imprenta de la viuda é hijos de Iturbe, Vitoria, 1884), en las que la describe “...calles estrechas, formadas por casas altas y lóbregas, construídas sobre caños llenos de inmundicias...”, lo que coincide con la imagen de Velasco respecto al cólera de 1855: “*en las calles se trazaba un canal de aguas inmundas sobre el que tenían sus luces abiertas las casas, alzándose sus muros en derredor de aquellos estanques perfumados, sombríos, lóbregos...*”.

⁴⁴⁰ Las medidas tomadas por la ciudad están reflejadas en el bando municipal del 3 de agosto de 1834, transcrito en el apéndice nº 5. De los 19 puntos que consta, apenas la referencia en el nº 1 “*de que estén limpios y corrientes los conductos de las aguas inmundas*”, la de que “*Se prohíbe formar estercoleros ó basureros en el interior de las casas*” (nº 3) y el referido a prohibir “*orinar y ensuciarse en las calles, plazas, cantones...*” (nº 10), podrían tener alguna influencia parcial en reducir el riesgo de que estos residuos terminaran contaminando las aguas para el consumo.

⁴⁴¹ Caso de las referidas de Laguardia. A.T.H.A. DH 218-8.

de Aramayona y Ayala) con el efecto protector en la epidemia de 1834 ya adelantado, pasando por la Álava de secano con sus pequeñas aldeas dependientes muchas veces de una única fuente. Las descripciones de estas localidades dejan estampas similares a la vitoriana, siendo una de las más directas y en relación a la amenaza del cólera la de Lapuebla de Labarca contenida en una carta anónima⁴⁴² recibida en la Diputación en marzo del 33:

*“...Tienen sus fábricas [de aguardiente] precisamente en medio del Pueblo, estas estan exalando día, y noche unos miasmas fetidos, que infectan el agua dejando un olor intolerable en la Calle por donde verten sus aguas negras é inmundas como es Publico; en los alrededores de la Iglesia principalmente donde llaman el Prettil, ay una Cuarta de excrementos, cuyos malos efectos es ocioso describir; por medio del Pueblo pasa un arroyo regular de agua, y en el se laban todas las inmundicias como tripas trigo ropas, etc y de este modo las aguas se adulteran, y tambien pueden causar su efecto; en fin ay un sin numero de causas que ya deben obserbarse para el mas pronto remedio...”*⁴⁴³

Pero si en 1834 no hay notables diferencias entre el conjunto de Vitoria y el mundo rural, éstas se acrecentarán a lo largo del siglo debido al estancamiento rural. Mientras la ciudad dará la espalda al cerro amurallado, dejándolo como reducto popular, y crea una nueva urbe con estructuras de abastecimiento y desechos bien diferentes a los de la colina, sin caños ni pozos, junto a modelos de comportamiento higiénico que aspiran a marcar diferencias sociales y que, ciertamente, serán más saludables, las aldeas alavesas permanecerán en una burbuja intemporal hasta bien entrado el siglo XX. Así, en la epidemia de 1885 -bien conocido ya el papel

⁴⁴² Su autor no expresa la causa del anonimato, pero dada la fecha, en los últimos días de Fernando VII y ante el férreo -y ambiguo- control de Valentín de Verástegui en la provincia, definirse y posicionarse ante un cabecilla local resultaría arriesgado: “me dirijo a V.S. sin atreberme a darme á conocer [...] Por la persecución que después se padece”.

⁴⁴³ A.T.H.A. DH 218-5.

transmisor del agua en el cólera-, en Baños de Ebro, Hauser refiere modos de gestión idénticos a los de cincuenta años antes:

“...además de estar situado en la confluencia del Ebro y el Linares, está atravesado por un arroyo que recibe las aguas de los lavaderos y sumideros, [...] Como agua potable utilizan directamente las aguas del río Ebro, aguas de por sí ya contaminadas se saturan de inmundicias en tiempo de lluvias; ya con la epidemia declarada cambian la fuente de suministro de agua por otras de buena calidad, este hecho coincide con un descenso en la incidencia de la enfermedad. Las condiciones higiénicas del pueblo y sobre todo las de los domicilios de los primeros afectados son malas. El lavado de la ropa se realiza en un lavadero al que suministra agua un arroyo que atraviesa la población y que sus aguas están impregnadas con de toda clase de inmundicias; de las aguas de este arroyo se sirven, principalmente, los niños para saciar su sed.”⁴⁴⁴

La mayor parte del mundo rural en 1834 tuvo un elemento añadido de dificultad para hacer frente a la epidemia, como fue quedar desligado del control provincial a causa de la guerra. La incapacidad del carlismo en ese momento para establecer estructuras administrativas dejó a las aldeas y pueblos, bajo su influencia o control militar, a la suerte de sus recursos privativos que, en buena parte de la provincia, eran inexistentes para poner en marcha planes de actuación coordinados frente a la epidemia.⁴⁴⁵ En cualquier caso, incluso en los pueblos bajo jurisdicción de Vitoria que debieran haber podido contar con los recursos y el liderazgo de la ciudad, ya había señalado en la crónica cómo aparecen en un segundo plano hasta septiembre -con continuas quejas de desatención- para desaparecer en

⁴⁴⁴ HAUSER, PH. *Estudios Epidemiológicos relativos á la Etiología y Profilaxis del Cólera*, Imprenta y fundición de Manuel Tello, Madrid, 1887. Tomo VII, págs. 97 y 98.

⁴⁴⁵ Al respecto, la ausencia de un control efectivo -probablemente ni siquiera nominalmente- de instituciones provinciales como la Junta Superior de Sanidad, unido a la inexistencia de autoridades civiles y sanitarias en muchas aldeas, condicionó que el liderazgo recayera en párrocos, lo que pudo primar respuestas frente a la epidemia más religiosas que sanitarias.

octubre, cuando la ciudad está en el apogeo de la epidemia. Finalmente, habrá de recordarse que la guerra también supuso un elemento protector para algunos pueblos, ya que despobló caminos y rutas comerciales de viajeros que podrían haber llevado la epidemia hasta aquellos.

Respecto al agua, algunos pueblos presentaban la peculiaridad de abastecerse en un mismo punto, generalmente el pilón o abrevadero que solía acompañarse del lavadero, corriendo el riesgo de padecer una epidemia generalizada si aquella fuente resultaba contaminada.⁴⁴⁶ Por el contrario, las zonas de hábitat disperso, además de la ventaja frente a la transmisión directa humano-humano, también ofrecían mayor protección frente a la transmisión hídrica, pues en general cada caserío tenía su propio abastecimiento suficientemente aislado del entorno. En las grandes villas, por su parte, era más habitual disponer de varios puntos de abastecimiento con orígenes diferentes, lo que pudo crear diferencias intralocales en la incidencia del cólera y en la temporalidad de la epidemia, como he defendido para Vitoria.

Finalmente, otros condicionantes medioambientales que participan en el eslabón de la transmisión tienen que ver con elementos muy presentes en los análisis medico-topográficos que se realizaron durante aquellas epidemias, respondiendo al gran interés que despertó entre los neohipocráticos el cólera como oportunidad de validar sus teorías sobre las constituciones ambientales. Éstos trataron de relacionar cada brote colérico con todo tipo de manifestación atmosférica que lo acompañara en busca de algún patrón o constante. Y efectivamente se encontraron algunas asociaciones de interés, aunque no se logró explicar el porqué o se interpretaron equivocadamente. Un ejemplo claro de todo ello es la memoria de Roure sobre la epidemia de Vitoria de 1855 en la que acierta al considerar el verano o las tormentas como factores influyentes en el curso del cólera, pero no logra descubrir la relación real pues vincula

⁴⁴⁶ Insistir en que las medidas recomendadas a los pueblos, caso del bando de Vitoria a las aldeas de su jurisdicción (apéndice nº 6), hacen igualmente hincapié en el efecto aéreo de los estercoleros o los restos de lino y cáñamo en las aguas, pero no aciertan a considerar el riesgo sobre su consumo.

el calor estival a las emanaciones pútridas que se hacen más perceptibles con él, o a las tormentas con su aparato eléctrico y no con la lluvia en sí.

Y sin embargo, ambos factores son fundamentales en el desarrollo del cólera: el verano porque proporciona a las aguas el calor necesario para que el vibrión colérico se reproduzca, pero también porque estimula cambios en la relación de las personas con el agua (mayor consumo o usos de recreo p. ej.) y de algunos alimentos ligados a aquella (mayor consumo de verduras y hortalizas lavadas con agua o en crudo p. ej.). Respecto a la temperatura, la ideal para la reproducción del bacilo está por encima de 37,5° aunque sobrevive por varios días a más de 22°, temperatura mínima que en veranos calurosos se alcanzaría justamente en los ríos de nuestro entorno más caudalosos, pero no es difícil en los de menor caudal y por supuesto en aguas estancadas o arroyos que podrían llegar puntualmente a temperaturas ideales, con lo que el agua no sólo serviría de vector de transmisión sino transitoriamente también de hipotético reservorio junto al hombre, que es quien le proporciona esa temperatura. Ha de hacerse notar que por ejemplo en Vitoria eran varios los riachuelos que la circundaban, abasteciendo a los arrabales, caseríos de hortelanos y algunas aldeas, que en verano prácticamente tenían un hilo de agua -recibiendo por ello el término genérico de “chirrios”-⁴⁴⁷ o se secaban, dejando a su paso pozas de claro riesgo para el cólera, fiebre tifoidea u otras enfermedades gastroentéricas. En relación a ello, el verano de 1834 parece que fue caluroso en nuestra área.⁴⁴⁸

⁴⁴⁷ Chirrio: Acequia, arroyo de poco caudal. "...se remata la tierra de la cequia en el chirrio de la fuente" (LC Lopidana, 1794) (Antezana, Mandojana). LÓPEZ DE GUEREÑU GALARRAGA, G. *Voces alavesas*, Euskaltzaindia/R.A.L.V., 1998, pág. 104.

Txirrio: Chorro, ducha. (Arratia, Marquina, Orozco, Ubidea). Hilitos que caen de una fuente (Azkué: Tsirrio). VV.AA. *Diccionario Retana de autoridades de la lengua vasca*, La Gran Enciclopedia Vasca, 1976.

⁴⁴⁸ Manuel Vitoria, en su estudio sobre el cólera en Bilbao, recoge un informe de la Presidencia de la Junta Provincial de Vizcaya a la comisión regia del 24 de septiembre de 1834 en la que se alude a un verano caluroso: "...el calor excesivo que ha reinado". VITORIA ORTIZ, M. *Epidemias de cólera en Vizcaya en el siglo*

Por su parte, los procesos tormentosos tienen un papel muy importante en la transmisión hídrica del cólera al favorecer la mezcla de aguas por los desbordamientos, arrastre de deposiciones hacia los ríos o su filtración al subsuelo, pozos y acuíferos, de ahí que sea frecuente la asociación entre tormentas y la aparición o reaparición de brotes de cólera.⁴⁴⁹ Para 1834 apenas tenemos más constancia de tormentas que la ya referida al este de Vitoria a finales de junio, anterior por tanto a los primeros casos de cólera en la provincia, aunque puede darse por seguro que dentro del periodo epidémico se produjeron las habituales tormentas de convección típicas del verano en Álava, como sucedió en 1855, donde Roure resalta el vínculo de tempestades con la aparición de nuevos casos de cólera en Vitoria y en Villanueva de Valdegavía, especialmente en este último donde describe que la tormenta “*fué seguida de la aparición de multitud de casos fulminantes de cólera*”.⁴⁵⁰ También en 1885 Hauser recoge episodios tormentosos en un sentido precedente a la aparición de nuevos casos, por ejemplo en Lapuebla de Labarca,⁴⁵¹ y en la contestación al cuestionario de Arcadio Roda expresan tormentas los pueblos de Nanclares de la Oca, Oyón y Baños de Ebro.⁴⁵²

Por contra, otros factores meteorológicos a los que se otorgaba una gran influencia en la propagación de las epidemias, los vientos por

XIX. *Estudio histórico-médico-topográfico*, La Gran Enciclopedia Vasca, Bilbao, 1978. Pág. 46.

⁴⁴⁹ Aunque al igual que en otros casos, documentándose ese riesgo, lo atribuyen a los vapores aéreos: “*Que en muchas Casas de las mencionadas, se encuentran pozos cenagosos é inmundos, porque las aguas llobedizas, impregnadas con mucha parte de la inmundicia dha, aguas de fregar, vegetales, y otros despojos arrojadizos; hacen que estas se corrompan é inunden las habitaciones de vapores fétidos, capaces de causar los mayores estragos*”. A.M.V. 17/27/15.

⁴⁵⁰ ROURE, G. Op. cit., pág. 36.

⁴⁵¹ HAUSER, PH. Op. cit. Tomo II, pág. 82.

⁴⁵² Expresiva es la contestación de Nanclares: “*Al siguiente día de una tormenta, se notó la primera invasión, y todo el mes fue una serie de tempestades*”. RODA, A. *Cuestionario de veinticuatro preguntas relativas á la epidemia colérica de 1885*. Pág. 241. Las respuestas a este cuestionario fueron la base del trabajo de Hauser.

ejemplo, no participaron ni en la génesis ni en el desarrollo del cólera.⁴⁵³

V.2.3. Huésped susceptible.

Entendemos por huésped susceptible aquella persona que presenta unas cualidades favorecedoras a la supervivencia y replicación de un determinado agente patógeno, lo cual conlleva que, de infectarse con dicho agente, desarrollará más fácilmente la sintomatología propia de la enfermedad o enfermedades con que se asocia a ese patógeno.

Respecto al cólera, la mayor o menor susceptibilidad viene definida por tres grupos de elementos: el primero depende de las propias características del vibrión colérico, por ejemplo su mala tolerancia a los medios ácidos hace que determinadas personas con baja producción de ácidos gástricos (aclorhidria o hipoclorhidria) estén más expuestas a desarrollar la enfermedad; o también la mencionada afinidad del vibrión por personas del grupo sanguíneo O. El segundo depende de la mayor o menor exposición a los reservorios y vectores de transmisión, por ejemplo cuidar enfermos, lavar sus ropas, abastecerse de aguas contaminadas, utilización inadecuada de excretas portadoras, etc.⁴⁵⁴ Y el tercero depende de las propias capacidades inmunológicas de la persona que se infecta con el bacilo,

⁴⁵³ Roure por ejemplo, no dudaba de la influencia de los vientos en el cólera: “*La acción de los vientos en las epidemias es de una influencia tan reconocida que creemos escusado insistir en demostrarla*” (Op. cit., pág. 35), lo que en un sentido general es válido pues los vientos juegan un papel difusor en la transmisión aérea, de valor por ejemplo en la gripe, pero respecto al cólera su papel es nulo.

⁴⁵⁴ La mayor o menor exposición tiene que ver tanto con la frecuencia de los contactos como con la intensidad de éstos, puesto que es necesario un volumen relativamente alto de bacilos para lograr vencer la barrera gástrica. En la práctica, se considera que para producir la enfermedad es necesario la ingesta de más de 100 microorganismos por campo microscópico, cantidades que sí podrían encontrarse en hábitat propicios para su desarrollo pero no tan posible en aquellos en los que el bacilo “sólo” sobrevive, aguas frías por ejemplo de las que habría que beber grandes cantidades para alcanzar esas cifras de vibriones y que no murieran todos por la acidez gástrica.

por ejemplo de la existencia o no de una inmunidad específica adquirida -bien por vacunas o por sensibilizaciones previas al cólera (lo que no era posible en 1834)-⁴⁵⁵ o bien lo referido en el apartado de determinantes biológicos sobre los niños, ancianos y enfermos crónicos en relación a su inmunodepresión subyacente, que sería la misma situación en la que estarían aquellas personas con una incompetencia inmunológica adquirida, como la producida por la desnutrición.

De todos ellos se han realizado ya pertinentes explicaciones en las páginas previas excepto de este último de la desnutrición, factor de enorme interés pues no sólo favorece el desarrollo de la enfermedad por la depresión de las defensas, sino que dificulta también la recuperación del estado de salud previo en caso de sobrevivir al cólera. La desnutrición por tanto participa en la aparición de manifestaciones de la enfermedad, en la gravedad o letalidad de ésta y condiciona la convalecencia, pudiendo provocar muertes diferidas al propio cólera.

En este último sentido hay un elemento ausente en los estudios históricos sobre las epidemias coléricas del XIX: el del efecto de la epidemia sobre la desnutrición:

En la bibliografía sobre el cólera es recurrente el uso del binomio hambre-cólera de manera casi tan extendida como el de higiene-cólera, dejando clara la existencia de una asociación cierta entre ambos. Sin embargo, advierto cómo erróneamente algunos textos van más allá, otorgando a esa asociación real una relación de causalidad unidireccional, del hambre al cólera, en la estela del falso tópico de que “el hambre precede a la fiebre”. Debería estar claro que la falta de alimentos no produce cólera, aunque inequívocamente agrave sus consecuencias, como tampoco lo hizo la pobreza, por

⁴⁵⁵ La infección por cólera deja un recuerdo inmunológico temporal, de forma que es muy inusual pasar dos veces la enfermedad dentro de una misma epidemia o de brotes sucesivos próximos en el tiempo. En el caso de la epidemia de 1834 se presume que nadie había estado previamente en contacto con el cólera, por lo que no es posible que hubiera personas sensibilizadas con anticuerpos específicos frente al antígeno colérico.

mucho que los autores del XIX señalaran a la madriguera del desposeído como engendro fabril de miasmas coléricos. Por el contrario, pasa desapercibido en la práctica totalidad de los estudios el más probable suceso inverso, que el cólera produjo hambre. Lo hace en la actualidad y sin duda lo hizo en 1834, directamente entre sus afectados con la manifestación clínica del hambre, la desnutrición, mediada por el cuadro gastroentérico característico y por la deshidratación inherente; pero también indirectamente sobre la población general por sus repercusiones sobre la producción (elevada morbilidad en época estival de cosecha), sobre la distribución (cordones sanitarios) y sobre los salarios (paralización manufacturera y comercial).⁴⁵⁶

Dicho esto, he de puntualizar que utilizo los términos de hambre y el de desnutrición como sinónimos, lo que constituiría un claro error desde concepciones clínicas actuales,⁴⁵⁷ pero en los modelos históricos preindustriales puede asumirse con poco riesgo que quien tenía dificultades para alimentarse pasaba hambre y estaba desnutrido. Es más, desde la evidencia científica actual del papel jugado por los diferentes nutrientes en la salud, incluso quien aseguraba su ingesta diaria tendría también alguna carencia nutricional, especialmente de micronutrientes, aunque es evidente que con el actual conocimiento que tenemos sobre la dieta tipo u ordinaria de los alaveses de primeros del XIX es imposible hilar tan fino como para valorar carencias nutricionales por déficit de vitaminas o sales minerales, y menos su influjo en la inmunocompetencia de nuestros antepasados. Resulta

⁴⁵⁶ Hoy no hay duda de que la relación entre hambre y enfermedad debe enfocarse desde concepciones de interacción y bidireccionalidad. Siguiendo a Pérez Moreda, *“el sinergismo entre desnutrición e infección expresa una relación recíproca, que refuerza los efectos de cada una de esas variables en presencia de la otra”*, (MOREDA, V. Op. Cit., pág. 217), por lo que la unión de ambas en tiempo epidémico incrementa la mortalidad por encima de la achacable a la virulencia del microorganismo causal, cuestión que resulta epidemiológicamente sostenible y evidenciado sin dudas desde las actuales epidemias de cólera.

⁴⁵⁷ Donde pueden darse dos aparentes contradicciones: desnutrición sin hambre (malos hábitos alimenticios por ejemplo) y hambre percibida sin desnutrición (hábito de la superabundancia por ej.), al margen de que los indicadores de pobreza puntúen otros elementos con preferencia a la alimentación.

difícil incluso a la hora de aseverar si el consumo calórico y proteico fue suficiente para asegurar los requerimientos mínimos que exigía una actividad cotidiana que se presume físicamente más exigente que en la actualidad.⁴⁵⁸ Y sin embargo, es esto lo que trataré de dilucidar en la idea de que una dieta habitual hipocalórica y/o hipoproteica reduce la competencia inmunológica y dificulta una recuperación completa de enfermedades como el cólera.

En primer lugar, entiendo por dieta ordinaria aquella que habitualmente consumían los estratos mayoritarios de la población alavesa: artesanos, pequeños comerciantes, asalariados, labradores, etc.,⁴⁵⁹ y no la de las clases más acomodadas y nobiliarias, que precisamente son las que han dejado mejor testimonio de sus hábitos en la mesa. La cuestión no es sencilla y de hecho la revisión bibliográfica no es concluyente respecto a qué y cuánto se comía diariamente en las familias trabajadoras alavesas a principios del XIX, existiendo importantes dudas respecto al consumo de carne o a la fundamental introducción de la patata en la dieta diaria de los alaveses.⁴⁶⁰

⁴⁵⁸ Recuérdese que en dichos requerimientos no sólo entra la actividad laboral o doméstica, sino también el afrontamiento térmico frente a las inclemencias meteorológicas por ejemplo.

⁴⁵⁹ No incluyo expresamente a los pobres censados ni a los marginados porque dentro del incardinado problema de la mendicidad en España, de los trasfondos de la caridad eclesiástica y nobiliaria, o incluso de las respuestas ilustradas y la beneficencia pública liberal en clave de control social, puede concluirse que se podía vivir siendo pobre oficial y falso pobre incluso mejor, alimenticiamente, que los asalariados rurales o urbanos. Así en las ordenanzas del hospicio vitoriano se expresa que “...la ración diaria de cada uno [de los pobres] es envidiada generalmente de los labradores de todo este contorno, quienes despues de el fatigoso trabajo, en que ocupan todo el dia no logran semejante sustento.” A.M.V. HOSP-CAR 18-5.

⁴⁶⁰ Fernández de Pinedo (op. cit., págs. 118-120) por ejemplo señala grandes diferencias entre clases altas-medias y bajas: “Normalmente, el consumo de carne era muchísimo más bajo. Las proteínas de origen animal en la casa del campesino brillaban por su ausencia”, mientras que Arbaiza, Guerrero y Pareja (op. cit., pág. 43) siguiendo a Domínguez Martín, aseveran “el relativo superior consumo de carne que se producía en el País Vasco respecto a sus alrededores más inmediatos como Cantabria o Asturias”. Porres Marijuán (op. cit., pág. 267) estima un consumo

Para resolver este problema parto de la idea de que la respuesta caritativa y filantrópica, al menos en Vitoria, estaba bien organizada y desarrollada, destacando dos instituciones dependientes del municipio, el hospicio y el hospital de Santiago, que, en 1820, habían unificado sus Juntas de gobierno. Ambos centros pusieron un énfasis especial en la atención de la alimentación de sus asilados, recogiendo de manera expresa y detallada los alimentos base de la dieta diaria de los pobres asilados en el hospicio y la de los enfermos del hospital de Santiago. Será cierto que de lo que se recomendaba en las ordenanzas a la práctica diaria pudiera haber diferencias, pero a su favor juega el que documentalmente consta una buena supervisión para el cumplimiento de aquel fin por los semaneros de la Junta, así como por el mayordomo y el enfermero mayor.⁴⁶¹ Existe también la duda de cuánto se parecían aquellas dietas a las del trabajador rural o urbano, especialmente por la monotonía de las mismas y por la ausencia de alimentos comunes como la leche o la fruta; pero la referencia citada del hospicio, de que los labradores del contorno no lograban el mismo sustento para ellos que el dado por el hospicio a sus pobres, resulta bastante elocuente. Además, contamos también con la dieta que exigieron las Hijas de la Caridad al municipio para hacerse cargo del hospital de Santiago en 1826, y en ella no hay tantas diferencias con las del hospital y hospicio, y sigue faltando mención expresa a leche o frutas, aunque a diferencia de aquéllas sí se alude a “postre”. En resumidas cuentas, he considerado que el conjunto de estas dietas

medio anual para Vitoria de 40 kg a mediados del XVIII, mientras que Homobono para finales del XIX lo estima en 48,5 kg/año (op. cit., pág. 264). Y respecto a la patata, la cuestión principal radica en diferenciar su temprana introducción por la Bascongada a finales del XVIII (a menudo usada en un sentido demasiado extensivo) y su efectivo consumo de manera ordinaria, lo que no está nada claro: Homobono (op. cit., pág. 252) rehuye la cuestión presentando sólo hechos consumados: “*La patata, cultivo revolucionario introducido tempranamente, constituía el segundo producto despues del trigo [en 1857]*”; otros autores remarcan el papel de la invasión francesa en su implantación definitiva, mientras que Bilbao y Fernández de Pinedo por su parte entienden que lo determinante en su expansión fue la crisis de la primera guerra carlista.

⁴⁶¹ Cfr. FERREIRO, M.; LEZAUN, J.; PRADELL, A. *La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX*, Colegio de enfermería de Álava, Vitoria, 2006.

podiera servir de modelo para calcular si los aportes de nutrientes diarios que lograba el elemento popular de Álava, en los años anteriores a 1834, eran adecuados para afrontar el cólera y su posterior recuperación.

Dicho esto, recordaré que ya en la primera parte de este estudio, al analizar la mortalidad de 1834 en Álava y tratar de discriminar las variables que más notablemente pudieron influir en ella, ya había defendido que para ese año no parece que se pudiera haber producido todavía una situación de hambre muy diferente a la de los años inmediatamente anteriores. Es decir, rechazaba la posibilidad de una hambruna extraordinaria y, como mucho, asumía la existencia de una situación de hambre endémica ordinaria que podría alcanzar a capas más o menos extensas de la población alavesa. Advertía también que podrían haberse dado situaciones dispares en la provincia merced a la idea de que quienes producían alimentos tenían más garantías de supervivencia que quienes debían adquirirlos,⁴⁶² lo que en 1834 cobraría todo su sentido en cuanto que la distribución sufrió los avatares de la guerra y la de los cordones sanitarios del cólera,⁴⁶³ aunque demostraba que en menor medida que los años siguientes. Así, los asalariados de las urbes, aun complementándose con la cría de algún animal,⁴⁶⁴ tendrían mayores dificultades que agricultores y

⁴⁶² Siguiendo a Pérez Moreda en su comentario a la obra de Massimo Livi Bacci “Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa”. PÉREZ MOREDA, V. “Hambre, mortalidad y crecimiento demográfico en las poblaciones de la Europa preindustrial”, *Revista de Historia Económica*, nº 3, 1988, págs. 709-735.

⁴⁶³ La enorme importancia de las redes de distribución en relación al hambre, frente a la producción, resulta muy gráfico en el ejemplo de Josep C. Clemente que, al encuadrar su estudio sobre las guerras carlistas, enfatiza el grave problema de la inexistencia de redes de distribución en la España de principios de siglo: “*mientras que en mayo de 1804 el trigo cuesta en Barcelona [zona no productora] 70 reales [...], en Medina de Rioseco [zona productora] costaba 185*”, lo que en una mala coyuntura agraria condenaba al hambre a la población vallisoletana. (CLEMENTE, J. C. *Las guerras carlistas*, Sarpe, 1984. Pág. 8.).

⁴⁶⁴ “*Cabe pensar que muchos ciudadanos se abastecían, al menos parcialmente a través de sus propios ganados -cerdos, cabritos, corderos, terneras, aves, etc.- en proporciones que no podemos precisar*”. PORRES MARIJUÁN, R. “Alimentación y

ganaderos, y entre éstos existirían diferencias entre propietarios y arrendados. Además, macroscópicamente señalaba cómo la zona holohúmeda de la cuenca cantábrica, que complementaba una producción basada en el maíz y las leguminosas con ganadería de autoconsumo y trabajos mineros o metalúrgicos, partía de una situación algo más ventajosa que la Álava del seco, basada en el cereal y en la ganadería extensiva aún sin estabular, y mucho más ventajosa que la Rioja alavesa, ya muy especializada para entonces en la vid y gran dependiente del trueque de su producto por alimentos básicos.⁴⁶⁵ Finalmente, pudieron darse situaciones concretas, como la devastadora tormenta en el área de Vitoria durante la noche del 29 al 30 de junio de 1834,⁴⁶⁶ que repercutirían a nivel local sobre su abastecimiento. Pero puesto que en los meses anteriores al cólera todos esos elementos no elevaban la curva de mortalidad de 1834 por encima de la de años previos, la conclusión fue la referida de que no se dio una especial situación de hambre extraordinaria que precediera al cólera.

Por tanto, con esta premisa de partida, la cuestión principal en relación a la posible influencia de la nutrición en la mayor susceptibilidad de los alaveses frente al cólera reside en saber si la dieta ordinaria de éstos cubría o no las necesidades nutricionales básicas.

abastecimiento en Vitoria (siglos XVI-XVIII)”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria...*, pág. 267.

⁴⁶⁵ Esta dependencia de la comercialización se veía agravada por los sistemas de producción del vino riojano, que impedían su preservación de un año para otro, y ya había sido advertido por la Sociedad Bascongada de Amigos del País a finales del XVIII. En 1829 el Diputado General de Álava, Valentín Verástegui, fomenta varias medidas tratando de “evitar ruina y despoblación” en la Rioja alavesa. Cfr. FERNÁNDEZ IBÁÑEZ, J. “Jean Pineau, el gran padre del moderno vino riojano”, disponible en <<http://www.euskonews.com/0422zbk/gaia42204es.html>>.

⁴⁶⁶ *Boletín de Álava* nº 48 del sábado 5 de julio de 1834, pág. 3: “*Los pueblos situados al poniente de la ciudad sufrieron una completa destrucción de sus campos que ofrecían la mas abundante cosecha. Morillas, Subijana, Montevite, Villodas, Trespuentes, Mendoza, Martioda, Legarda, Los-Huetos, Mandojana y otros inmediatos hasta Apodaca han perdido todos sus frutos. En la parte oriental no cayó piedra, pero los torrentes han arrastrado los frutos de muchas heredades*”.

Estas necesidades son difíciles de concretar. Orientativamente Livi Bacci, analizando las complejas relaciones entre nutrición, infección y mortalidad, establece como umbral de peligro una dieta diaria habitual de 2.000 \pm 10% calorías,⁴⁶⁷ por debajo de la cual la mortalidad podría ir aumentando.

Aunque la relación entre nivel nutricional y curso de la infección varíe en función de cada enfermedad, hay evidencia en señalar que toda desnutrición se acompaña de un deterioro de la competencia inmunológica. Pero además, respecto al cólera el vínculo resulta especialmente evidente pues su especial sintomatología gastroentérica determina, claramente, que aquellos que reúnan peores condiciones nutricionales se verán afectados más rápidamente por el desequilibrio electrolítico y el *shock* -habitualmente la causa inmediata de muerte por cólera- y, en cualquier caso, si superasen la infección todavía les quedaría la recuperación orgánica, en la que los nutrientes de función plástica, como las proteínas, juegan un papel determinante.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se ha procedido a analizar cinco dietas contenidas en las ordenanzas del hospicio y del hospital Santiago de Vitoria, tratando de cuantificar su valor calórico total y por macronutrientes, ya que además de superar ese umbral de 2.000 calorías resulta importante constatar que el aporte proteico sea suficiente para asegurar una convalecencia exitosa.

- Aclaraciones:

-De estas cinco dietas, la correspondiente a las Hijas de la Caridad de 1826 es la que proporciona mayor detalle,⁴⁶⁸

⁴⁶⁷ Sigo nuevamente la referencia a Livi Bacci que realiza Pérez Moreda: “*se establece, de forma precisa y documentada, un nivel mínimo de nutrición por debajo del cual es posible que empezaran a aumentar los riesgos de mortalidad. Dicho «umbral de peligro» se fija, para poblaciones históricas del periodo considerado, en una dieta diaria habitual de unas 2.000 calorías per capita (\pm 10 por 100)*”. Op. Cit., Pág. 712.

⁴⁶⁸ “*Seran alimentadas y mantenidas las Hermanas de la Caridad [...] a expensas del citado Hospital, el cual las dara habitacion [...] Y para el sustento o alimento contribuirá el Hospital diariamente a cada una de las Hermanas una onza de*

considerándose que podría equipararse a la alimentación ordinaria de las clases populares con recursos para un abastecimiento estable.

-Las dietas del hospicio de finales del XVIII⁴⁶⁹ como las del hospital de Santiago de 1764 y 1821⁴⁷⁰ son más escuetas e imprecisas

chocolate y cuatro onzas de pan por desayuno, dos onzas de arroz, fideos, o semola para la sopa; y si fuere de pan cuatro onzas por cada una de las comidas, dos onzas de garbanzos, una de tocino, doce de carne para comida y cena, una libra de pan con reserva de tomar mayor cantidad si la necesitasen, medio cuartillo de vino, una onza de aceite, medio real de vellon para verdura, ensaladas, y postre; y ademas huevos u otra cosa equivalente que sea menester para los que se hallen delicadas o inapetentes: y en los dias que las Hermanas quieran o deban comer de pescado, se las dara el valor de la carne en dinero para que lo puedan emplear en lo que las acomode. Y las Hijas de la Caridad ofrecen desde ahora espontaneamente dejar a beneficio del Hospital todo lo que las sobre, o dejen de tomar de los citados articulos por no necesitarlos”.

⁴⁶⁹ “...que se les dé, [...] de forma, que en la olla comun se le considere á cada uno de los pobres ocho onzas de baca, quattro para medio dia, y quattro para la noche, con un poco de tocino, y habas blancas, ó negras, berdura, nabos, calabaza, ó lo que sea mas proporcionado al tiempo, y la del pan ha de sér treinta, y dos onzas Asturianas para cada uno; la tercera parte a la mañana, otra á medio día, y la otra ala noche, y solo á de haber la diferencia de que á los expositos, y huerfanos seles ha de dar una libra de pan, que son diez, y seis onzas castellanas, distribuida en las tres porciones, como arriba se á expresado. [...] En la Quaresma, viernes, y vigiliass se les á de dar la misma racion de pan, y en lugar de la carne otra equivalente de pescado, ó bien sea abadejo, ó sardinas, ó otros pescados salados, ó frescos de poca estimación”.

“Por la mañana se da a cada pobre una taza de sopa con azeite, y a los que se emplean en algun trabajo racion de pan; al medio dia una buena taza de legumbre con racion de carne y tozino, y media libra de pan. A las seis de la tarde en verano y al anochecer en invierno se da la cena compuesta de racion de pan y taza de verdura cocida; y a los que quedan a trabajar por la noche se da otra racion de pan a las ocho”.

⁴⁷⁰ “Ha de subministrar todas las mañanas a los enfermos el desayuno que está en costumbre, como es el de sopas de aceite, ó de caldo del puchero [...] Que las raciones asignadas para cada enfermo para medio dia, que es la de un quarteron de carnero, y otro de baca con los garbanzos, aya de hacer guisar tantas medias libras como enfermos hubiere, aunque alguno ó algunos de ellos no las coman, á fin de que el caldo salga con la sustancia correspondiente [...] las raciones que sobraren de los enfermos que no estuvieran en disposición de comerlas al mediodia, las deberá reservar, disponiendo, que con él se haga gigote para la noche, y se deá los

por lo que, siendo evidente que la estructura se mantiene, se ha preferido unificarlas en una dieta para el hospicio y otra para el hospital. Al respecto, la ausencia de expresión de la cantidad en algún alimento de estas dietas se ha corregido adjudicando el valor referido en la de las Hijas de la Caridad.

-En todos los casos no se han tenido en cuenta las modificaciones particulares señaladas para el tiempo de Cuaresma.

-Los cálculos para el pan se han realizado a partir de la consideración de pan de trigo con un valor de 261 calorías por 100 gr. De otros cereales el aporte sería sensiblemente menor dado el peso del pan en las dietas estudiadas. Por ejemplo, de haber seleccionado de centeno, el cálculo se haría sobre la base de 230 cal. x 100 gr., lo que supondría para la dieta del hospicio una apreciable diferencia de 285 cal. menos al día.

-En la expresión de legumbres del hospicio se ha seleccionado el valor de garbanzos para equipararlo con las del hospital y monjas, que señalan esta legumbre.

-La alusión genérica de “postre” por parte de las Hijas de la Caridad se ha resuelto intencionadamente seleccionando el valor de una fruta (manzana) ya que llamativamente no se menciona en ninguna de las dietas el consumo de fruta, en probable relación a la dependencia estacional.

-La variabilidad en las sopas de las religiosas (arroz, fideos o sémola) no ha supuesto ninguna dificultad al poseer valores calóricos similares. El cálculo lo he realizado a partir de sémola ya que, de los

enfermos, que estuvieren convalecientes, ó para aquellos que pareciere no les puede hacer daño [...] omitiendo dar el huevo que se acostumbra”.

“recibe con peso á presencia del Mayordomo las libras de carne que se hayan traído de la carnicería a razón de media libra por cada enfermo, y a vista de ambos la recibe la cocinera y las pone en la olla con los garbanzos u otras legumbres o verduras que los facultatibos manden. [Supervisa a la cocinera cuidando de que] sazone bien las comidas y tenga siempre de repuesto caldos o gelatinas para las necesidades que puedan ocurrir; que las raciones sobrantes del medio día las reserve para la noche disponiéndola en gigote para los convalecientes y demás a quienes los facultatibos permitan tomarlos”

tres, es el que presenta valores intermedios tanto para proteínas como para grasas e hidratos de carbono.

-En la valoración de los macronutrientes parto de las necesidades de un prototipo que establezco en: hombre de 25 años con una estatura de 170 cm. y un peso de 70 kg. que realiza una actividad cotidiana moderada-intensa. El resultado teórico actual para una dieta equilibrada sería el de un aporte calórico de 2938 calorías provenientes de 491 gr. de hidratos de carbono, 140 gr. de proteínas y 46 gr. de grasas.

- Resultados y discusión:

Los resultados obtenidos deparan unas dietas claramente por encima de 2.000 calorías: la del hospicio con 3.139 cal. es la más energética, seguida por la de las Hijas de la Caridad con 3.094 y la de hospital de Santiago con 2.471 calorías.

	Proteínas	Grasas	Hidratos C.	Calorías
Hospicio	131 gr. (17%)	69 gr. (20,2%)	484 gr. (62,8%)	3.139
Hijas de la Caridad	159 gr. (21%)	95 gr. (28,2%)	385 gr. (50,8%)	3.094
Hospital	107 gr. (17,6%)	60 gr. (22,2%)	365 gr. (60,1%)	2.471
Prototipo actual	140 gr. (19,1%)	46 gr. (14,1%)	491 gr. (66,8%)	2.938

En todos los casos la base del aporte energético es el pan, sin el cual las tres dietas bajarían claramente de las 2.000 calorías e incluso de 1.000 en el hospicio y hospital (739 y 670 cal. respectivamente). En este sentido, el cálculo se ha realizado computando el total del pan referido y, por tanto, considerando su ingesta completa, lo que desde una perspectiva actual cuesta considerar pues las raciones expresadas en las dietas estudiadas son de media libra (230 gr.) por ingesta (hasta 920 gr. de pan al día en el hospicio) cuando actualmente en España

apenas comemos poco más de la mitad (126 gr.) pero en todo el día.⁴⁷¹ En definitiva, e independientemente de que el consumo real de pan no fuera exactamente el teórico de las ordenanzas, resulta evidente la gran dependencia de los panificables para alcanzar los valores calóricos mínimos. Y ello cobra una trascendental importancia en el ambiente bélico de la primera carlistada, pues a la privación de mano de obra se sumó la cruel práctica de tierra quemada por ambos bandos, lo que facilita entender el impacto de la guerra sobre la nutrición, especialmente en áreas o colectivos no productivos y dependientes de la distribución como La Rioja alavesa o los asalariados urbanos.⁴⁷²

Desde la consideración teórica actual de una dieta equilibrada, el porcentaje de hidratos de carbono sería correcto en hospicio y hospital, pero las monjas estarían por debajo de la recomendación del 55-60%. Respecto a las grasas, todas se encuentran por debajo del 25-30% excepto las Hijas de la Caridad, que rozan el límite superior, logrando con ellas el aporte calórico que les faltaría con los carbohidratos, pero perdiendo calidad en la fuente energética. Finalmente, todas las dietas superan el 15% de proteínas y el mínimo de 1 gr. por kg. de peso y día, llegando las monjas a sobrepasar los 2 gr./Kg./día con una dieta claramente hiperproteica. La dieta de estas últimas es por tanto, desde una concepción actual, la más desequilibrada.

En la comparación con la dieta del prototipo actual, vemos que el aporte calórico total de las tres dietas estaría más o menos acorde con las necesidades energéticas de una persona con actividad física importante, aunque proporcionalmente las tres dietas a estudio poseen un déficit de calorías provenientes de carbohidratos que compensan con lípidos, especialmente las Hijas de la Caridad. Respecto a las proteínas, la comparación siempre es compleja porque la

⁴⁷¹ MARTÍN CERDEÑO, V. J. “Consumo de pan en España”, *Distribución y Consumo* Enero-Febrero 2011, Págs. 95-99. Disponible en Internet en la Web <http://www.mercasa.es/files/multimedios/1298392414_pag_095-099_Pan_3.pdf>.

⁴⁷² Insistir que ello afecta tangencialmente a nuestro año ya que la cosecha de 1833 se recogió previamente al inicio del conflicto; sin embargo, a partir del estío de 1834 la situación se agravaría.

cuantificación del prototipo actual, al atribuirle una alta actividad física, siempre considera una fisonomía atlética con altas necesidades protéicas (2gr/Kg/día),⁴⁷³ lo que en la realidad no siempre se da y menos en poblaciones históricas en cuyas necesidades calóricas totales ha de valorarse no sólo la actividad laboral o física externa, sino también un afrontamiento frente a las inclemencias meteorológicas menos dependiente de las capacidades de abrigo o calefacción actuales. Por tanto, puede considerarse lo dicho respecto a las recomendaciones de una dieta equilibrada, excepto la dieta de las monjas, excesivamente hiperproteica, las del hospicio y hospital cubrirían holgadamente las necesidades medias de proteínas.

Finalmente llamar la atención sobre tres elementos: primero, que la leche no aparece en las dietas estudiadas, lo que se comprende en la consideración hasta tiempos recientes de ser un alimento destinado sólo a la crianza o en dietas terapéuticas; segundo que el consumo de carne teórico evidenciado es de 373,3 (± 65) gr./día de media, muy por encima de los aproximadamente 100 gramos/día que calcula Rosario Porres para Vitoria a mediados del XVIII,⁴⁷⁴ o los 100-120 gramos señalados por Imizcoz y Manzanos para la nobleza vitoriana también en el XVIII.⁴⁷⁵ Por el contrario se acerca a las cifras dadas por Fernández de Pinedo para los canónigos de Cenarruza en algunos años de principios del XIX (la cifra más alta es 379 gr./día en 1810), “*una dieta de privilegiados, sin lugar a dudas*” muy alejada de la de los campesinos según el mismo autor;⁴⁷⁶ y tercero, que la patata todavía no aparece, reforzando la idea de que no será hasta la experiencia de la primera guerra carlista y el cólera cuando comience a introducirse este

⁴⁷³ Los modelos anglosajones utilizan una proporción algo menor, 2gr/libra/día.

⁴⁷⁴ PORRES MARIJUÁN, R. Op. cit., pág. 267: “*No obstante, puede afirmarse que los vitorianos parecían tener un consumo medio de carne aceptable para la época (unos 100 grs. al día)*”. Ha diferencia de la siguiente cita obsérvese que la alusión a “vitorianos” es genérica.

⁴⁷⁵ IMIZCOZ, J. M.; MANZANOS, P. *Historia de Vitoria*, Txertoa, 1997. Pág. 107: “*Por ejemplo, en el siglo XVIII un noble [de Vitoria] consumía al día entre 100 y 120 gramos de carne*”. Estos autores también cifran el consumo de pan en 350 gr., igualmente alejados de lo que muestran las dietas que estudio.

⁴⁷⁶ FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. Op. cit., pág. 120.

tubérculo en la dieta cotidiana, en la línea de lo defendido por Bilbao y Fdz. de Pinedo, por mucho que su mención en nuestra provincia pueda documentarse desde finales del XVIII.⁴⁷⁷

- Conclusiones.

Las apreciables diferencias halladas con respecto a lo presentado por otros autores, especialmente lo referido al consumo de carne, pone en entredicho la posibilidad de generalizar las dietas estudiadas como modelo de lo que pudo haber sido la alimentación cotidiana de los alaveses en el periodo estudiado. A favor de mis cifras se encuentra el testimonio directo de las dietas que, además, se mantienen similares en el tiempo (caso del hospicio y hospital), frente a las de los autores referenciados que realizan el cálculo de manera indirecta, a partir de cifras de compraventa de carne en las carnicerías, lo que podría inferirse como un mínimo, pues tanto la cría de ganado en los propios hogares como el abastecimiento en mercados no concejiles (caso de Vitoria) era una práctica habitual.

Centrándome en mis resultados, puede aseverarse que, de poder generalizarse estas dietas a la población general o a gran parte de ella y mantenerse durante el verano y otoño de 1834, la población alavesa no partió de una situación de desnutrición que pudiera haber aumentado la virulencia y letalidad del cólera; e, igualmente, que contó con los necesarios aportes energéticos y plásticos -excepción de algunos minerales- para afrontar una convalecencia exitosa.

⁴⁷⁷ La diferencia con el entorno francés es evidente en la mencionada instrucción para hacer frente al cólera que editara la Imprenta de Delmas en 1832, ya que en él la mención a la patata como alimento permitido durante la epidemia es clara, lo que la sitúa en el ámbito de lo cotidiano.

V.3. Estilos de vida.

Los determinantes dependientes de los estilos de vida vienen definidos como el conjunto de hábitos, conductas y respuestas cotidianas a las necesidades vitales que pueden influir positiva o negativamente en nuestra salud. En ellos la autonomía del individuo juega un papel crucial ya que teóricamente decidimos libremente nuestras conductas. Sin embargo, esto sólo es posible en condiciones óptimas en las que se cuente con información, voluntad y recursos suficientes para realizar una elección libre. De aquí que muchos autores incidan en destacar la influencia de aspectos socioeconómicos y culturales en los estilos de vida por encima del libre albedrío.

Desde el punto de vista teórico, los estilos de vida se consideran los factores más influyentes en la salud de las personas desde que Dever, en su estudio clásico, les otorgó un peso específico en la salud de un 43%. En la actualidad suelen destacarse los relacionados con la alimentación, actividad física, hábitos tóxicos (tabaco y alcohol esencialmente) o gestión de las emociones,⁴⁷⁸ ya que estarían detrás del desarrollo de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo o la conducta agresiva; elementos todos ellos íntimamente relacionados con la mayor parte de la mortalidad prevenible (por causas cardiocirculatorias, respiratorias, oncológicas y accidente/violencia mayoritariamente).⁴⁷⁹

En buena medida estos estilos de vida ya figuraban en los *regimina sanitatis* o “normas de vida” de la *dietetica* clásica que versaban sobre aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y

⁴⁷⁸ Este último elemento suele aparecer con terminologías muy variadas. Muy usual es la de afrontamiento del estrés o de la frustración, pero me parece más genérico el de gestión de las emociones o inteligencia emocional.

⁴⁷⁹ Otros elementos, como la higiene personal, no se destacan en nuestro entorno, en relación a la universalización del acceso al agua clorada y a la consideración de la existencia de unos hábitos mínimos saludables, si bien patologías en auge como las toxiinfecciones alimentarias o la reciente experiencia de la pandemia de gripe A (N1H1) de 2009 colocan intermitentemente a la higiene a la par de los otros grandes grupos de estilos de vida.

descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo. Estas *sex res non naturales* formarán parte habitual en las recomendaciones frente al cólera del XIX y, aunque el conocimiento y evidencia científica posterior contradijeran muchas de aquellas afirmaciones, lo cierto es que las recomendaciones presuntamente anticoléricas realizadas en el temeroso contexto de las epidemias arraigaron en la población. Al margen de la verdad o no de aquellas afirmaciones, el cólera ayudó a democratizar unos conocimientos o creencias sobre la bondad o riesgo de los comportamientos cotidianos que, hasta entonces, sólo se destinaban a las clases más pudientes. Más importante aún es insistir en que estos elementos de estilos de vida o de *regimina sanitatis* son los que vienen referidos en los textos del XIX como “higiene privada”, en los que puede aparecer el aseo, normalmente en relación a la transpiración (volátil y olorosa como las emanaciones del fango); pero la expresión en sí, “higiene privada”, de la documentación manejada, no se acerca en absoluto al concepto actual de higiene personal o íntima.⁴⁸⁰

En relación al cólera, los estilos de vida más influyentes en las sociedades actuales son los relacionados con la alimentación y con la higiene personal (en sentido actual de lavado), especialmente cuando ambos se vinculan en la transmisión directa fecal-oral. Al respecto, las

⁴⁸⁰ Los médicos vitorianos de 1832 en su memoria (op. cit., págs. 20 y 21) dejan buen testimonio de ello: “*Los medios prophylácticos, que debemos indicar, se reducen á dos clases: los relativos á los individuos en particular que es la higiene privada, y los de la Sociedad que comprende la higiene pública.*

*Con respecto á la higiene privada no podemos menos que aconsejar el mantener la traspiracion constante, evitando las causas que producen el estado catarral: conservar la calma moral, porque los pesares, el terror y las pasiones fuertes son causa de enfermedad: vivir en un aire puro, en una atmósfera nada viciada [...]: evitar con todo cuidado la humedad, viviendo en sitios secos y elevados, y separándose de la evaporacion de las aguas particularmente estancadas: cuidar que los vestidos sean secos y limpios, que abriguen suficientemente...”. Nada por tanto del lavado corporal. Incluso en fechas posteriores, en un discurso de investidura de Doctor referido a la higiene, todavía no hay rastro de alusiones a la higiene personal en un sentido actual. Cfr. QUIZA BALLESTEROS, P. *Historia e importancia de la higiene*, imprenta del colegio de sordo-mudos y de ciegos, Madrid, 1858.*

conductas saludables podrían resumirse en las contenidas en el decálogo o “reglas de oro” de la OMS para la preparación higiénica de los alimentos que, en esencia, inciden en la necesidad de usar siempre agua potable para la preparación de los alimentos, aplicar a éstos calor por encima de 70° en su centro y asegurar una correcta higiene por parte del manipulador de alimentos -en el caso del cólera centrado en un lavado escrupuloso de las manos tras la defecación o contacto con enfermos coléricos-.⁴⁸¹

V.3.1. Alimentación.

Tanto en la epidemia de cólera de 1834 como en las posteriores, las alusiones a los alimentos en relación a un efecto profiláctico o de predisposición son muy frecuentes, si bien la base explicativa resulta en general peregrina para la fisiopatología del cólera, pues se basaron en el efecto atribuido a algunos alimentos para tratar la dispar sintomatología que presentaban los enfermos, ensalzando por ejemplo alimentos astringentes frente a los ricos en residuos, alcalinizantes frente a ácidos, dietas blandas frente a indigestas, flatulentas o irritantes, etc., en un amplio repertorio de recomendaciones que resultaron, mayoritariamente, inútiles.

En Álava las primeras menciones al papel de los alimentos en el cólera se expresan en boca del alcalde de Vitoria Ramón M^a de Urrechu el 5 de abril de 1832, aunque de una forma muy genérica y con regusto a reproche moral que, por otra parte, se mantendrá inalterable a lo largo de la documentación alavesa relativa al cólera del XIX: “...*que en todos tiempos, pero en especialidad en la actualidad conviene la sobriedad en los alimentos, evitando las bebidas espirituosas, y los excesos de la mesa*”.⁴⁸²

⁴⁸¹ En propiedad ello implica también el área de contacto con el enfermo: su cama, sus pertenencias, etc.

⁴⁸² A.T.H.A. DH 218-3. La junta ordinaria de ayuntamiento había tenido lugar el 5 de abril, pero la publicación de la misma en una especie de bando bajo el título “Sanidad Pública” tiene fecha del 13 de abril de 1832.

De una manera mucho más concreta aparece la alusión a la alimentación en la Memoria facultativa de los médicos de Vitoria fechada unos días más tarde, el 27 de abril:

“Los alimentos que mejor convienen en general, son los que conservan un justo medio entre una acción debilitante manifiesta, y otra tónica sostenida: deben pues preferirse los del reino animal al vegetal: son pues generalmente perjudiciales las comidas fuertes, carnes ahumadas y saladas, las grasas, el exceso de las legumbres farinosas y mucilaginosas, las composiciones diversas de la leche, y los frutos acuosos.

*También son predisponentes del cólera, las bebidas de mala ó mediana calidad, todos los licores fáciles de fermentarse tan comunes en el Norte, el aguardiente, y los diversos licores espirituosos tan introducidos por la moda en nuestros días”.*⁴⁸³

Paralelamente circuló por Vitoria la publicación por la imprenta de Delmas de una traducción del francés con instrucciones sobre el cólera-morbo asiático de febrero de ese año, que contenían similares recomendaciones tanto sobre los alimentos como sobre los perjuicios de las bebidas alcohólicas.⁴⁸⁴ La exposición de este texto es especialmente extensa y pudo servir de base al de los médicos vitorianos. En cualquier caso, las recomendaciones de ambos pasan por alto -evidentemente por desconocimiento- que el efecto de los alimentos en sí sobre el cólera se debe mayoritariamente a su incidencia en el pH gástrico, siendo más protectores aquellos que lo acidifican y menos los que lo alcalinizan. Al contrario en general a como se defendía; así, el consumo de grasas, frutas, licores o vinos agrios, de los que se advierte de su peligro, especialmente en el texto francés, tendrían por contra un efecto protector. De otros muchos

⁴⁸³ Urbina, M.; Ruiz de Olano, S.; Fullá y Ribes, A.; Orive, L. *Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad, a la junta municipal de sanidad de la misma, sobre el cólera-morbo asiático...*, pág. 22. Consultado el ejemplar disponible en A.M.V. 17/27/16.

⁴⁸⁴ PARISET; ESQUIROL; DESGENETTES; LEROUX; JUGE; CHEVALLIER; MARC. *Instrucción sobre el cólera-morbo asiático*, págs. 12 a 17. Consultado el ejemplar disponible en A.T.H.A. DH-218.

podría decirse que el efecto es indiferente: puntualmente los de efecto astringente ayudarían y, casualmente, alguna recomendación podría ser indirectamente útil, por ejemplo cuando el texto de Delmas sugiere tomar la fruta asada en lugar de cruda, con lo que aplicando calor se eliminaría una posible contaminación, o cuando refiere que “*Las ensaladas, raices, en fin los vegetales crudos no convienen*”, pues su vinculación con aguas de riego o al lavarlas incrementa el riesgo de que puedan estar contaminadas. Igualmente sería válido el consejo de evitar excesos en la mesa, ya que comidas abundantes saturan la capacidad de los ácidos gástricos, pero el sentido de tal afirmación chirría al vincularse a conductas viciosas o reprobables, lo que si no era del todo claro en el texto de 1832, sí lo es en el de Roure de 1855:

“*Así se ha visto de un modo general atacar de preferencia el mal [entre otros] á los que han abusado de sustancias indigestas, de frutas mal sazoadas, de licores alcohólicos ó de los placeres venereos;...*”⁴⁸⁵

Recomendaciones similares se repetirán sin grandes diferencias en sus contenidos en las siguientes amenazas o epidemias: 1849, 1854, 1855, 1865 y 1885, con la única particularidad de que, si hasta mediados de siglo las recomendaciones dietéticas más desarrolladas parten de textos médicos, a partir de 1865 quedan incorporados a los textos generales de las instituciones políticas, por ejemplo en las “Instrucciones á los pueblos” firmadas por el diputado general de Álava, Pedro de Egaña, el 2 de noviembre de 1865, o en el “*Régimen aprobado por la Junta provisional de Sanidad de Vizcaya para precaverse del cólera morbo asiático...*” del mismo año, en el que se insiste en “*Comer pocas legumbres, verduras y frutas crudas...*”⁴⁸⁶, lo que no deja de llamar la atención cuando en las dietas analizadas en el punto anterior (Huésped susceptible) puede observarse que las

⁴⁸⁵ Roure, Gerónimo. Op. cit., pág. 31 y 32.

⁴⁸⁶ A.T.H.A. DH 157-8, para el texto de Pedro de Egaña; el texto conservado es una publicación del mismo en el periódico *El Porvenir Alavés* del 8 de noviembre y en *El Guipuzcoano* del 14 de noviembre. El de la Junta provincial de sanidad de Vizcaya se ha extraído de una copia conservada en la Fundación Museo Vasco de la Historia de la Medicina y de la Ciencia en Leioa.

legumbres constituían, junto al pan y la carne, la base de la alimentación cotidiana.

Además de los alimentos en sí tampoco faltó la mención a la manipulación de los mismos, aunque no en relación a su procesamiento o preparación final, sino vinculada sobre todo al comercio y al deseo de regular algunas prácticas que se consideraban perniciosas desde los postulados higienistas o miasmáticos.

“Que se aumenten las precauciones de limpieza en las carnicerías públicas, y se tomen en consideraron los perjuicios que pueden resultar á la salubridad de tener reunidas, en una calle estrecha como Correría, tanto número de tiendas de carne fresca y salada. [...] Los mataderos conservarán un aseo haciendo esportar fuera de la población diariamente los despojos inútiles que no han podido ser arrastrados por el agua, pues estas substancias por sus efluvios infestan la atmósfera, y dan márgen á epidemias. [...] Se velará con el mayor cuidado sobre la buena calidad de alimentos y bebidas: no permitiendo la venta de la carne sin que hubiese precedido el reconocimiento por un inteligente y declaracion de sanidad del animal, haciendo situar para su venta parages determinados, é inutilizando, arrojando ó quemando los ya corrompidos, alterados, ó degenerados, castigando á los vendedores con rigor.”⁴⁸⁷

Finalmente, en relación a la alimentación hay un elemento de enorme interés vinculado a las actuales terapias de rehidratación oral, que resultan básicas en la supervivencia al cólera en medios carentes de una adecuada infraestructura sanitaria que permita la rehidratación intravenosa. Roure lo relata como hallazgo casual,⁴⁸⁸ aunque previamente ya se habían hecho eco de ello su suegro, Antonio Fullá, y el resto de médicos vitorianos al redactar la memoria de 1832 cuando incorporaron una nota relativa a Broussais “*recordando los*

⁴⁸⁷ A.T.H.A. DH 218-3. Disposiciones del Ayuntamiento de Vitoria en Junta del 5 de abril de 1832.

⁴⁸⁸ ROURE, G. Op. Cit. Pág. 46. “*Por último se han observado bastantes casos en que la abstinencia de todo medicamento y el uso casi exclusivo de agua fria en la cantidad que deseaban los enfermos, han sido seguidos de curaciones.*”

felices resultados, que obtuvieron en Alemania con las bebidas frias y heladas".⁴⁸⁹ Sin embargo, se abstienen de aludir a ellas en sus recomendaciones, como sí harán otros textos, pero en sentido contrario, empezando por su paralelo francés que insiste en que "*toda bebida fria tomada estando acalorado, es peligrosa [...] es decir que no se ha de beber sudando*",⁴⁹⁰ lo que encuentro repetido en 1854 en unas recomendaciones de la *Gaceta de Madrid* donde se asegura que para el cólera "*Es perjudicial el beber cualquier liquido frio estando el cuerpo demasiado caliente ó sudando; el beber en gran cantidad ó cuando se está haciendo la digestion; el uso de las bebidas frias, de las acídulas, gaseosas y minerales; de los vinos, licores y todas bebidas fermentadas...*"⁴⁹¹

Resulta pues frustrante apreciar que desde el inicio del cólera en nuestro entorno se pudo haber tratado eficazmente a los enfermos con simple agua enfriada (no sólo rehidrata -idealmente habría de añadirsele sales minerales-, sino que el frío descontaminaba el propio agua de estar infectada y, además, servía de enlentecedor del peristaltismo intestinal), tal como sugería toda una autoridad mundial como Broussais. Es más, en julio de 1834 el *Boletín de Medicina, Cirujia y Farmacia* publicaba una "*Nota acerca del uso de la sal marina en la curación del cólera*"⁴⁹² de la mano de otra autoridad, Moreau de Jonnes, sustentada en evidencias anatómicas y fisiológicas donde se relataba incluso experiencias de administración endovenosas. Increíblemente, reposición electrolítica con suero fisiológico natural, por vía oral y endovenosa, en 1834, defendida por iconos de la medicina y la química respectivamente, y se prefirió seguir realizando sangrías y aplicando sanguijuelas.

⁴⁸⁹ URBINA; RUIZ DE OLANO; FULLÁ; ORIVE. Op. cit., Pág. 18.

⁴⁹⁰ DELMAS (Imp.), Op. cit, pág 14.

⁴⁹¹ G.M. n° 666 del 29 de octubre de 1854, pág.4.

⁴⁹² B.M.C.F. n° 9 del 31 de julio de 1834. Págs.68 y ss.

V.3.2. Higiene personal.

La alusión expresa al lavado de manos, en cuanto medida básica en la actualidad para reducir la transmisión directa, es inexistente en la documentación alavesa relacionada con las epidemias de cólera, ni tampoco la encuentro en las recomendaciones que salpican los números de la *Gaceta de Madrid* o el *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* que he consultado. Sin embargo, sí aparece documentado en algún estudio, como el de Martínez Fernández, en el que incluso se alude a elementos desinfectantes,⁴⁹³ aunque la impresión es similar a las referidas sobre terapias de rehidratación, meramente anecdóticas pues no se normalizaron ni, mucho menos, se generalizaron.

Junto al lavado de manos señalaba que su verdadero valor radicaba en asociarlo al acto defecatorio, o tras el contacto con enfermos de cólera, para romper el eslabón de la transmisión directa. Y, en relación a la defecación, la ausencia de infraestructuras facilitadoras de comportamientos higiénicos óptimos, desde el punto de vista de ser eficaces frente al cólera, fue la norma en las viviendas de menestrales y labradores, reducidas éstas a la existencia de un mero conducto de evacuación para sus excretas (y no siempre, tal como había documentado en el barrio del Arca de Vitoria) y al uso de bacinetas.⁴⁹⁴ Se presume que el número de deposiciones era superior al actual en relación al alto contenido de fibra de las dietas, lo que también produciría heces más formadas y por tanto menos adherentes a la piel exterior, a lo que también ayudaban las posturas más acuclilladas que permiten vaciamientos más completos que en el uso

⁴⁹³ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, J. “Algunos remedios contra el cólera en Asturias en el siglo XIX”, *Boletín del Real Instituto de Estudios Asturianos*, Año nº 32, Nº 95, 1978, págs. 601-609: “La Junta Provincial de Sanidad dio a conocer en 1855 unas «Reglas sanitarias» previniendo que «el que toque a un colérico, deberá lavarse con agua clorurada»”. Pág. 603.

⁴⁹⁴ Tampoco eran habituales en las casas de los más pudientes otras infraestructuras: “En España el «excusado seco» llega muy tarde y a finales del siglo [XVIII] son pocas las casas que cuentan con uno” (GRANJEL, M. “Empresas sanitarias de la Bascongada. La preocupación higiénica y sanitaria”, en VV.AA. *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina. Bilbao, 1985. Pág. 173).

de retretes actuales. En cualquier caso no había una higiene posterior rutinaria, ni anal ni manual: en medios rurales el recurso a hojas, paja, arena, etc., no hacía sino incrementar la contaminación de manos que no siempre se lavaban bajo la premisa de usar la izquierda para esos fines; en la ciudad, telas de uso múltiple eran peor solución que la más habitual de no hacer nada, sirviendo para ese fin el creciente uso de mudas interiores. De lavarse, el agua, siempre escasa, quedaba reducida a la contenida en un aguamanil, lejos todavía de un suministro doméstico que tardaría en aparecer y más aún en generalizarse. Otras veces la presencia de agua tenía misiones desodorantes y no de limpieza.⁴⁹⁵ Incluso con posterioridad a las experiencias coléricas, al conocimiento del agente biológico causal y del papel jugado por el agua en su transmisión, las infraestructuras relacionadas con la defecación e higiene posterior seguían igual de precarias en 1918, durante la epidemia de gripe, en lugares de tanto riesgo como dependencias escolares a cargo del municipio vitoriano.⁴⁹⁶

Pero, aunque no aparezcan alusiones expresas a un lavado de manos como medida profiláctica contra el cólera, no quiere decir que en la vida cotidiana no se realizase. Al contrario, dentro de la aversión hídrica que testimonian los historiadores de la higiene todavía en nuestros años a estudio, las partes visibles eran objeto de cuidado y apariencia. Manos y cara limpias junto a una vestimenta pulcra, fuera

⁴⁹⁵ GRANJEL, M. Op. cit. Págs. 172 y 173, alude a un ensayo de la Bascongada de 1766 titulado “Discurso sobre la comodidad de las Casas, que procede de su distribución exterior e interior” donde su autor o autores refiere que en el *“lugar común debense hacer armarios cerca de la silla, para poner en ellos aguas de olor, lienzos y otros utensilios”*.

⁴⁹⁶ A.M.V., AA.MM. Acta del 20 de noviembre de 1918. Fol. 24 v.: *“haciendo presente la necesidad de que los locales destinados a escuelas reunan el máximo de condiciones higiénicas; y que a este fin se autorice a la Comisión para establecer servicio de agua en los retretes del grupo escolar del Campillo, instalado en la antigua Normal de Maestros, y efectuar las obras necesarias para aislarlos de las clases y dejarlos en buenas condiciones”*.

de la práctica laboral, eran reflejo de normalidad moral,⁴⁹⁷ del acatamiento a las normas de socialización; ir decente, ser decente.⁴⁹⁸

También, como parte del ritual religioso cotidiano, el alimento debía recibirse con las manos limpias, purificadas, pues además de asumirse como un don divino simbolizaba el cuerpo de Cristo. Así el uso de aguamaniles será frecuente en las mesas. Sin embargo, ello dista mucho de que en 1834 pudiera ser claramente protector del cólera por el simple hecho de que el agua carecía de elementos desinfectantes, pudiendo por tanto ser fuente de transmisión y, en cualquier caso, tenían un uso colectivo aumentando el riesgo de contaminación cruzada.

Finalmente, quiero recalcar lo anticipado a las expresiones relativas a una higiene privada que salpican la documentación relacionada con el cólera. Éstas atienden en general a los seis elementos ajenos al cuerpo de la *dietetica* clásica o galénica,⁴⁹⁹ dentro de cuyo apartado referido a las excreciones y secreciones suelen aparecer las referencias al baño y, en virtud a ello, también en las recomendaciones frente al cólera aparecen alusiones al aseo como preservativo de la epidemia,⁵⁰⁰ siendo el número de referencias mayor

⁴⁹⁷ “El tema de las manos limpias y del rostro liso no es un tema «sanitario». La imposición, directa y sin comentarios, proviene de una obligación moral. Su objetivo es la decencia antes que la higiene”. VIGARELLO, G. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*, Alianza, Madrid, 1991. Pág. 66.

⁴⁹⁸ “A decir verdad, lo que entonces entienden por higiene los círculos escogidos, cuando se trata del pueblo, tiene que ver ante todo con la apariencia. Estar limpio significará en primer lugar no tener manchas [...], llevar limpia la ropa, evitar la grosería en los modos, llevar cuidado el pelo, lavarse con cierta frecuencia las manos, si es el caso «lavarse la cara», y, ya más adelante, echarse agua de Colonia”. CORBIN, A. “Entre bastidores”, en Ariès, Philippe; Duby, Georges (Dir.) *Historia de la vida privada*, Tomo 4 “De la Revolución francesa a la Primera Guerra mundial”, Taurus, Madrid, 1989. Págs. 450-452.

⁴⁹⁹ Que como he señalado previamente, se dividían en: aire y ambiente, comida y bebida, movimiento y descanso, sueño y vigilia, excreciones y secreciones, y afectos del ánimo.

⁵⁰⁰ “...habiéndose reconocido generalmente en los países afligidos por esta calamidad, que el aseo y la limpieza [...] eran condiciones necesarias de un sistema racional de preservación...” (A.T.H.A. DH 218-3), en 1832, o Roure en 1855: “Lo

y más explícitas a medida que avanzamos en el siglo. No obstante, al margen de que dichas recomendaciones chocaran con las prácticas higiénicas de la mayoría de la población,⁵⁰¹ tanto por las creencias instauradas como por las infraestructuras existentes, deben de entenderse en un mismo sentido que las realizadas sobre la higiene pública, esto es, el riesgo sigue estando en la corrupción aérea por los miasmas, cuya delación todavía no puede ser objetivada sino percibida a través del olfato, y no en la suciedad misma, que bastaba con removerla con cierta frecuencia para mantener la apariencia de limpieza exigida por las normas sociales. *“La ropa interior reemplaza al agua para proteger el cuerpo de las pestilencias del aire [...] cambiar la camisa equivale a nuestra ducha”*.⁵⁰²

En esta última afirmación predomina aún la percepción exclusiva del peligro externo: cambiaban y lavaban la ropa para deshacerse de los miasmas aéreos que se iban adhiriendo a la misma. Sin embargo, durante el XIX, en relación a las experiencias coléricas y su vinculación con el hacinamiento y la pobreza, poco a poco a los grandes temas públicos de riesgo miasmático (pantanos, cementerios, cárceles, hospitales, etc.) se irán añadiendo el producido por la guarida del pobre y el emanado de él mismo. Al riesgo externo se unirá el interno de la transpiración fisiológica y, en relación a ello, las recomendaciones de aseo como profiláctico del cólera irán en aumento a lo largo del siglo, pero en la práctica ello queda referido a los cambios de muda y ropa frecuentes. La ropa limpia ya no será sólo una cuestión de moral social sino también de higiene social, la barrera que protege a los demás del hedor enfermizo de pobre. En definitiva, no es sino la misma aplicación de la higiene pública de drenar la suciedad para evitar la percepción olorosa, la misma táctica de ventilación que se exige a las casas y el entorno doméstico.

mismo que todas las afecciones epidémicas, ha contado el cólera con [...] la mala observancia de las reglas de higiene pública y privada [...] Así se ha visto de un modo general atacar de preferencia el mal [entre otros] á las personas que descuidaban el aseo” (Roure, G. “Memoria histórico-estadística...”. Pág. 32).

⁵⁰¹ Cfr. VIGARELLO, G. *Lo limpio y lo sucio...*

⁵⁰² MANZANOS ARREAL, P. Op. cit., pág. 226, siguiendo a Hildesheimer.

Por tanto, si las orientaciones de higiene pública no acertaron a corregir el mecanismo más peligroso, la mezcla de aguas residuales con las de abastecimiento, en cuanto a los estilos de vida que nos ocupa, las recomendaciones que aparecen sobre todo a partir de 1855 en relación a la higiene doméstica, personal e íntima, fueron igualmente inútiles porque no actuaron eficazmente sobre los mecanismos de transmisión directa fecal-oral, centrándose en las mismas prácticas de desodorización que se recomendaban para los espacios públicos, pero aplicadas a los entornos domésticos y personal.

V.3.3. Otros factores de estilos de vida.

En la actualidad está bien evidenciada la disminución de la competencia inmunológica en personas que cursan con estados ansioso-depresivos, por lo que han de considerarse como sujetos susceptibles a las infecciones de forma similar a como se consideraría a un enfermo crónico de patologías orgánicas. Estos estados mórbidos no formarían parte de los estilos de vida, a diferencia de otros trastornos mentales, como algunos tipos de personalidad, que en parte dependen de conductas aprendidas y, por tanto modificables. En la actualidad formarían parte de los factores biológicos o medioambientales según el origen sea endógeno o exógeno. Sin embargo, en la *dietetica* galénica y especialmente en el XIX, dentro del contexto del debutar de la frenología y ciencias afines, los estados de ánimo cobraron una gran importancia. De aquí que en todos los apartados de recomendaciones profilácticas del cólera tuvieran alguna cabida junto al resto de advertencias “dietéticas”.⁵⁰³

⁵⁰³ “En vista de los datos antecedentes, la reflexion del poco peligro que se corre de ser atacado por el Cólera, debe tranquilizar los ánimos: por consiguiente, no debe tenerse inquietud ninguna ni acordarse de la enfermedad, mas que para poner en práctica las precauciones que pueden libertarnos de ella: cuanto menor fuere el temor tanto menor será el peligro; pero como la paz y reposo del espíritu es un preservativo grande, debe evitarse todo lo que puede excitar conmociones fuertes, como la ira, el terror, los placeres excesivamente vivos &c”. DELMAS (imp.) *Instrucción sobre el cólera-morbo asiático...*, pág. 7.

Ahora bien, de la coincidencia en que antes y ahora pueda señalarse a algunos trastornos del ánimo como más susceptibles al enfermarse, no debe sacarse la equivocada idea de que hablamos de lo mismo. Hoy decimos que tienen disminuidas sus defensas y que pueden desarrollar más fácilmente la enfermedad, pero sólo si se infectan previamente. En 1834 prácticamente hablaban de génesis espontánea del cólera: “*conocemos señoras que no han debido à otra causa el ser invadidas del cólera [que el ver el carro mortuorio]*”.⁵⁰⁴ Luego nada que ver.

Junto a estas recomendaciones, hoy consideradas peregrinas, he referido previamente la también inclusión de advertencias sobre el consumo alcohólico o las prácticas sexuales. Al igual que la de los afectos del ánimo son recomendaciones que formaban parte del contexto de los *regimina sanitatis*, dentro de los apartados de comida-bebida y excreción-secreción. Por tanto, que aparezcan junto a otras encomiendas relativas a las *sex res non naturales* como la comida, la vestimenta, el sueño o la actividad, no es algo nuevo ni mucho menos extraño. La novedad radica en que estas “normas de vida” hasta entonces pertenecían al ámbito privado, eran casi revelaciones de los médicos que ejercían liberalmente a sus clientes privados y, sin embargo, durante el cólera van a difundirse al conjunto de la población.⁵⁰⁵

A diferencia de lo que opinaban los teóricos del XIX, en el alcoholismo hoy se aprecian elementos protectores frente al cólera como un menor consumo de agua y un aumento de la acidez gástrica. Tampoco la actividad sexual coital se considera hoy una vía de contagio para el cólera en contextos de higiene corporal, lo que no

⁵⁰⁴ *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* n° 9 del 31 de julio de 1834. Pág 72.

⁵⁰⁵ Esta presentación aséptica de las recomendaciones sobre el consumo de alcohol y el sexo en el contexto de la *dietética* neohipocrática, como orientaciones netamente médicas, tiene que ver con la finalidad de este capítulo, cuya orientación en general ha sido sanitaria; sin embargo, ello no quiere decir que asuma por defecto las posiciones funcionalistas tan habituales desde perspectivas médicas y, de hecho, en el próximo capítulo se contrastará con las posiciones estructuralistas de control social coercitivo en el contexto del adoctrinamiento higiénico y moral.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ocurría en el XIX. Sin embargo, no era ésta la orientación de los textos originales de la *dietética* respecto al sexo -y muy probablemente tampoco la de primeros del XIX- sino en relación a la pérdida de vigorosidad a partir de la excreción seminal, por lo que ya he adelantado del riesgo de hacer lecturas o interpretaciones morales en estos textos de 1834.

V.4. Estructura sanitaria.

Los determinantes de salud dependientes de la estructura u organización sanitaria hacen referencia al conjunto de recursos humanos y estructurales que posee una comunidad para cubrir las necesidades sanitarias de su población, así como al sistema de organización que adopta. Englobaría al personal sanitario, hospitales y centros de salud como elementos más reconocibles, pero también estarían integrados los sistemas de prevención de riesgos laborales, de vigilancia medioambiental, laboratorios, universidades, etc. Suelen medirse a partir de parámetros de calidad, cobertura y gratuidad.

En relación al cólera, la estructura sanitaria juega actualmente un papel esencial en la detección precoz de los reservorios, la profilaxis vacunal, el diagnóstico precoz de los casos y, sobre todo, en el tratamiento de los enfermos con terapias de rehidratación y antibióticas. Su efecto se deja sentir sobre todo en la mortalidad, ya que el cólera no alcanza un 1% de mortalidad cuando se cuenta con una respuesta sanitaria adecuada mientras que, sin ella, la mortalidad puede superar el 41%⁵⁰⁶ según el serotipo que provoque la epidemia o la susceptibilidad de la población a la que ataque. Esto no debe ocultar que el arma más eficaz frente al cólera sigue siendo su prevención, y ésta se basa fundamentalmente en la corrección de los determinantes medioambientales y de estilos de vida. Dicho de otra manera, en los países industrializados la prácticamente nula incidencia del cólera no es debida a que se cuente con más hospitales o antibióticos, sino a la universalización del acceso al agua clorada, a la correcta gestión de las aguas fecales y a unos hábitos de higiene personal extendidos.

En 1834 se desconocía el reservorio del cólera y el papel transmisor del agua, tampoco había vacunas o antibióticos, el diagnóstico estaba supeditado tanto a la ignorancia práctica sobre la enfermedad como a las presiones políticas y económicas, y las

⁵⁰⁶ Datos para 2004 del informe de la O.M.S., “Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire” nº 31, 5 august 2005, 80, 261-268. *Cholera*, 2004. Pág. 261. Disponible en Internet: <<http://www.who.int/wer>>. También en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/index.html>>.

terapias de rehidratación no pasaron de meros ensayos. En resumidas cuentas, más allá del apoyo y del acompañamiento, de la asistencia paliativa y de la minorización del sufrimiento, la estructura sanitaria alavesa, como la del resto de España, sólo demostró ante el cólera sus carencias. Y esa evidencia fue la que precisamente permitirá, con posterioridad a la trágica experiencia del cólera, y tras la guerra, emprender una importante transformación de la misma.

Así pues, los determinantes dependientes de la estructura sanitaria, al margen del innegable esfuerzo y sacrificio de su personal, jugaron un papel absolutamente ineficaz durante la epidemia de 1834. Y esto no se pondera lo suficiente porque, a pesar del evidente fracaso, parte de esa estructura sanitaria representada por el personal más cualificado, los médicos, que en 1834 aparecen en Álava tras la estela de los políticos, en 1855 se arrogarán el papel protagonista y, curiosamente, en 1865-85, aunque el protagonismo lo recuperan los políticos, lo harán con un lenguaje totalmente medicalizado. Cabe preguntarse entonces qué agradeció la élite dirigente a una medicina que no frenó la devastación del cólera, y cómo o porqué se producirá el maridaje entre poder político y medicina en nuestra provincia.

El análisis de lo sucedido en Álava es parte del capítulo próximo, pero he considerado necesario describir previamente cuál era el punto de partida que, en definitiva, no es otra cosa que hacer referencia a la estructura sanitaria existente en 1834, por lo que he considerado oportuno presentarlo en este punto aun a riesgo de desviarme de la temática de los determinantes de salud, pues propiamente el efecto de la estructura sanitaria sobre el cólera en 1834 ya se ha resumido en su ineficacia.

V.4.1. Infraestructuras.

En Álava, como en el resto del país, al inicio del XIX no existía una organización sanitaria estable que velara por la existencia y la homogeneidad de recursos asistenciales en todo su territorio, dependiendo de cada localidad o municipio -vía autorización real- hacerse con los servicios sanitarios que pudiera, así como crear o

conservar estructuras físicas, como hospitales o asilos, que considerase necesarias. Sólo ante situaciones excepcionales, como lo será la epidemia de cólera de 1834, se articulaban medidas de organización supralocal, caso de la Junta Superior de Sanidad de Álava, que se arrogaba la capacidad de gestionar los recursos globales de su territorio en pos de un objetivo concreto: generalmente tratar de frenar el avance de la epidemia o aminorar sus efectos, para volver a disolverse pasado el peligro.⁵⁰⁷ En el caso alavés y respecto a su creación en julio de 1834 por la Diputación, ya he referido su reducida capacidad de actuación derivada del control carlista en buena parte de la provincia, así como la inexistencia de una organización similar por parte de los sublevados.

Esta “autonomía” local determinará una gran variabilidad en cuanto a los recursos sanitarios presentes en los pueblos alaveses, tanto respecto al personal como a estructuras físicas de tipo hospitalario o asilar.

Insisto en ligar lo hospitalario y lo asilar porque en la mayor parte de los pueblos que contaban con alguna infraestructura bajo denominación hospitalaria, ambas actividades quedaban unidas. Los hospitales rurales que disponían de alguna renta para su sostenimiento mezclaban la asistencia a viajeros y peregrinos con la acogida a desamparados -enfermos o no- locales, o bien repartiendo limosnas para su supervivencia a cargo de sus rentas. Incluso en el caso de Vitoria, donde estas instituciones evolucionaron más claramente hacia concepciones cercanas a lo que hoy entendemos como hospital y asilo, adquiriendo cierta independencia la asistencia al enfermo y al desvalido, no hay una frontera bien definida todavía en torno a nuestro año 1834.

⁵⁰⁷ En palabras de Viñes, “*Las medidas sanitarias a lo largo del siglo XIX y buena parte del XX no tienen carácter estable, sino que son adoptadas por el Estado cuando «santabárbara truena»; cuando la mortalidad epidémica es asoladora*”. VIÑES RUEDA, J. J. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*, Gobierno de Navarra, 2006. Pág. 26.

Salvando el caso de Vitoria por su distinta evolución, lo cierto es que la práctica totalidad de aquellas construcciones rurales no eran en realidad sino agónicos rescoldos de hospitalillos ligados originalmente al peregrinaje. Desde la baja Edad Media, parejo al crecimiento de las villas, comenzaron a proliferar instituciones denominadas hospitales como fundaciones pías creadas por el estado nobiliario y eclesiástico, en sus mandas testamentarias, con el fin de salvaguardar sus almas en el tránsito al más allá, dejando cumplimiento del deber cristiano de auxilio al pobre y al enfermo.⁵⁰⁸ Además de las fundaciones personales, existieron fundaciones colectivas de gremios y cofradías. La mayoría tuvieron como objetivo la asistencia a los peregrinos o romeros, a los enfermos pobres de sus respectivas villas y a los impedidos igualmente pobres, aunque en los gremiales era frecuente dar prioridad o exclusividad -excepto el peregrinaje- a sus miembros, en una manifestación de apoyo mutuo frente a la adversidad propia del momento.

Al inicio de la Edad Moderna el elevado número de estos centros y la paulatina reducción de sus rentas amenazaban la pervivencia de muchos de ellos, por lo que se procedió a concentrar hospitales y rentas de acuerdo a las disposiciones emanadas por el Papa Pío V y el Rey Felipe II,⁵⁰⁹ lo que no impidió a lo largo del siglo

⁵⁰⁸ Lo cual no impide la pervivencia de centros fundados en el alto medioevo fundamentalmente ligados a monasterios y santuarios (Barria, Estíbaliz o Angosto en Álava), o lazaretos vinculados al Camino de Santiago (Salvatierra y Vitoria en Álava). No obstante, el sentido de proliferación queda unido a la fundación de villas y su desligue del ámbito señorial.

⁵⁰⁹ Mantengo la versión de disminución de las rentas por ser la más extendida y contrastada, además de que en Vitoria parece ser ésta la causa manifestada. Sin embargo, no debe olvidarse que la Real Provisión de Felipe II (y los intentos previos de Carlos I y los RR.CC.) incluía como fines acabar con la picaresca de algunos patronos (herederos del fundador, cofradías, gremios, etc.) que se aprovechaban de las rentas de estos centros y el especial trato fiscal de los mismos, sin la contraprestación requerida de utilizar el hospital para sus fines legítimos de atención al pobre, peregrino o impedido. Fraude sobre el que ya había puesto su ojo el Concilio de Trento.

La unificación de los hospitales y la concentración de sus rentas en Vitoria se efectuó en 1590, si bien, como en muchas otras ciudades españolas, se venía reclamando desde principios del siglo XVI.

siguiente que se sucedieran nuevas fundaciones hospitalarias⁵¹⁰ con idénticos fines a los medievales en relación al ambiente ultrareligioso promovido por la Contrarreforma y la trágica situación social de la España del XVII, hasta el punto de leerse en las Constituciones Sinodales de Calahorra de 1698 que “*son comunes en todos los lugares, por pequeños, y pobres que sean*”.⁵¹¹

En Álava, desde la alta Edad Media y hasta la Provisión Real de 1739, se conoce la existencia de 76 hospitales,⁵¹² aunque se presume

⁵¹⁰ La concentración hospitalaria de Felipe II hizo que muchos hospitales de fundación particular pasaran a ser de control eclesiástico, lo que incrementó las quejas de las ciudades cuyos procuradores intentaron integrar los hospitales concentrados bajo jurisdicción de la ciudad, y no bajo la episcopal. El Rey, que dio garantías de que independientemente de la nueva jurisdicción se respetarían las disposiciones fundacionales, accedió a otra demanda: la de que podían fundarse nuevos hospitales. En el caso vitoriano del hospital Santiago no existió tal confrontación ya que únicamente se concentraron los tres centros que ya estaban bajo patronato de la ciudad, quedando los otros dos hospitales de la ciudad siendo privados y sin unificar. Puede leerse un buen trabajo sobre el tema en GARCÍA ORO, J.; PORTELA SILVA, M. J. “Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato”, *Cuadernos de Historia Moderna* nº 25 monográfico, 2000, páginas 87-124.

⁵¹¹ Constitución V, página 523 de las *Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada. Reconocidas, reformadas, y avmentadas novissimamente por el ilustrísimo Sor D. Pedro de Lepe Obispo deste obispado, del consejo de sv Majestad, &c. En el Sínodo Diocesano, qve celebroy en la ciudad de Logroño, en el año de mil y seiscientos y noventa y ocho*, Impresas en Madrid por Antonio González de Reyes en 1700. Consultado el ejemplar de la Fundación “Sancho el Sabio” de Vitoria.

⁵¹² La cifra está calculada tomando la referencia del espacio geográfico de Álava en el siglo XVIII, excluyendo el Condado de Treviño (Burgos), la Hermandad de Orozco (pasa a Vizcaya en 1558) y las incorporaciones pasajeras del siglo XV. Se incluyen sólo los hospitales conocidos documentalmente. En el caso de Vitoria se contabilizan, además de los de patronato particular de San Pedro y San José, los de Santiago (Nuestra Señora del Cabello), San Lázaro y Santa María de patronato municipal aunque se concentren en 1590 en el de Santiago. (El de Santa María volverá a la actividad como hospicio o asilo). No se incluyen los especulativos, entre los que podríamos citar los vestigios románicos asociados al Camino de Santiago de Alaiza, Gazeo o Armentia (Sede Episcopal altomedieval), cuya importancia sitúa a estos lugares especialmente ligados a la ruta jacobea; o los importantísimos conventos mendicantes de San Francisco y Santo Domingo en Vitoria a partir del

que debieron existir muchos más, ya que en la documentación se cita a menudo traslados de enfermos a pueblos en los que no se ha documentado todavía la presencia de estos centros.⁵¹³

Una buena parte de ellos se encontraban sobre la antigua ruta jacobea y existían ya en la Edad Media, otros se relacionan con monasterios y santuarios,⁵¹⁴ y, finalmente, con la ruta hacia los puertos de Bilbao y Castro de la lana castellana y el vino de La Rioja.⁵¹⁵

En 1739, la Provisión Real de Felipe V para conocer el estado de conservación y funcionamiento de estos centros, por su sistematización y ámbito, a pesar de estar incompleta, ofrece un fiel reflejo de su estado real en un periodo previo a las guerras de la Convención y de Independencia, que arruinarían muchos de estos centros,⁵¹⁶ así como de las sucesivas desamortizaciones que, salvo las

siglo XIII; o la general creencia de que el primitivo Hospital de Santiago (entonces Nuestra Señora del Cabello) se ubicó sobre un hospital para peregrinos ya existente.

⁵¹³ Así por ejemplo en el hospital de Villarreal: “*Yten 8 reales por la conducción de 4 pobres enfermos desde la Villa hasta el lugar de Luco...*” (año 1748). Recogido por ITURRATE SÁENZ DE LA FUENTE, J. “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”, *Ohitura* n° 4, 1986, pág. 32.

⁵¹⁴ Hay datos sobre hospitales en los monasterios de Barria y Estíbaliz, así como en el Santuario de Nuestra Señora de Angosto. Se relacionarían además con estos centros de culto y peregrinación los hospitales de villas como Villarreal (Santuario de Urkiola), Arceniega (Nuestra Señora de La Encina, donde hay referencias a un hospicio), Llodio (Santa María del Yermo), o Bernedo (Nuestra Señora de Ocón).

⁵¹⁵ Ambos caminos, el primero desde Burgos y el segundo desde Logroño, confluían en Vitoria convirtiendo a esta villa en potente base comercial, siendo muestra de ello su pronta nominación como Ciudad, en 1431, o aún más teniendo en cuenta que carece de mar, su participación en la Hermandad de las villas de la Marina de Castilla en 1296.

⁵¹⁶ Durante estos conflictos, al igual que después con las guerras Carlistas, muchos de estos hospitales rurales sirvieron de “hospitales de sangre”, o fueron despojados de su mobiliario y menaje para las necesidades de aquellos. Otros, como el de Arceniega, fueron derruidos durante la primera carlistada para reforzar las defensas de la villa. Finalmente, casi todos hubieron de exprimir sus rentas para afrontar la calamitosa pobreza de la población que acompañó estos enfrentamientos, o para saciar las exigencias de recursos de los ejércitos dominantes de turno. Cada uno de los hospitales tiene su propia herida de guerra, algunos desaparecieron tras ella, otros sobrevivieron y, en los casos más emblemáticos, fueron reconstruidos con

excepciones que se acogieron a las exenciones por su carácter benéfico, terminarían por borrar esta secular forma de asistencia a lo largo del XIX.⁵¹⁷ La información de esta Provisión es por tanto sólo aproximada respecto a cuál podía ser la situación hospitalaria real en Álava en torno a 1834, pero no se dispone de ninguna otra fuente de esta calidad y fiabilidad posterior.

Las contestaciones de las Hermandades⁵¹⁸ de la provincia de Álava a la requisitoria de Felipe V⁵¹⁹ están incompletas, ya que únicamente aparecen recogidas las referentes a 27 de las 53 Hermandades alavesas, desconociéndose si las ausentes se deben a

suscripciones populares, lo que evidencia un interés específico de la población de estas villas por su existencia, sólo explicable por las ventajas sociales percibidas por aquellas gentes.

⁵¹⁷ Ha de hacerse notar en Álava al menos un caso a la inversa. Es decir, que la Ley desamortizadora impulsa la actividad hospitalera. Se dio en el Santuario de Nuestra Señora de Angosto, junto a Villanañe, que contaba con un hospital datado desde al menos el 1167, pero que no aparece en la relación de su Hermandad a la Provisión Real de 1739, lo que parece indicar su abandono o ruina. Si bien fue utilizado como hospital de sangre durante la guerra de Independencia en 1813, no hay constancia de su actividad fuera de ese periodo. Cuando en 1841 se dicta el decreto sobre incautación de los bienes de los Religiosos, el Ayuntamiento de Villanañe se acoge a la disposición del párrafo III, artículo 6º, que exceptuaba de la desamortización los establecimientos de beneficencia. Confirmada en 1845 la posesión interina al Ayuntamiento, éste pone en marcha medidas para el restablecimiento de la actividad hospitalaria que se culmina con un Reglamento en 1857.

⁵¹⁸ El término Hermandad, en el sentido del texto, se acuña en el bajo medioevo como respuesta de las villas a la situación de inestabilidad vivida por las presiones de la nobleza feudal en el contexto de crisis de este sistema productivo en la baja Edad Media. Desde 1282, varias villas alavesas están presentes en las Hermandades Generales castellanas en su “lucha contra malhechores”. Con independencia de estas hermandades generales, dentro del suelo alavés se desarrollaron otras de carácter local, que constituyen un primer paso en la creación de la Hermandad provincial de Álava, que se producirá a partir de 1417, y que se considera el génesis de la articulación de la provincia. En el siglo XVIII Álava se hallaba dividida en 53 Hermandades.

⁵¹⁹ Se hallan recogidas en 2 tomos en el Archivo Histórico Nacional bajo las signaturas 12.629-15 y 12.629-16. La copia microfilmada utilizada para este trabajo se ha donado al A.T.H.A.

que se ha perdido parte de la documentación,⁵²⁰ o a que parte de las Hermandades no contestaron a la Provisión Real, quizá porque en las mismas no existía ningún centro hospitalario, ya que en 17 de las ausentes no conocemos la existencia de hospitales en ningún momento anterior, mientras que sí los hubo en las nueve restantes.⁵²¹

En 1739 Felipe V da a entender un panorama hospitalario ruinoso,⁵²² no obstante, en Álava siguen documentándose en la Provisión Real 43 centros en 27 Hermandades, aunque habrá que matizar que de ellos solamente funcionan 36,⁵²³ de los cuales 22 mantienen rentas que les permiten subsistir con autonomía, sustentándose el resto mediante el patronato municipal, las limosnas o a través de la Hospitalera.⁵²⁴

Aunque en varios hospitales se mantiene el apelativo fundacional de servir para el acogimiento de peregrinos, en 1739 esencialmente dan asistencia a transeúntes pobres o mendicantes,

⁵²⁰ Es significativo que el volumen segundo (12.629-16) se inicie con la información de Laguardia, Oyón y Cripán aludiéndose a que se vuelven a enviar ya que se habían perdido los originales, lo que parece evidenciar un interés firme por recabar una imagen completa y fidedigna de toda la provincia. Por ello me inclino más a pensar en la pérdida de un tercer volumen que a la falta de contestación por parte de las Hermandades ausentes.

⁵²¹ Hay que hacer notar que varias páginas en ambos tomos se encuentran ilegibles, lo que probablemente haga variar estas cifras, ya que posiblemente se cite en alguna de ellas a Hermandades que consideramos como ausentes.

⁵²² “...se hallaba con noticias, que de los Hospitales, que estaban fundados en estos nuestros Reynos, assi para la curacion de Enfermos pobres, como para el acogimiento de hospedage de Peregrinos, se hallaban muchos de ellos casi abandonados, sus fabricas ruinosas, sus rentas, ò perdidas, ò mal administradas, vsurpadas, y sin disposicion alguna, para que sirviessen à los fines piosos de su ereccion...”. (A.H.N. sig. 16.629.15/16).

⁵²³ La cifra hace referencia a los datos de la Provisión Real aunque puede variar algo según matizaciones. Por ejemplo el de Guevara lo están reconstruyendo y aún no funciona ese año, en Contrasta se expresa que no existe y sin embargo Iturrate documenta dos hospitales que perduran hasta el siglo XIX, el de Apellaniz que aparece funcionando en 1739 se vende en 1752, el de Corres ha desaparecido diez años antes, en 1728, y no lo menciona el informe de la Hermandad, etc.

⁵²⁴ Algunos hospitales ceden la casa y sus heredades gratuitamente al hospitalero a cambio de que mantenga el edificio, además de la propia labor hospitalera.

tanto sanos como enfermos. Si bien en dos casos excluyen expresamente el acogimiento de enfermos,⁵²⁵ la mayoría, 22 hospitales, hacen mención a los enfermos de manera expresa, aunque los trasladan a otros hospitales en cuanto pueden hacerlo, haciendo noche o no en el centro. Del resto que no menciona con claridad a los enfermos habrá de suponerse que con mucha probabilidad los acogían. Al menos seis de ellos incluyen a los enfermos pobres o impedidos de sus respectivas villas, aunque en tres casos más se tiene la seguridad de que también lo hacían. Llama la atención la alusión en el hospital de Salvatierra de “*prefiriendo los pobres naturales de esta dicha villa*”, lo que parecería una excepción al ser el único pueblo que lo expresa. Sin embargo, los estudios de Iturrate sobre los hospitales de Villarreal y Arceniega nos muestra numerosas citas en las que esta acción asilar para con los vecinos desvalidos tiene un valor esencial, lo que podría interpretarse en la misma dirección que la señalada por Salvatierra.

Entendemos este valor reconocido al hospital por sus propios vecinos como la aportación de un beneficio que superase la incomodidad de ser foco de atracción para los viandantes pobres, y quizá delincuentes. En la Provisión Real no se aprecia esa asistencia al propio pueblo con el detalle que nos muestra Iturrate en sus monografías sobre Arceniega y Villarreal, pero probablemente muchos de estos hospitales compartían forma de actuar. Así, puede estimarse cómo la actividad del hospital para con sus paisanos iba más allá de la faceta asilar, entre otras cosas por el corto número de camas que disponían y porque muchos de los necesitados contaban con familia o con suficiente autonomía para no ingresar en él. En consecuencia, interpretando las mandas testamentales del fundador, o bajo el parecer del patrono o del administrador, parece común utilizar las rentas del hospital como tesorería de una asistencia caritativa

⁵²⁵ Se trata de los hospitales del Valle de Ayala y del de Sarría. En el primero la alusión no está del todo clara: “*pobres como no esten enfermos*”, pero sí en el segundo “*una casa que sirbe para el hospedaje y recogimiento de pobres transittantes y no para enfermos*”. En cualquier caso una excepción dentro de la norma habitual de estos centros.

pública, para repartir limosnas a pobres, vestir a huérfanos o ayudar a quien ha sufrido un revés.⁵²⁶

En consecuencia, en un contexto histórico donde la frontera entre la subsistencia y la pobreza es enormemente frágil y cualquier contratiempo puede dejar sumida a una familia en las garras del pauperismo, es entendible la casi veneración de una población hacia su pequeño hospital cuando es consciente que su existencia puede ser vital en el mantenimiento de esa frontera. De otra forma no podría entenderse por ejemplo el ímpetu reconstructor de Arceniega una vez que su hospital quedó derruido tras el embate de la primera guerra carlista.

Los cuidados ofertados en estos hospitales son los que suelen denominarse “paradomésticos”; es decir, aquellos cuidados que una persona obtendría de su entorno familiar, de contar con él, para cubrir sus necesidades. En definitiva, el hospital y los hospitaleros suplirían al hogar y al apoyo familiar necesario a quienes no contaban con ellos, de modo transitorio como peregrinos o viajeros, o permanente como ancianos o viudas dependientes, ofreciéndoles sustentos básicos como el descanso, el calor o el alimento, y otros más avanzados como el suministro de medicamentos o el traslado a otros centros y lugares, pero también cubriendo necesidades superiores como las espirituales y el buen morir.

Así pues debe quedar claro que los usuarios de estos centros no lo son directamente por ser pobres, sino por no disponer de vivienda donde ser visitados y atendidos, pues la asistencia hasta el siglo XX será mayoritariamente domiciliaria, o por carecer de los apoyos familiares necesarios para aplicar y dar continuidad a los cuidados pautados por los distintos profesionales sanitarios. Los enfermos

⁵²⁶ “Yten 120 reales que costaron los vestidos hechos a costa de los bienes del Hospital a Toribio y Alexandro de Arraiz, naturales de esta villa, pobres huérfanos de padre y madre y de tierna edad, por estar desnudos”. “Yten 63 reales y medio que durante el año de su mayordomía se han dado de limosna a diferentes pobres vecinos y naturales de esta villa...”. “Yten 5 reales pagados a don Santos de Landaburu por incendio que se le quemó una casa en el lugar de Urrunaga...”. ITURRATE SÁENZ DE LA FUENTE, J. “El antiguo hospital de Legutiano...”, pág. 34.

hospitalarios eran por tanto y en primer lugar personas en situación de desamparo o desarraigo familiar y, en segundo lugar, pobres para poder acogerse a esta asistencia de la beneficencia pública, pero no al revés: los pobres de solemnidad, inscritos y censados periódicamente, eran asistidos gratuitamente a costa del municipio, pero en su domicilio si lo tenían y no necesaria u obligadamente en el hospital.

De todos los hospitales alaveses los de Vitoria fueron los que sufrieron cambios más significativos. En 1590 se unificaron las rentas de los tres centros hospitalarios administrados por el Ayuntamiento: La Magdalena, Santa María y Santiago, adscribiéndolas a este último que, en principio, era el único de debía pervivir aunando en un mismo edificio la asistencia a enfermos, peregrinos, ancianos, viudas, expósitos, etc., y que previamente se repartían entre aquellos junto a los dos de patronato privado, San José y San Pedro, que lograron evitar su inclusión en la unificación hospitalaria promovida por Felipe II. La crisis del XVII obligó a reabrir el de Santa María a funciones asilares, como lo hicieron los privados que se reconvirtieron en centros de acogida exclusivamente para viudas. A la par de ello, la cuestión de la pobreza y la delincuencia pasó a ser el centro de las preocupaciones sociales. En el caso de Vitoria y ya en el XVIII, se va ha producir todo un debate entre los ilustrados vinculados a la R.S.B.A.P. que tendrá como fruto una marcada diferenciación de las competencias asignadas a las instituciones benéficas: el hospital para el enfermo, el asilo para el desvalido y, su nueva creación, el hospicio para el vago y maleante.

Estas competencias aparecen ya definidas para el hospital de Santiago en 1764, al elaborarse unas nuevas ordenanzas para su funcionamiento donde se regulan los criterios diagnósticos de ingreso⁵²⁷ y hay una clara orientación hacia la profesionalización y

⁵²⁷ A.T.H.A. F.E. Hospital Santiago 4/4.

“Los señores facultatibos tendrán presente que por las ordenanzas anteriores del hospital se declararon inadmisibles en él, por Medicina La Tisis y Eteca confirmada, El Escorbuto, Enfermedades venereas, Perlesía perfecta antigua, asma, Mania confirmada, Alferecia Hidropatica, Escirros

medicalización de su figura central, el hospitalero. Nominalmente desaparece la mención secular al matrimonio hospitalero, citándose sólo al hombre como síndico u hospitalero, a quien se le exige que además esté aprobado como sangrador, y que contará con criados y criadas para atender las salas de hombres y mujeres respectivamente. En la práctica, esta organización más profesionalizada no será real hasta la construcción y puesta en marcha del nuevo edificio del hospital -el actual- que se inaugurará como hospital en 1820, y solo provisionalmente, ya que la llegada de las Hijas de la caridad en 1826 volverá a provocar una completa reorganización que, entre otros cambios, supondrá la final desaparición de los hospitaleros como figura secular.⁵²⁸

A la par que se redactaban las ordenanzas del hospital en 1764 cobraba forma entre los ilustrados locales, con Foronda a la cabeza, la idea de construir en Vitoria un hospicio según el modelo de San Sulpicio de París, como instrumento para “*poner freno á la olgazaneria de los naturales y forasteros, que, pudiendo ganar de comer con el trabajo de sus manos, toman el título de pobres, y se dan á vivir de limosna*”.⁵²⁹ Iniciados los primeros tanteos en 1766, finalmente estará en funcionamiento en 1777 la institución de la que más orgulloso se mostró Foronda⁵³⁰ y que, en sus escritos, siempre la presentó desde posturas paternalistas, comparando al pobre con el niño analfabeto con el que todo queda por construir si cuenta con un buen maestro, mostrándose convencido de que el Estado Ilustrado iba

internos, Hidropesía por vicio umefante ú otro incorregible, Empiema por el peligro de pasar á tisis

Cuyas enfermedades se declararon incurables asi como por Cirugia

El Cancer, Lamparones, Lepra, Tumores, Ulceras y Demas que á juicio prudente de los Medicos y cirujano tengan por muy largas la probabilidad de incurables...”

⁵²⁸ Entre 1821 y 1826 fue denominado Enfermero Mayor.

⁵²⁹ F.S.S. ATA 2352. *Ordenanzas con que se gobierna la Real Junta, y Casa de Misericordia de la M.N. y M.L. Ciudad de Vitoria*, en Vitoria, Impresas por Baltasar Manteli, Impresor de la R.S.B. Año de MDCCXCVII.

⁵³⁰ FORONDA, V. *Paralelo de la Sociedad de S. Sulpicio de París con la Casa de Misericordia de la Ciudad de Victoria, destinado para leer en las Juntas Generales que celebró en Vergara la Real Sociedad Bascongada el año de 1779*, Vitoria, 1787. Ejemplar consultado en la F.S.S.

a ejercer esa docencia.⁵³¹ En una visión desacralizada de la pobreza, ésta es presentada como un mal circunstancial con cura: la educación, el orden y el trabajo -el propio Foronda presentará varios proyectos para la instalación de talleres en el hospicio vitoriano-,⁵³² que no oculta la abierta voluntad de controlar socialmente a un colectivo percibido como peligro por el utilitarismo mercantilista.⁵³³

Con estos dos establecimientos, el nuevo hospital Santiago y el hospicio o Casa de Misericordia, Vitoria actualizaba su respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de las clases más desfavorecidas de acuerdo a los principios de la beneficencia pública: la respuesta del sistema liberal al incardinado problema de la pobreza en oposición al modelo caritativo imperante desde el medioevo.

Igual de importante es que por primera vez en Vitoria una institución benéfica, el hospicio, va a ser regida por una Junta de gobierno que, si bien es oligárquica en su composición, supone toda una novedad respecto a los patronazgos unipersonales y la gestión concejil. Y aún más que en 1820, durante el Trienio Liberal y a imitación de aquella, se creará una Junta única para el hospital Santiago y la cárcel de Vitoria.⁵³⁴

⁵³¹ FORONDA, V. *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales*, Imprenta de Manuel González. Madrid, 1794. “pero cuidado con que no se conviertan en unas cárceles decoradas con el hermoso epíteto de refugios caritativos”.

⁵³² A.M.V. Fondo Hospicio. A-1-2/6 (1780. Exposición de Valentín de Foronda sobre la Junta de Pobres). La signatura corresponde al índice elaborado por Marcelo Núñez de Cepeda que actualmente está en proceso de reestructuración.

⁵³³ “[Durante la Ilustración] la concepción de la pobreza se seculariza y se percibe como una agresión contra el proyecto de Estado útil y benefactor; el vago, el mendigo no son miembros útiles a la comunidad, son peligrosos [...] por tanto, deben ser apartados de la sociedad y tratados con una terapia de trabajo, aceptación de las normas sociales y reclusión [...] en centros asilares que nacen de la iniciativa oficial [...] Nacen así las grandes creaciones de los ilustrados: los hospicios”. CARASA SOTO, P. *Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1991.

⁵³⁴ A.M.V. Decreto de 5 de abril de 1820:

“El ayuntamiento constitucional de esta Ciudad de Vitoria, deseoso de llenar debidamente las atribuciones sexta y séptima del artículo 321 de la Constitución

Los centros hospitalarios de Vitoria señalados en la provisión de Felipe V seguirán funcionando durante la epidemia de cólera de 1834, pero no sabemos cuántos de los hospitales de acogida rurales desaparecieron en el contexto bélico del cambio de siglo. Tampoco tenemos noticia de qué papel jugaron durante el cólera de 1834, aunque ha de presumirse que los que quedaron en pie mantuvieron su apoyo paradoméstico a los enfermos que carecían de otro recurso familiar. En este sentido me parece significativo el esfuerzo realizado en varias localidades durante la epidemia de 1855 para contratar a enfermeros y enfermeras que asistieran a enfermos de cólera, en una especie de reinención de la figura del hospitalero que trasluce la impresión de que para esas fechas la mayor parte de aquellos hospitales ya habían desaparecido y con ellos sus cuidadores.⁵³⁵

política de la Monarquía española, por los que se les encarga cuidar de los Hospitales y Cárceles; convencido de la necesidad en que estos Establecimientos se encuentra de recibir una nueva planta en su administración interior y exterior, y de que para dársela cual se desea, de un modo fijo y permanente, nada es más útil que la creación de una Junta caritativa, compuesta de personas celosas y amantes de la humanidad a cuyo cargo esté ...”.

Derogada por Fernando VII en 1823, se solicita favor real para su mantenimiento recalando que se trata de una Junta creada a imitación de la del hospicio, la cual había recibido los parabienes de su abuelo Carlos III, lográndose el visto bueno de la súplica en 1829; si bien, nos consta que la Junta ya había vuelto a funcionar en 1826 a la llegada de las Hijas de la Caridad. Cfr. FERREIRO, M.; LEZAUN, J.; PRADELL, A. *La enfermería y el Hospital Santiago...*

⁵³⁵ A.T.H.A. DH 959.2. Ascencia de Aguineralde, Ascencia Abarrategui, Nicolasa Urdinguio, Herminia Mendialorea, Matea de Eguia y Francisca de Unzueta, en Aramayona; Saturnino Garcia de Eulate, Santiago Pérez de Mendiola, Lucas Gómez, Jacinto de Alayza, Felipe Mendiola y Juan Bautista Ruiz de Infante, en Virgala mayor; Ignacio Velacortu y Facundo Uriarte, vecino de Vitoria, en Maestu; José Viana y Vicente Iñiguez, en Azáceta; José de Maturana, en Hermua; Agustín Gamez, en Zurbano; Miguel Múgica, en Zurbano, Corres, Echagüen y Zigoitia; Andres Quesada, en Bergüenda; Angel Salaverri, en Gaceo; Aniceto de Muro, en Ondategui; Aniceto Garcia, en Corres; Aniceto Suso, en Ondategui; Bonifacio Serrano, en Salvatierra; Eugenio Pascual, en Corres; Ezequiel Azcarreta, en Marquinez y Alegría; Ezequiel Múgica, en Corres; Facundo Uriarte, de Vitoria, en Ocio y Maestu; Francisco Bellot, Bergüenda, Lanciego, Ariñez y Manurga; Francisco Guereñiaga, en Ondategui, Cigoitia, Apodaca y Manurga; Genaro Gordovil, en Ondategui; Gregorio Del Val, en Gaceo y Salvatierra; Gregorio Sanz,

Documentalmente, para 1834 sólo en el hospital Santiago de Vitoria hay constancia de que se asistiera a enfermos de cólera en el propio centro, y la mayoría son militares: 18 de los 34 fallecidos que declara el hospital.⁵³⁶ También en 1855 el hospital habilitó dos salas específicas para coléricos, la zona de portería y la sala San José, una de ellas dedicada a atender a los militares enfermos del cólera, no sin oposición de la Junta del citado hospital.⁵³⁷ En 1865, por el contrario,

en Cigoitia, Ondategui, Corres y Alegría; Higinio Pascual, en Corres; Jorge Manzanedo, en Gaceo, Paganos y Leza; Jose Alegría, en Aberasturi; José Ortiz de Zárate, en Zigoitia; Juan Cruz Ayala, en Salvatierra; Juan Herrera, en Gaceo; Leon Barrios, en Marquinez; León Basarres, en Mezquia; Lorenzo Lasagabaster, en Aberasturi y Bergüenda; Manuel Antoñana, en Salvatierra; Manuel Marco, en Lanciego, Ariñez, Apodaca, Manurga y Bergüenda; Manuel Nogueras, en Marquinez; Miguel Dalmazas, en Aberasturi; Miguel Rosal (o Rosela en otro documento), en Alegría; Norberto Palacios, en Marquinez; Pablo Ruiz de Zuazo, en Salvatierra; Pablo Villamayor, en Gaceo, Salvatierra y Alegría; Pedro Celaya, en Salvatierra; Ruperto Mena, en Berganzo; Telesforo Santamaría, en Mezquia y Bergüenda; Vicente Pardo, en Salvatierra; Vitoriano Tejera, en Gaceo; Francisco Sierra, procedente de Vitoria, en Bergüenda; Fernando Castresana, en Villanañe. El Ayuntamiento de la Hermandad de Barrundia acuerda en sesión del día 2-9-1855 *“inbitar a los vecinos para socorrer á los pobres y demás personas necesitadas que fuesen inbadidas del cólera, como sucedia ya en el pueblo de Echabarri y que á los que prestaren estos servicios se les abonasse a razón de 20 reales de vellón por día”*; completa la lista los diez pobres de la Casa de Piedad contratados para actuar como enfermeros en Vitoria, así como dos chicos de la misma institución que actuaron como ordenanzas.

⁵³⁶ A.M.V. 17/27/18.

⁵³⁷ AMV. AA.MM. del 29-8-1855. *“La comision mista del Ylte ayuntamiento de esta Ciudad de Vitoria, y del Hospital Civil de Santiago de la misma se ha enterado detenidamente del acuerdo de la Junta de autoridades y demas corporaciones, que tubo lugar en esta espresada ciudad el dia 28 de Octubre último bajo la presidencia del Exmo Sr. Capitan General para la eventualidad de una invasion del colera morbo asiatico, así como de la comunicacion oficial que dicho Exmo. Señor Capitan General dirigió [para la asistencia de militares coléricos en el Hospital de Santiago] y en su vista, y con los datos y antecedentes, que ya tenía la comision y ha podido adquirir recientemente sobre este delicado é importante negocio, no puede menos de manifestar franca é ingenuamente que el local, de que en la actualidad puede disponerse en el referido Hospital, apenas es suficiente para colocar en él con algun desahogo y regular comodidad á los enfermos de indisposiciones comunes y ordinarias. Una prueba clara e evidente de esta verdad es que la misma Junta Directiva de dicho establecimiento habia pensado desde hace algun tiempo en*

el hospital de Santiago rechaza de plano un posible ingreso de enfermos militares, que el Ejército pedía en base a la “tradicional” asistencia a sus enfermos en otros ataques epidémicos, argumentando que se había abandonado el precario hospital militar creado en el ex convento de San Francisco para instalar uno nuevo en el ex convento de Santo Domingo, y que éste, a diferencia del de San Francisco -ya englobado por el crecimiento de la ciudad hacia el sur-, se hallaba enclavado en uno de los extremos de la población, completamente aislado respecto de las viviendas de los vecinos y con una buena ventilación, ocupando además una superficie mayor que la del hospital de Santiago; es decir, cumpliendo con los requisitos más fundamentales de la teoría higienista.

Del resto de hospitales rurales apenas tenemos noticia a través de Iturrate del uso del de Arceniega como centro de acogida de coléricos en la epidemia de 1855.

V.4.2. Personal.

Los profesionales sanitarios titulados que ejercían en Álava en 1834, es decir, aquellos que requerían de la aprobación de sus respectivos tribunales para poder ejercer, podrían esquematizarse en médicos, cirujanos de varias clases -la inmensa mayoría pertenecientes a escalas inferiores al nivel de sangradores y barberos que, a partir de mediados de siglo, se englobarán en la fórmula del

aumentar ó dar mayor ensanche al Hospital, y [...] hay otro no menos cierto y positivo, no menos claro y elocuente, y es que el Señor Alcalde del Ylte Ayuntamiento se ha visto en la precision de socorrer á domicilio á los diferentes paisanos pobres acometidos de la enfermedad reinante, cuya medida, tan previsora, acertada y humanitaria, está ya practicandose, a pesar de que los gastos ocasionados con ella esceden bastante á los que los pacientes ocasionarían en el Hospital. Si, pues, los paisanos pobres tienen que serlo socorridos y asistidos en sus mismas casas cuando son atacados del colera, por falta de local suficiente en el Hospital para su colocacion, cree y entiende la comisión informante con sobrada razon y fundamento, que la Junta Directiva del mismo no puede en medio de sus bueneos deseos, de su grande interes y celo por el alivio de la humanidad doliente, admitir en él á los militares”.

practicante-, boticarios y matronas.⁵³⁸ A la par de ellos ejercían legalmente figuras cuidadoras representadas por las Hijas de la Caridad en los centros benéficos de Vitoria y por los hospitaleros/as en los hospitales rurales. Y, fuera de la ley pero consentidos y plenamente integrados en la idiosincrasia popular, toda clase de curanderos, sacramuelas, ensalmadores, algebristas..., que gozaban de prestigios similares al más afamado de los doctores médicos.⁵³⁹ Finalmente, la red más extensa de asistencia era la de la propia familia, que, apoyada en una base de conocimiento popular sobre remedios curativos y cuidados, constituían la primera y más amplia respuesta sanitaria a cualquier problema de salud.

Cada localidad tenía la facultad para proveerse del personal sanitario que considerase necesario y, por su parte, los profesionales aprobados por sus respectivos tribunales podían instalarse en cualquier localidad si ésta se lo permitía. Esta aparente reciprocidad chocaba con la realidad de que la oferta de muchas localidades y municipios para garantizar una asistencia a su población, mediante contratos de servidumbre, no era en absoluto atractiva para algunos profesionales, e igualmente pocas localidades contaban con un volumen de población con recursos económicos que animaran a profesionales cualificados a ejercer por cuenta propia en esas poblaciones. La realidad alavesa era pues la de estar muy desigualmente asistida, con muchas localidades que sólo contaban con la visita de barberos y sangradores itinerantes, además de los seculares recursos a curanderos, ensalmadores, parteras, etc.; otras que lograban contratar a algún cirujano menor, en realidad poco más que un sangrador, e incluso a alguna matrona; y las villas más grandes, que contaban con médico, matrona y cirujano -generalmente romancista, de bajo perfil

⁵³⁸ Desde la pragmática de Fernando VI de 1750, las matronas fueron sustituidas paulatinamente por cirujanos en las grandes poblaciones.

⁵³⁹ El ejemplo más palpable de esta realidad estaría en la desgraciada tozudez de Tomás Zumalacárregui, en 1835, para ser atendido por el afamado curandero José Francisco de Tellería, alias Petrequillo, desoyendo las, por otra parte, encontradas, opiniones de médicos y cirujanos carlistas. Cfr. BARRIOLA IRIGOYEN, I. M^a. “El Curandero Petrequillo”, *Instituto de Historia de la Medicina* n^o 10, Universidad de Salamanca, 1983.

académico- municipales, destacando el caso de Vitoria que contaba con varios médicos y un cirujano latino (el mejor preparado y que ejercía también como comadrón) contratados por la ciudad, más otros que ejercían privadamente junto a todas las escalas de profesionales sanitarios titulados e intitulados.

Aunque lejana en el tiempo, un siglo antes, la representación más nítida del reparto de los profesionales titulados en Álava proviene de dos documentos fechados en 1732 y 1733 respectivamente.⁵⁴⁰ Presumiblemente hasta el cólera no hubo otro gran revulsivo que pudiera haber modificado sustancialmente aquella imagen, por lo que la considero suficiente para demostrar tanto las desigualdades geográficas como la reducida capacidad de la mayor parte de aquellos profesionales. Las conclusiones serían las siguientes:

-Quitando en Vitoria y en las grandes villas, no hay médicos en la inmensa mayoría de los pueblos.

-Existe una gran dispersión de profesionales sanitarios por toda la geografía alavesa, pero mayoritariamente responden a perfiles bajos de cirujanos sangradores, la escala más baja de la cirugía.⁵⁴¹

-Sólo se documenta un cirujano latino en Vitoria.

⁵⁴⁰ El primero de ellos se trata del censo de vecinos de 1732 (A.T.H.A. D.H. 1238, nº 1-B) que proporciona además del nombre, la ocupación, dónde reside y cierta orientación de sus capacidades económicas -o al menos de pobreza-. El segundo se corresponde con una "*Relación de títulos de cirugía, protomedicato, álgebra, botica y sangrado presentados al Diputado General de Álava*" al año siguiente, en 1733, (A.H.P.A. ES.01059.AHPALAVA/38.1//31741). Ambos documentos están incompletos, pero se complementan entre ellos tanto por las fechas como por los datos que aportan.

⁵⁴¹ En la ordenación de la nomenclatura de las profesiones y ocupaciones quirúrgicas de 1836 se creará el título de "cirujano de segunda clase" para designar a estos cirujanos que vemos en los listados alaveses (previamente identificados como romancistas) y diferenciarlos del latino o académico que será el "cirujano de primera clase". En 1857, con la Ley Moyano, los de "primera clase" pasarán a ser los únicos cirujanos, a secas, y confluyendo sus estudios con la licenciatura de medicina, mientras que los cirujanos de segunda, sangradores y resto de titulaciones dependientes del protobarberato se unificarán en la figura del practicante.

-Entre los dos listados, descontando los repetidos, en el intervalo 1732-1733 se documentan más de ochenta barberos y cirujanos en Álava, siendo ya muy escasos los primeros, que están en vías de extinción.⁵⁴² Casi todos los cirujanos, con una diferencia de días o incluso el mismo día, obtuvieron el título de sangrador en el Protobarberato y el de cirugía en el Protomedicato,⁵⁴³ lo que les facultaba para ambos oficios y ha de suponerse que constituía una mejora sustancial en el corpus de conocimientos, al menos teórica, respecto a los antiguos barberos.

-Exceptuando los casos de pobreza de solemnidad -son todos barberos-, la mayor parte de los barberos y cirujanos de Vitoria vive en casas de renta, de alguna manera muestra de un poder adquisitivo ajustado, lo que parece corresponderse con la imagen de los pueblos, en los cuales muchos de los cirujanos no gozan de la etiqueta de vecino, la mayor parte no tiene bienes propios, ganando un jornal ejerciendo particularmente o acordando un salario con varios lugares, hermandad o partido, incluso algunos han de complementar sus ingresos con algún pequeño labrantío o algún animal de matanza.

La capacitación de la práctica totalidad de estos profesionales aprobados por sus respectivos tribunales es bien reflejada por un gran conocedor de cuestiones médicas como era Foronda -baste ver la insistencia en temas de higiene pública o sus ensayos sobre la rabia, la peste o la viruela para percatarse de que son temas que le eran afines- y tal vez por ello, porque conoce de primera mano la realidad de la profesión sanitaria, no duda en arremeter contra sus profesionales: *“Cuide de que el Público no esté expuesto á las necedades é ignorancia de los Médicos, y Cirujanos, é imponga un castigo proporcionado á la temeridad de los que emprenden operaciones*

⁵⁴² El barbero está en franco retroceso recludo en Vitoria y recayendo sobre ellos las escasas alusiones a pobreza, habiendo sido desplazados por un mayor número de cirujanos que además han sido aprobados por el protobarberato de sangradores y, en algunos casos, de algebristas.

⁵⁴³ Y también de algebrista, por lo tanto aprobados para la cirugía y la traumatología, si bien, algunas prácticas como la odontología y la podología seguían en la esfera del protobarberato y de ahí pasarían al practicante a mediados del XIX.

mortíferas, por ignorancia, por incuria, por presuncion, ó por hacer ensayos”.⁵⁴⁴

La vía punitiva que recomienda Foronda es sin embargo desproporcionada con la realidad de muchos de estos profesionales, especialmente con los cirujanos romancistas, sobre los que recae la mayor parte de la asistencia sanitaria en Álava. Los ingresos salariales de estos cirujanos de segunda clase *“eran menos de la mitad de los que tenían los médicos rurales peor situados y quedaba muy por debajo de los habituales en los estratos medios urbanos, tanto entre los profesionales liberales como entre los empleados importantes de la administración pública [...] no resulta extraño que estos ‘cirujanos de segunda clase’, de limitadas pretensiones económicas y sin temor a vivir en los más remotos lugares, interesaran especialmente a los pequeños municipios rurales”*.⁵⁴⁵

⁵⁴⁴ Ya en 1788, en la introducción a sus *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales*, Foronda critica acciones de cirujanos y médicos a los que no duda en calificar como “medicastros”, pero será en sus “Cartas sobre la policía” donde dedique los párrafos más elocuentes a los profesionales y pseudoprofesionales de la salud, especialmente en su segunda carta (*Sobre la salud pública*) de 1793 de donde extraigo la cita. Págs. 34 y 35.

⁵⁴⁵ LÓPEZ PIÑERO, J. M^a. *Santiago Ramón y Cajal*, Publicaciones de la Universidad de Valencia, 2006. Pág. 105. Además, estos sanitarios se veían en un equilibrio frágil ya que sus contratos dependían por un lado de los limitados recursos económicos de las poblaciones (A.H.P.A. 1.6//29991. Causa civil entre Alejandro de Losa, cirujano, vecino de Amárita, demandante, y el concejo de Ullibarri-Gamboa, demandado, por incumplimiento de contrato verbal [...] e impago de salarios. 1776-12-04/1779-01-20. Idem 1.6//28009. Solicitud del concejo de Villaluenga denegando salarios a Agustín de Estrada, cirujano de Nubilla (Álava). 1798-01-19/1798-02-07. A.R.Ch.V. Pleitos civiles. Pérez Alonso (OLV). Caja 0627.0004. Pleito de José Antonio de Olozaga, de Logroño [...] sobre pago [...] de los salarios que le debe el concejo de Laguardia del tiempo en que fue cirujano titular de dicha villa. 1786/1788.) pero de otro, de la voluntad de la oligarquía dominante y de la competencia de otros profesionales, lo que dado el número que barajamos para Álava no sería infrecuente: por ejemplo, en Aspárrena a primeros del XIX, un cirujano romancista es denunciado por haber despachado, en connivencia con la autoridad de Araia, al médico de Zalduendo *“por los siniestros informes que contra el se dieron para que se lo desechase con el fin de que no se impidiese a los cirujanos y curanderos los excesos que cometian con los pacientes ó enfermos del*

Y si para nuestro ilustrado los profesionales titulados de mayor categoría requerían de reformas y vigilancia, los no titulados deberían sin duda ser erradicados;⁵⁴⁶ ahora bien, no todos deben de ser iguales, ya que algunos “funcionan”, y por tanto Foronda matiza, “*á reserva de los saca-muelas, siempre que se limiten á este solo ejercicio; [y] lo mismo sucede con aquellos Compone-huesos que suele haber en los lugares, cuyo talento atribuyo á una gran experiencia, auxiliada de un exquisito tacto, propiedad que puede faltar á los Cirujanos por mas rellena que esté de sabiduría su cabeza*”.⁵⁴⁷

Entre los titulados y los curanderos se encontraban las figuras cuidadoras, generalmente en ámbitos hospitalarios y asilares, que he vinculado a lo “paradoméstico” y que en 1834 están representados por las Hijas de la Caridad en el hospital Santiago y los hospitaleros de los centros rurales. Las primeras habían llegado en diciembre de 1826 para hacerse cargo de la gestión del centro vitoriano en sustitución de los hospitaleros, que lo habían atendido desde su fundación en el siglo XV, y estaban formadas por una superiora y siete hermanas de las que no consta ninguna formación específica sanitaria, por lo que podemos seguir hablando de asistencia “paradoméstica”. Por su parte, de los hospitaleros rurales nuevamente he de acudir a la Provisión real de 1739 para obtener alguna noticia, documentándose en aquel momento diez hospitales a cargo de una hospitalera, diez con un hospitalero y ocho que son asistidos por un matrimonio. Sólo en tres casos no se especifica, aludiendo a la “*persona que vive en dicha casa hospital*”. Recalco que es una imagen puntual y que en modo alguno quiere decirse que en determinado hospital siempre se contrata a un hombre, mujer o matrimonio: así, en el hospital de Apellaniz, en 1739, leemos que “*en ella havita un vezino pobre*”, mientras que en 1600 “*pedieron*

Partido” (Archivo Municipal de Aspárrena (Araia), sig. 01-18-02 caj. 5, nº 7, 8 y 9. Fol. 31 r. y v., 32 r. y v.).

⁵⁴⁶ Foronda exhorta a su príncipe a “*desterrar todos los curanderos y curanderas como enemigos de nuestra salud*”. “*Cartas sobre la Policía*”, pág. 37.

⁵⁴⁷ *Ibidem*.

quenta de los bienes y ropas del dho hospital a Catalina de Ballejo, hospitalera, muger de Mario Lopez".⁵⁴⁸

La actuación de todo este conjunto de profesionales y oficios sanitarios durante las epidemias de cólera está muy desigualmente documentada. En el caso de 1834 prácticamente sólo aparecen citados algunos médicos vitorianos, entendiéndose el silencio sobre la acción de los sanitarios rurales por la incomunicación de la Junta Superior de Sanidad con la mayor parte de la provincia, pero tampoco aparecen otros profesionales vitorianos que claramente afrontaron la epidemia, caso de los trabajadores del hospital Santiago donde se documentan 34 fallecimientos por cólera. Probablemente influyó también la guerra en la "desaparición" de algunos profesionales, bien por causas políticas bien por necesidades de los ejércitos, tal como había documentado en Labastida, donde el médico había huido⁵⁴⁹ y el cirujano había sido "reclutado" por los carlistas, teniendo grandes dificultades para lograr asistencia sanitaria desde Vitoria.

Mayor información es la proporcionada por la documentación relativa a la epidemia de 1855, donde además de las personas que se contrataron para cuidados "paradomésticos", citados en nota anterior, hay una relación extensa de los profesionales titulados que actuaron en Vitoria y provincia, aunque sólo en relación al pago de ciertas cantidades por la Diputación a sus servicios, lo que probablemente haga incompleto a ese listado.⁵⁵⁰ En cualquier caso, la imagen que

⁵⁴⁸ LÓPEZ DE GUEREÑU, G. "APELLANIZ. Pasado y presente de un pueblo alavés". *Ohitura* nº 0, 1981, pág. 223.

⁵⁴⁹ No queda claro en la documentación el motivo, pero por el contexto tengo la impresión de que fue por causas políticas y no por el cólera, ya que huye a Haro, igualmente afectada por la epidemia.

⁵⁵⁰ ATHA-DH 959.2. En la ciudad de Vitoria y su jurisdicción:

Médicos titulares: Antonio Fullá y Rives, Miguel de Cigaran y José Páramo.

Cirujano Titular: Jerónimo Roure.

Ayudante de Cirugía: Manuel Garmendia.

Profesor de Medicina: Aniceto Arandía, Saturnino Gregorio Sainz, Juan Madreda y Gabriel Lozano.

Profesor de Cirugía: Gregorio Lagos, Pío Lara., Manuel Alveniz, Juan Ochoa, Ramon Echevarría, Feliz García Eulate, Manuel Altube, Manuel Barrera Maroto,

trasluce es la misma expuesta para el XVIII: la mayor parte de los médicos, bien municipales bien privados, se concentran en Vitoria, donde además ejerce Roure, el único cirujano digno de esa etiqueta. El resto de “profesores de cirugía” eran lo que hasta ese momento se denominaban de segunda clase o romancistas,⁵⁵¹ que representan también la base de la asistencia en los pueblos junto a los meros sangradores.

V.4.3. Remedios.

A pesar de que pueda asegurarse que en Álava se tuvo conocimiento de algunos tratamientos que pudieron haber sido

Ramon Medina, Vicente Villaluenga, Patricio Hernandez, Casimiro Arbulo, Jerónimo Iglesias, José Salaverri y Juan de Picaza

Sangradores: Eugenio Rodes (fallecido), Ignacio Insausti (fallecido).

En la Provincia:

En Valdegobia trabajan: Antonio Lomana, Cirujano titular de Boveda, Jerónimo Lafuente Cirujano titular de Osma. En Valderejo, D. Pedro Ugarte, Cirujano titular. El profesor de Cirugía, asalariado de las villas de Ocio y Berganzo, D. Juan Ruiz de Azúa, recibe la orden del Gobernador de la Provincia de Alava de acudir en auxilio de los habitantes de Payueta.

Sangradores: Casimiro Arbulo, maestro sangrador de Vitoria, se le envía a Elorriaga, Demetrio Salaverri, en Gaceo, “falleció de sus resultas”, Gregorio de la Vega, en Begüenda, Narvaja y Onraita. Es auxiliado por su mujer, Juan Navarro, en Urrunaga y Bergüenda, Manuel Arriaran, en Bergüenda, “falleció de sus resultas”, Nicolas Conde, en Samaniego, Peñacerrada, Valle de Ayala y Fresneda, Segundo del Valle, en Berantevilla, Ozaeta y Arciniega, Vicente Villarluega, en Marquinez, posteriormente es destinado a Villanueva.

Cirujanos (también denominados en la hoja de nómina como Auxiliares de Medicina (es decir, practicantes): Antonio Ruiz de Valdivia, Salvatierra y zigoitia, Eduardo Llansó, en Peñacerrada y otros, Iginio Arango, en Ondategui y Salvatierra, Jerónimo Malo y Goya, en Bergüenda, Juan Ruiz de Azua, Luis Ullivarri, Pedro Gil, en la Hermandad de Arana, Pio Iriarte, en Cripán, Severiano Malo y Goya, Tiburcio de Ugalde, en Llodio, Valentin Ibáñez, en Salvatierra y Villarreal, José López de Ayala, en Salinillas.

⁵⁵¹ Por ejemplo el citado en el listado como profesor de cirugía, Ramón Echevarría, había sido el Enfermero Mayor del hospital de Santiago entre 1821 y 1826 siendo sólo sangrador, después pasó a ser practicante de medicina y cirugía hasta 1833 en que lo expulsan por sus ideas políticas tras recuperar la ciudad los liberales. Cfr, FERREIRO, LEZAUN Y PRADELL. *La enfermería y el hospital Santiago...*

efectivos para reducir la mortalidad entre los afectados por el cólera, como los referidos a las orientaciones de rehidratación propuestas por Broussais y Moreau de Jonnes y que aparecían en la memoria facultativa de los médicos vitorianos de 1832 y en el *Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia* de julio de 1834 respectivamente, a lo largo del siglo la respuesta terapéutica documentada en Álava -al igual que en el resto del país- está referida a prácticas tradicionales afines a los postulados humorales galénicos.

Es evidente que la alusión a estos remedios está reducida a los usados por los profesionales titulados oficialmente y no a los empleados en entornos domésticos o curanderiles, que probablemente fueran igual de inútiles a tenor del contenido de los múltiples anuncios sobre remedios infalibles que se publicaron en la prensa del momento del expresivo tipo: “*Señor Redactor: No soy médico, pero considero como un deber publicar los hechos que he recogido en mis viages acerca del Cólera-Morbo*”.⁵⁵²

Tales anuncios van a ser continuos en todo tipo de prensa, pública y privada, política e incluso médica, durante todas las amenazas y epidemias de cólera del XIX a pesar de las denuncias de los profesionales médicos,⁵⁵³ lo que testimonia una buena demanda popular de cualquier alternativa a los remedios “oficiales”, sólo comprensible desde la percepción de la limitada capacidad curativa de la terapéutica médica. Ciertamente las recomendaciones de los galenos eran, en sus indicaciones básicas referidas al equilibrio de humores -lavativas, sangrías y sanguijuelas-, totalmente contraproducentes para un enfermo de cólera, siendo apenas útiles

⁵⁵² DELMAS (Ed.) *Instrucción sobre el cólera-morbo asiático*, pág. 25.

⁵⁵³ Por ejemplo los médicos vitorianos denuncian que “*Diariamente se lee en los diarios políticos y otros, anuncios de preservativos del Cólera-morbo: el público debe despreciar tales promesas emanadas del sórdido interes, y no distraerse su atención de los socorros realmente útiles, que su Ayuntamiento habiendo oido á sus Médicos les proporciona, y sucesivamente redoblará sus desvelos con el mismo objeto*”. A.T.H.A. DH.218-3.

sobre la sintomatología dolorosa y diarreica el uso de preparados opiáceos como el omnipresente laúdano.⁵⁵⁴

Esta base terapéutica física centrada en el drenado -sanguíneo, vómico o fecal- se mantuvo en las epidemias siguientes,⁵⁵⁵ si bien a partir de la de 1855 el arsenal farmacológico se amplía extensamente evidenciando el desarrollo de la química,⁵⁵⁶ aunque la finalidad va a seguir siendo la misma: purgar.

⁵⁵⁴ Un ejemplo conciso de las orientaciones terapéuticas es el presentado por los médicos municipales de Vitoria en su *Memoria facultativa...* de 1832, en la que recomiendan tratar si es con “*un claro predominio nervioso (calambres, convulsiones, temblores, &c.) acostar al enfermo en cama caliente, bebida tibia, laúdano líquido en gotas, pociones opiáceas y lavativas. Si, por el contrario, es de predominio inflamatorio (fuertes dolores ventrales, retortijones, &c.), sangrías y sanguijuelas*”.

⁵⁵⁵ Es gráfica la fe depositada en sangrías y sanguijuelas: “*...que viendo la Junta de Sanidad la escasez de Sanguijuelas que habia en esta Ciudad presumiendo podrán hacer falta en la terrible enfermedad que nos amagaba y era de creer nos acometiese pidió como presidente de la Junta veinte mil Sanguijuelas al Gobernador Civil de Salamanca, quien remitió ocho mil que se perdieron y enviaba otras ocho mil cuatrocientas diciendo en el oficio que le remitió que todas las sanguijuelas habian importado seis mil reales...*”. (A.M.V. Acuerdos Municipales (AA.MM.) del 15 de noviembre de 1834).

⁵⁵⁶ “*Mostaza en polbo libra y media, Arina de linaza dos libras, Laudazo liquido liderar tres onzas, Eter sulfurico tres onzas, Licor anodino mineral de homan tres onzas, Amoniaco liquido dos onzas y media, Jarabe de goma libra y media, Goma Araviga en polvo una libra, Ypecacuana en polvo dos onzas y media, Aceite esencial de trementina tres onzas, Polvos de Cantaridas, cuatro onzas, Magnesia calcinada media libra, Cerato simple cuatro onzas, Acido sulfurico cuatro onzas, Peroxido de Manganeso media libra, Acido citrico media onza, Jarave de corteza de cidras una libra, Arina de Lescasa dos libras, Alcanfor media onza, Emplasto de Jabon cuatro onzas, Arina de Linaza cuatro libras, Mostaza en plvo una libra, Goma araviga en polvo media libra, Obsido de Bimuto media onza, Alcohol de Menta media onza, Esencia de Anis una ochaba, Ytem Extracto de nues vomica, Azucar de Leche tres ochabas, Sulzate optime guinine, Sanguijuelas 144 reales de vellón*”. (A.T.H.A. DH 959.2.) según recetas firmadas por el facultativo Dr. D. Ángel Martín Pérez y del Sr. Valentín López enviadas al alcalde de Sobrón en septiembre de 1855.

Aunque la efectividad sanadora de aquellos remedios fuera nula desde el conocimiento actual,⁵⁵⁷ es mucho más importante recalcar que los propios coetáneos fueron conscientes de tal evidencia, siendo el mejor ejemplo la crítica de Roure en su memoria sobre la epidemia de 1855:

*“...partiendo del principio de no existir hasta ahora específico alguno conocido para la curación de un mal que con tanta prontitud apaga las manifestaciones de la vida, se han ensayado sin embargo muchos de los medicamentos que han gozado por algunos instantes el nombre de tales, y que en general demostraron no merecer la importancia que se les había dado.”*⁵⁵⁸

Sigue Roure con una detallada relación de los remedios probados, algunos “*an sido útiles*”, como infusiones y laúdanos, la mayoría sin embargo “*ha producido casi siempre resultados funestos*” o ha sido “*inútil en todas ocasiones*”, para acabar con una evidencia descorazonadora tras tanto ensayo:

“Por último se han observado bastantes casos en que la abstinencia de todo medicamento y el uso casi exclusivo de agua fría en la cantidad que deseaban los enfermos, han sido seguidos de curaciones”.⁵⁵⁹

El demoledor análisis de Gerónimo Roure hubo de tener alguna influencia, pues en las recomendaciones de la diputación alavesa diez años después, momento en que Roure es toda una autoridad en Vitoria -médica, social y culturalmente-, desaparecen las alusiones a medidas físicas como las tradicionales sangrías y sanguijuelas, aunque se mantienen las recomendaciones purgativas a base de preparados farmacológicos.⁵⁶⁰

⁵⁵⁷ ECHEVARRÍA ABASCAL (Op. cit. Págs. 166 y ss) incorpora una explicación del uso dado a los medicamentos que cita Roure en su memoria como utilizados durante la epidemia de 1855.

⁵⁵⁸ ROURE, G. Op. Cit. Pág. 45.

⁵⁵⁹ ROURE, G. Op. Cit. Pág. 46.

⁵⁶⁰ “*Para ocurrir con la oportunidad debida á las necesidades de los enfermos coléricos, conviene que en todos los puntos de la Provincia donde no haya oficina*

Esta paulatina transición hacia la química terapéutica hizo descender las traumáticas prácticas de sangrías, vejigatorios, sanguijuelas, etc., pero en modo alguno representaron un avance significativo en la lucha contra el cólera. Es más, el desarrollo de nuevos remedios químicos impuso procedimientos de administración no menos crueles que aquellos. Será el caso de las fumigaciones, el arma básica en la epidemia de 1885, que ya no sólo se usará con las mercancías, como se llevaba haciendo desde 1834, sino también con las personas. Ramos Calvo señala su uso en varias localidades alavesas: *“En las estaciones como Lezama, Inoso y Vitoria, se meten viajeros y maletas en un local herméticamente cerrado y respiran durante diez minutos ácido sulfuroso, cloro y ácido hiponítrico para llevar a cabo otro modo de fumigación. También se realizan estas fumigaciones en Arlabán y en las estaciones de Estavillo, Pobes, Izarra, Nanclares y Salvatierra”*. A la toxicidad de aquellos productos y las claustrofóbicas condiciones de administración debe sumárseles una evidente falta de criterio objetivo en su uso,⁵⁶¹ lo que en suma supuso, como con las sangrías de la primera mitad del siglo, producir mayores males sin aportar ningún beneficio.

de farmacia y residan profesores de medicina ó de cirugía, se establezcan por los ayuntamientos botiquines provistos de los medicamentos siguientes:

Harina de linaza. Mostaza. The. Manzanilla. Flores de árnica. Raiz de valeriana. Agua destilada de menta. Id. de canela. Alcohol alcanforado. Eter sulfúrico y nítrico. Acetato y carbonato amoniaco. Acido sulfúrico. Láudano de Sydenham. Opio en bruto ó su extracto gomoso. Ipecacuana. Tártaro emético. Sulfatos de sosa y de potasa. Polvos gasíferos simples de Seidlitz. Tintura de castoreo. Jarabe de gp, Tintura de árnica. Id. de valeriana. Tintura roborante de UIT. Percloruro de hierro. Los profesores de partido podrán añadir á este catálogo aquellos medicamentos que les recomiende su experiencia personal. [...]

Vitoria 2 de Noviembre de 1865

El Diputado general, Pedro de Egaña”.

⁵⁶¹ A.M.V. AA.MM. 26-7-1885 Vol. 3, folio 61. *“El Sr Apraiz pidió la palabra, para preguntar, que tiempo podrán ser detenidos en el barracon de la Estación, los viajeros que pretendan entrar en esta Ciudad; á lo que contestó el Señor Presidente, que pueden ser sujetos á una escrupulosa y detenida fumigación que dure las horas que los Señores Facultativos crean suficientes para que la expresada operación surta los resultados apetecidos”*.

V.4.4. Consecuencias.

La dramática experiencia del cólera de 1833-1834 dejó en evidencia la penosa cobertura sanitaria en la mayor parte de las poblaciones rurales españolas, especialmente la benéfica que, en definitiva, cubría a la población más expuesta; y, por supuesto, la inadecuación del sistema temporal y puntual de las Juntas Sanitarias, que limitaban su acción a cortos periodos de crisis sin continuidad en el seguimiento de reformas emprendidas, como las perseguidas en higiene pública.

A nivel nacional, tras la guerra carlista, en un inusitado intento de acercarse a los modelos sociosanitarios más punteros en Europa, se pondrá en marcha aprovechando la inercia del cólera una serie de reformas sanitarias que pretendían poner algo de orden en el caótico sistema sanitario español y, sobre todo, conferirles continuidad y permanencia. La necesidad era vieja y conocida, con precedentes vitales aunque efímeros como la Ley de Beneficencia de 1822 y el proyecto de Código Sanitario del mismo año, y no cabe duda que, en la dificultad de los teóricos liberales del sistema sanitario español para sacar adelante sus reformas, el cólera sirvió para allanar el camino. La muestra más evidente de ello fueron las disposiciones recogidas en el Real Decreto de 18 de enero de 1849, publicadas en marzo bajo el título *“Instrucciones que deberán observar los gobernadores y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera morbo-asiático”*.⁵⁶² Sesenta y siete artículos que no sólo uniformizaron criterios para prevenir y actuar contra el cólera, sino que impulsaron decididamente las Juntas de Sanidad y Beneficencia así como la Hospitalidad Domiciliaria con carácter permanente, más allá de los periodos epidémicos como hasta entonces, dando continuidad a las ya existentes y ordenando su creación inmediata en donde no las hubiera.⁵⁶³ Además creará Casas de Socorro y Enfermerías, “en

⁵⁶² A.M.V. Epidemias. 35/1/23.

⁵⁶³ Al menos en los grandes municipios, a *“los pueblos pequeños, teniendo en cuenta las circunstancias y los recursos de éstos”*, la obligación se transforma en *“aplicar en lo posible”*. Art. 67.

aquellas poblaciones donde la necesidad lo exija” para afrontar de manera específica los brotes epidémicos.

La promulgación de aquel Real Decreto resultó temporalmente oportuna ante la confirmación de una nueva pandemia -iniciada en 1852- que volvía a expandirse por Europa. En el caso alavés podrá observarse el interés por cumplir con el R.D., al menos en Vitoria, durante los prolegómenos de la epidemia de 1855, si bien, una vez iniciada ésta, su seguimiento no fue tan riguroso.⁵⁶⁴

Así pues, parece que las reformas organizativas en Vitoria no tuvieron los efectos previstos durante los momentos de crisis y pánico impuestos por la epidemia, aunque la división en distritos sanitarios de Vitoria y su emulación en la Provincia mediante su reparto en partidos sí lo tendrá después, mejorando y racionalizando la asistencia sanitaria en tiempos de normalidad.

⁵⁶⁴ A.M.V. AA.MM. del 17 de Noviembre de 1855. Informe de Francisco Juan de Ayala: *“Todo se hallaba preparado en grande escala, puede decirse, para cuando llegase el caso, mas como desde la adopcion de las referidas providencias hasta la verdadera aparicion de la epidemia trascurrieron mas de ocho meses, y cuando llegó este fatal momento no estaba aun acordada la forma de irlas aplicando, hubo necesariamente de procederse con gran tiento al querer egecutarlas, ya para vencer dificultades que desde luego se presentaron, ya tambien para no causar males mayores de los que con la adopción de las mencionadas providencias se trataba de remediar. En este estado no habia otro remedio que suspender por un momento la egecucion de cuanto sobre el particular se habia acordado, é ir poniendo en práctica tan solo aquello que la esperiencia fuese aconsejando ya como útil, ya como verdaderamente necesario. Ademas, el ejemplo de lo ocurrido en otras poblaciones y de la alarma y el terror producido en ellas con lo mismo que se había dispuesto para evitarlo, hizo conocer el estado que la aplicación de medios indirecto, el desistir desde luego de la instalacion de las casas de socorro, el no obligar ni aun á los mas necesitados á dejar su casa por miserable y mal provista que estuviera, y el evitar todo aparato y publicidad en la manera de atender á cada caso particular; deduciendo de los buenos ó malos resultados que cada disposicion aislada producía, las reglas que en lo sucesivo habían de observarse, estableciendo poco á poco cierto sistema y conformidad en lo que parecia no iba á regir ninguno; era el único camino que debia seguirse, tomando siempre por base lo que de antemano se había acordado. Esta conducta y el no haberse desarrrollado aquí el colera con tanta intensidad como en otras poblaciones, han sido las desgraciadas causas á que pueden atribuirse los resultados satisfactorios que todos han visto”*.

Superada la epidemia de cólera de 1855 el Diputado General de Álava hizo expresión de una sincera reflexión sobre el estado de asistencia sanitaria de la provincia,⁵⁶⁵ y promoverá una reforma que se ratifica en una normativa el 8 de abril de 1857. En ella se divide la provincia en 38 partidos médicos a los que se tratará de adjudicar el equipamiento y los recursos humanos necesarios, garantizando que la distribución de cada partido permitirá unos ingresos adecuados a médicos, cirujanos y practicantes que, de ser así, pugnarían por ir a ellos, además de medidas conducentes a mantener residencia en el partido y limitaciones para abandonarla. La realidad no será tan perfecta y, en general, las condiciones económicas de los partidos médicos provinciales siguieron siendo muy inferiores a las de los distritos de Vitoria.

⁵⁶⁵ A.T.H.A. DH 959-1. *“Bien sea porque la ira de Dios queda satisfecha ó por la influencia de la estación, la enfermedad va decreciendo en general afortunadamente, pero por desgracia he tenido ocasión de observar de cerca la mala organización de los partidos de boticarios medicos y cirujanos* (subrayado en el original) *en esta provincia y para mejorar en lo necesario la asistencia de la humanidad doliente en circunstancias como estas la Junta General fijando su atención en este grave asunto pudiera ocuparse con fruto de la creación de todos los partidos acordando sus dotaciones pueblos de cada uno y puntos de residencia de los facultativos huyendo siempre de las influencias personales y de localidad* (subrayado en el original). *Tambien podría crearse subdelegados inspectores que atendiendo a las quejas de los pueblos velasen por el* (subrayado en el original) *exacto cumplimiento de los facultativos, especialmente en tiempos de epidemia. [...] no puedo menos de suplicar á la Junta particular al cesar en mi encargo, que no olvide las lecciones de la esperiencia fijando mucho su atención en las eventualidades de que la enfermedad pueda quedar endémica ó reproducirse con mayor [...] en el verano proximo”*.

Capítulo VI. Cólera y adoctrinamiento higiénico-sanitario.

La RAE define “adoctrinar” como “*instruir a alguien en el conocimiento o enseñanzas de una doctrina, inculcarle determinadas ideas o creencias*”.⁵⁶⁶ Se trata de una definición aséptica respecto a los medios utilizados para su consecución (persuasivos, coercitivos, punitivos...) y respecto al contenido o fin perseguido (como mecanismo de control o de cohesión social, por ejemplo). Así mismo se indica que entre *doctrina*, *doctrinar* y *adoctrinar* sólo existe la diferencia circunstancial de la conversión de un sustantivo a verbo. Para la RAE *doctrinar* y *adoctrinar* son sinónimos. Sin embargo, lingüistas de corte estructuralista advierten de que la conformación original del vocablo, “*ad doctrinar*”, hubo de tener por finalidad señalar la acción contraria de “*doctrinar*”, y por tanto se acercaría a la idea de pervertir o desviar la enseñanza de una doctrina. Así, la interpretación común de “adoctrinar” haría referencia más a alguno de los sinónimos propuestos por el propio DRAE como *amaestrar* o *lavar/comer el coco* que a otros del tipo *instruir*, *educar*, *cultivar*...

⁵⁶⁶ *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua* (DRAE), 22ª edición.

destacándose por tanto en el adoctrinamiento un fin propio, el de modificar las ideas y valores preestablecidos en una doctrina. Esta perspectiva, sin embargo, sólo es posible desde una visión estática de permanente confrontación entre dos posturas inamovibles, lo que no sucede en la realidad, pues incluso las doctrinas más ortodoxas evolucionan.⁵⁶⁷ Así, desde una visión dinámica, cuando un adoctrinamiento gana adeptos se convierte a su vez en doctrina paralela hasta que sustituye completamente a la primera -lo que no siempre ocurre- y, en esa tesitura de conversión, “adoctrinar” pierde su hipotético sentido original para transformarse en la acción de perpetuar el “conjunto de ideas u opiniones religiosas, filosóficas, políticas, etc., sustentadas por una persona o grupo” que constituye su doctrina.⁵⁶⁸ Desde este dinamismo considero que la RAE acierta en su equivalencia *doctrinar=adoctrinar*.

Esta visión dinámica implica en cierta manera que el significado de “adoctrinar”, indistintamente como cambio o permanencia de un corpus doctrinal sea diacrónico, que dependa del momento cronológico en que se ejerza, pero siempre entendido como proceso continuo. El significado dado al adoctrinamiento no sería por tanto intrínseco, sino que dependería de factores externos como el contexto histórico. En este sentido, cuando deliberadamente utilizo en el título el concepto de “adoctrinamiento”, lo que trato de expresar es mi deseo inicial de entenderlo como un proceso de cambio de ideas, valores, actitudes y comportamientos -en este caso sanitarios y centrados en lo higiénico- como parte inherente a un marco histórico determinado, caracterizado precisamente por ser un momento de cambio mayúsculo

⁵⁶⁷ Yo al menos lo percibo como evolución. Durkheim (1858-1917), sin embargo, consideraba que en las sociedades modernas los valores tradicionales se ven socavados sin ser remplazados por otros, proceso al que denominará “anomia”. Durkheim hablaba de valores tradicionales como la familia o la muerte; no obstante, también la salud y la higiene pueden considerarse como valores según definiciones como la de Giddens: “*Ideas que los individuos o grupos humanos tienen sobre lo que es deseable, apropiado, bueno o malo*” (GIDDENS, A. *Sociología*, Alianza, Madrid, 2004. Pág. 878).

⁵⁶⁸ DRAE 22ª edición, 3ª acepción del vocablo “doctrina”.

y general, de Era, en el que adoctrinar cobra todo el sentido de ruptura con la doctrina previa.

Este énfasis en situar el concepto de adoctrinamiento viene condicionado fundamentalmente por el hecho de que durante buena parte de la génesis del capítulo el término que ocupó su lugar fue el de control social. El parentesco es innegable; así, entiendo que para que el adoctrinamiento alcance su fin, debe compartir las dos características particulares que Quintero atribuye al control social: su naturalidad y su capacidad para hacerse inobjetable.⁵⁶⁹ Pero el uso del concepto de control social posee una semántica demasiado lastrada por la orientación historiográfica predominante, que remarca excesivamente su carácter vertical y punitivo, incluso al referirse a medios informales de control, como para servir de rector imparcial en el objetivo de este capítulo,⁵⁷⁰ de ahí mi preferencia final por el concepto de adoctrinamiento, más desprovisto de etiquetas intransigentes y suficientemente aséptico como para guardar equidistancia entre las posturas de colaboración-subordinación con las que suelen describirse las relaciones entre las estructuras que identificamos como Medicina y Poder.

En relación al empleo de estos términos de Medicina y Poder, he de señalar que no hay estructuras independientes ni compartimentos estancos, pero a la hora de analizar la realidad social se hace necesario la búsqueda de instrumentos que nos faciliten expresar las complejas relaciones sociales, de ahí que sea común agrupar en conjuntos a los elementos con capacidad para orientar el destino de la sociedad a la que pertenecen. Los historiadores hemos aprendido de nuestros maestros a expresarnos con ese lenguaje colectivizado; hablamos de

⁵⁶⁹ QUINTERO, P. “Apuntes antropológicos para el estudio del control social”, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica, n° 42, julio-agosto, 2005. Pág. 6. Acceso en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/623/62304210.pdf>>.

⁵⁷⁰ Ciertamente Pedro Oliver atina al calificar el concepto de control social de “comodín atrapalotodo” advirtiendo de su compleja utilización en sociedades preindustriales. OLIVER OLMO, P. “El concepto de control social en la historia social: estructuración del orden y respuesta al desorden”, *Historia Social*, n° 51, 2005, págs.73-91.

campesinado, nobleza, proletariado, Iglesia... en un sentido de estructuras uniformes que nos permiten trazar líneas generales en la evolución histórica, pero que pierden realidad tanto cuando las dotamos de carácter universal, en tiempo y espacio, al hablar de grandes generalidades en el devenir humano, como cuando analizamos a nivel micro pequeñas comunidades donde la complejidad del ser individual dificulta el encasillamiento en estructuras (el cura ilustrado, el médico ultracatólico o el liberal foralista por citar algunos casos cercanos a mis coordenadas).

Una estructura es pues un instrumento para analizar la realidad social y hacerla más comprensible, pero sin olvidar que se trata de un constructo artificial y dinámico, aglutinando desde la perspectiva histórica en colectivos a actores que, muchas veces, carecieron de esa forma o fueron inconscientes de ella. Y es en este sentido en el que empleo los términos de Medicina y Poder.

Dicho esto, sólo resta señalar que lo que pretendo analizar en este capítulo es el proceso por el cual va a producirse, en Álava, una modificación de los comportamientos relacionados con la higiene en torno a la experiencia de las epidemias coléricas. Esto es, por qué, quién, qué, cómo y con qué resultados se adoctrinó en el valor de lo higiénicamente deseable.

VI.1. Las bases del adoctrinamiento higiénico-sanitario.

Cuando los coetáneos del cólera escribían, como posible elemento explicativo causal de la epidemia, que en tal o cual población la higiene era totalmente desconocida, tenemos la falsa impresión de que el esfuerzo divulgador e impositivo de determinadas conductas higiénicas, públicas y privadas, que acompañó a tales denuncias, respondía cronológicamente y en exclusiva a esa supuesta relación de causa-efecto.⁵⁷¹ De ser así, la respuesta al porqué del adoctrinamiento higiénico parecería entonces evidente: se adoctrinó en nuevos comportamientos porque se constató que las conductas previas o la ausencia de ellas provocaban efectos devastadores como el cólera que se estaba sufriendo. Sin embargo, nada más lejos de la realidad: primero porque no hubo una constatación fehaciente de tal relación, bastando apreciar cómo poblaciones vecinas a las afectadas compartían idénticas infraestructuras y comportamientos higiénicos quedando sin embargo libres de la epidemia; y, segundo, porque el cumplimiento de las recomendaciones dadas no impidió nuevas epidemias de cólera.⁵⁷²

⁵⁷¹ Al respecto ya he referido cuán habitual resulta en los estudios históricos sobre las epidemias de cólera encontrarse con la posición acrítica de tomar al pie de la letra las afirmaciones de aquellos cronistas del XIX. Lo cual no debe resultarnos extraño: hoy día seguimos utilizando la negación higiénica para con aquellos que no participan de nuestros ritos de higiene. Incluso generalizamos dicha ausencia a países –si no continentes- enteros en relación a estereotipos de pobreza, de sobrepoblación, de sequía, de analfabetismo... Y, sin embargo, en muchas de aquellas áreas se dan pertinentes conductas higiénicas adecuadas a los recursos disponibles, hay una mayor concienciación del valor del agua e incluso escrupulosos rituales de limpieza. Y qué decir cuando la apreciación higiénica sólo se guía por una simbología del olor excluyente, convencidos como estamos de que todo aquello que se aleje de la anosmia corporal es higiénicamente delictivo.

⁵⁷² Bilbao, por ejemplo, como tantas otras ciudades, había adoptado diversas reformas de carácter higiénico a raíz de la amenaza e invasión del cólera de 1834, lo que no impidió que fuera nuevamente atacada en 1854, si bien inicialmente se consideró que *“Desde su aparición, he tenido el dulce consuelo de ver que, á las medidas sanitarias é higiénicas adoptadas de antemano, y al celo y solicitud de las Autoridades, Juntas de sanidad y demas funcionarios encargados de velar por la salud pública, sus estragos en Vizcaya no han sido alarmantes en proporcion á los causados en otras provincias”* (G.M. nº 737, pág. 4 del 08/01/1855). Esta alegría se

Y a pesar de esas evidencias y del fracaso rotundo en la contención de la epidemia, los teóricos del liberalismo sanitario del XIX, tanto españoles como europeos, acuñaron la expresión “*nuestro aliado el cólera*”⁵⁷³ en jactancioso tono de victoria. Expresión que por sí sola determina la existencia entre aquellos teóricos de unos objetivos predefinidos -o al menos de una conciencia previa de adoctrinamiento- a los que el cólera contribuyó exitosamente como mercenario de aquellos intereses. Y efectivamente, previo a la llegada del cólera se planteaba en determinados círculos ilustrados la necesidad de cambios en los comportamientos higiénicos, inicialmente sólo en ámbitos públicos, que se presumía estaban detrás de los procesos morbosos -físicos y morales- que aniquilaban poblaciones

torna casi eufórica en agosto, en medio de la epidemia que asolaba el resto de España: “VIZCAYA.-Bilbao 10 de Agosto- Podemos con satisfaccion anunciar á nuestros lectores que uno de los pueblos que goza de mejor estado de salubridad dentro de la Península es sin duda alguna el que habitamos. Aquí la epidemia no ha podido echar raíces; [...] Esto nos es más consolador á medida que vamos observando que en algunos pueblecitos en que la enfermedad ha aparecido apenas causa el menor estrago, logrando en la mayor parte contener su marcha si las buenas disposiciones higiénicas han salido á su encuentro” (G.M. nº 955, pág. 3 del 14/08/1855). Un mes después se ha desmoronado el espejismo de la higiene pública como preservativo infalible: “BILBAO 13 [de septiembre].- Desde nuestra última revista ha seguido el mal sin alteracion notable, variando el número de victimas de 10 á 20 cada día. Entre ellas, por nuestro mal, hánse contado jóvenes llenos de esperanzas arrebatados en la flor de su vida. [...] Algorta, el barrio mas ventilado y que reúne muy buenas condiciones higiénicas, ve diezmada su poblacion. Allí y en sus cercanos pueblos de Guecho, Barrica, Sopelana, Urduliz y otros, han perecido los hombres de la ciencia, boticarios y gentes muy bien acomodadas. Pero sobre todo, en donde el mal se presenta con mas ira es en la villa de Plencia, la cual ha sido ya diezmada sin piedad [...] Las gentes castigadas con tanta crueldad y desfavoridas huyen de sus lares, porque infestados venenosamente hallan una muerte segura é inevitable” (G.M. nº 988, pág. 3 del 16/09/1855).

⁵⁷³ Esta expresión generalizada es muy utilizada en los textos de historia de la medicina, por ejemplo en LÓPEZ PIÑERO, J. M^a. *Historia de la Medicina*, págs. 144-145: “Varias importantes figuras de los movimientos sanitarios del siglo XIX hablaron de «nuestro aliado el cólera»”. Si bien en otra obra (*M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, pág. 19) se la adjudica a Mateo Seoane precisamente tras la epidemia de 1834 en España: “Como otras muchas cabezas de los movimientos sanitarios europeos del siglo XIX, Seoane pudo decir que paradójicamente el cólera era su mejor aliado”.

mutilando a su vez la fuerza productiva de las naciones. En el caso alavés, al que luego me referiré, la obra de Valentín de Foronda a finales del XVIII es un claro exponente de la existencia de estos planteamientos.

Pero no nos confundamos, la existencia de estos planes con antelación al arribo del cólera no quiere decir que la lucha contra la epidemia no fuera la primera preocupación de las autoridades sanitarias en favor de otros objetivos espurios a la misma, pues ganar la batalla al cólera hubiera supuesto la mejor constatación de la virtud de sus propuestas y, de hecho, la acción ensayada -al menos en la epidemia de 1834- respondió fiel y completamente a los planteamientos teóricos y conocimientos de la medicina del momento, muestra del sincero esfuerzo por frenar a la amenaza y evidenciar la bondad de su discurso.

No es necesario insistir en que esos esfuerzos fueron hueros y que las teorías médicas en boga no ofrecieron más que palos de ciego como respuesta a la epidemia, manteniéndose todavía a finales del XIX muchas de las recomendaciones que se habían evidenciado como inútiles desde 1832 y, sin embargo, recalco, los planteamientos ilustrados de finales del XVIII triunfaron y se desarrollaron a lomos del “aliado” cólera a lo largo del XIX.

Esta aparente paradoja no suele aparecer en la historiografía específica sobre las epidemias de cólera del XIX, esencialmente descriptiva y mimética del contenido literal de las topografías médicas del momento, pero sí se señala en otros contextos y disciplinas, pudiendo reducirse las posturas esencialmente a dos:

1-En general, los historiadores de la medicina, médicos a su vez de profesión, tienden a presentar el cambio en los comportamientos higiénicos de la población como una conquista médica derivada de la propia evolución de su oficio (de sus teorías, descubrimientos, avances técnicos, etc.). Presentan al cólera como un desafío que avivó una respuesta médica cada vez más efectiva (Snow, Koch, Ferrán...) soslayando los errores y el tiempo perdido. La interpretación del trato al cólera como “aliado” se orienta tanto en el sentido de ese estímulo

profesional como, sobre todo, en el sentido de haber constituido una oportunidad única para convencer a la clase política de la necesidad de cambios, tanto en la higiene pública como en la estructura sanitaria, que la Medicina llevaba tiempo propugnando vanamente. En el caso español, por ejemplo, destacan la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1855, paralizada desde el malogrado proyecto del Trienio Liberal en 1822 y que vería la luz empujada por el cólera.⁵⁷⁴ Esta visión de simbiosis entre Medicina y Poder (en general, no sólo respecto al cólera) es compartida por posturas funcionalistas de otras ciencias sociales que recalcan el “consenso moral” entre ambas estructuras para el mantenimiento del orden y la cohesión social.⁵⁷⁵

2-Por su parte, las posturas desde las teorías sociales del conflicto⁵⁷⁶ tienden a ver a la Medicina como un instrumento del Poder (político y/o económico según la orientación de cada autor) para preservar la fuerza productiva (económica y militar) así como para alcanzar determinados fines de control social. En consecuencia, la interpretación del cólera se enfoca como una oportunidad inmejorable para dirigir ciertos comportamientos de la población, indeseables en su diseño social, mediante un discurso sanitario que sería muy receptivo durante la epidemia. Apoyaría esta mirada la insistente alusión, en la documentación relativa a estas epidemias, a determinados colectivos sociales y sus conductas morales como inductores del cólera.⁵⁷⁷

⁵⁷⁴ “La Ley de Sanidad fue aprobada cuando nadie lo esperaba, catapultada por el peligro del cólera”, SAIZ MORENO, L. “La Sociedad Española de Higiene: un siglo al servicio de la Salud Pública”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, septiembre-octubre, año LV, Madrid, págs. 1-28. Pág. 8.

⁵⁷⁵ Por tanto, cuando vuelva a hacer mención al funcionalismo, ha de entenderse en este sentido “organicista” de estructuras paralelas -dentro de un mismo “organismo” social- que hacen sinergia en pos de un objetivo común.

⁵⁷⁶ En este caso, y desde la acepción de la sociología, me referiré a estas teorías como estructuralismo.

⁵⁷⁷ Dentro de la bibliografía que utilizo, los textos de Michel Foucault o Alain Corbin en relación expresa al cólera de 1832 en Francia serían exponentes de esta postura.

Ambas posiciones no son irreconciliables, especialmente en un momento histórico de tiempo fronterizo, como es el periodo que me ocupa en torno a la epidemia de 1834, de redefinición absoluta de las relaciones de Poder. Pero, en cualquier caso, ambas tienen en común la afirmación de que existía una conciencia previa a la llegada del cólera que alimentaba la necesidad de cambios en los comportamientos higiénicos y que esa conciencia era compartida por al menos las estructuras que construimos e identificamos como Medicina y Poder político/económico,⁵⁷⁸ las cuales, en virtud de ese punto de encuentro, van a iniciar una relación que, independientemente de las interpretaciones sobre su verticalidad u horizontalidad, resultará enormemente provechosa para ambas.

Relación de mutua utilidad que inevitablemente alterará el equilibrio con otras estructuras, por ejemplo con la Religión. A este respecto, las relaciones entre Poder, Religión y Medicina también son interpretadas de diferente forma.

Para los primeros, los que generalizando he situado en interpretaciones funcionalistas, el propio desarrollo científico de la medicina entrará en conflicto con algunas creencias religiosas de manera independiente a los juegos de poder. Un ejemplo ya clásico es el de la transfiguración física de las brujas en bestias animales que proclamaba la Iglesia medieval y renacentista. Cuando la medicina demuestra la imposibilidad fisiológica y anatómica de ello, se acaba produciendo un consenso donde se aceptará que la conversión debía producirse en un plano espiritual. Sin embargo, con posterioridad, la medicina también lo pondrá en entredicho al determinar que la transformación tampoco era espiritual, sino que tenía un carácter mental orgánico comenzando a incluirlo en su nosología como trastorno médico. Es entonces cuando se produciría un desencuentro que no era sino una concreción de un debate más general sobre la intervención divina en la aparición y curso de la enfermedad. Los historiadores de la medicina aluden con este proceso a que, como

⁵⁷⁸ Recuérdese lo señalado sobre el sentido en que utilizo el concepto de estructura.

antesala de su conversión científica, en la práctica médica se produce un abandono definitivo de todo rastro de “iatroteología”.⁵⁷⁹

Para los segundos, serían las estructuras de Poder político y económico las que reconociendo la importancia capital de una población sana y numerosa para asegurar sus proyectos militares y comerciales/industriales, determinarían que su tradicional relación con la Iglesia, despreciativa de la vida terrenal y adoradora de la muerte, resultaba mucho menos ventajosa que vincularse con la Medicina, quien aspiraba a erradicar una de las causas principales de despoblación, la enfermedad. Foucault, por ejemplo, hablará de un paulatino tránsito de una “Teocracia” hacia una “Somatocracia” a partir del siglo XVIII,⁵⁸⁰ destacando el papel del Poder en orientar la actividad médica hacia ese control de la fuerza productiva, un control físico, corporal, somático. Desde esta perspectiva, los enfrentamientos entre Religión y Medicina responderían esencialmente a intereses externos a ambas y dirigidos por el Poder económico y político.

Resumiendo, con inmediata antelación a la llegada del cólera se produjo una actualización de la respuesta sanitaria a la enfermedad epidémica acorde a los avances científicos, esencialmente de la física y la química, en un contexto de redefinición de las relaciones entre las estructuras de Poder económico/político, Iglesia y Ciencia/medicina que van a ponerse en evidencia precisamente durante la primera epidemia colérica. El análisis de estos tres elementos y su concreción en el caso alavés es el objeto de este punto.

VI.1.1. Medicina y Poder.

Ambos elementos tienen unas particularidades en el caso alavés que deben mencionarse, especialmente ateniéndose a la característica dinámica de las estructuras. En el caso de la Medicina no sólo estamos en un momento previo a su configuración como “Clase social”, que es

⁵⁷⁹ Del griego *iatros*: médico, y *teologia*: teoría de Dios.

⁵⁸⁰ FOUCAULT, M. *La vida de los hombres infames*, Altamira, La Plata (Argentina), 1996. Págs. 69 y 70.

la que en cierta forma otorga idea de uniformidad al propio concepto de “Medicina”, sino que, como señalaré más adelante, el mayor difusor del pensamiento médico-higiénico más avanzado a finales del XVIII en Álava, Valentín de Foronda, además de no ser médico, trata despectivamente a los profesionales de la medicina.⁵⁸¹ Más importante aún es la existencia de dos poderes políticos enfrentados, perceptible desde el XVIII pero manifiestamente evidente durante la epidemia de cólera del 34 por su sincronía con la primera guerra carlista. Esto último no es baladí, pues ambas posiciones políticas se relacionaron también con dos formas diferentes de entender el papel de la medicina, desde la ciencia y desde la religión, lo que llena de matices la imagen de una relación entre Medicina y Poder.

Puntualizado esto, ha de señalarse que la relación entre ambas estructuras cuenta con una amplia bibliografía, si bien centrada mayoritariamente en el contexto histórico posterior a la II guerra mundial en los países occidentales industrializados, caracterizado por una Medicina curativa, la de la Era antibiótica, y un Poder que en lo político descansa en la Democracia y en lo económico en el Capitalismo. Muy diferente por tanto al marco temporal en que se desarrolla este estudio donde, como mucho, se podría hablar de un incipiente capitalismo. Un clásico ampliamente difundido y pionero en estas cuestiones, que destaco sobre todo porque hace un análisis retrospectivo en busca del origen de la relación actual, es el citado ensayo de Michel Foucault “La vida de los hombres infames”, en el que se apunta a finales del XVIII como el punto de “«despegue» médico y sanitario de Occidente”,⁵⁸² en relación al desarrollo del sistema médico como Ciencia pero también en cuanto a relación con otras estructuras de poder dando lugar al surgimiento de la “medicina social” que, Foucault, reconstruye a lo largo del XVIII y XIX

⁵⁸¹ Laín establece a lo largo del XIX un cambio en la “*situación social del médico*” perceptible con nitidez en la literatura de Galdós o Balzac frente a la imagen despectiva que previamente habían mostrado Quevedo o Molière, que tendría que ver tanto con la percepción social de su “rol” como de su “status”. LAÍN ENTRALGO, P. *Historia de la Medicina*, págs. 539 y 540. En esta línea analizaré más adelante la formación de este prestigio en Vitoria.

⁵⁸² FOUCAULT, M. Op. Cit., pág. 85.

señalando tres etapas en su formación: la medicina del Estado, la medicina urbana y la medicina de la fuerza laboral.

Esta clasificación no es compartida por otros autores, sobre todo historiadores de la medicina, para los que sólo a la última etapa de Foucault, ligada a lo que la historiografía denomina “la cuestión social” de finales del XIX y principios del XX, se denominaría en propiedad “medicina social”⁵⁸³ en virtud de que la temática médica predominante pasa de ocuparse del medio físico al medio humano, de lo medioambiental a lo social. Desde esta perspectiva basada en el acontecimiento médico, las dos primeras etapas de la “medicina social” de Foucault (la medicina del Estado y la medicina urbana) se corresponderían con la “higiene/medicina pública”,⁵⁸⁴ y la última (la medicina de la fuerza laboral) a la “higiene/medicina social”.

Esta diferencia en la nomenclatura no impide sin embargo que ambas posturas acepten una similar cronología en la relación Medicina-Poder. En Foucault crítico que para dar unidad a su proceso de “medicalización” la haga girar sobre un concepto estático de “sociedad capitalista”, que estaría presente inmutablemente desde finales del XVIII al siglo XX, eludiendo el papel de las transformaciones sobre todo políticas que tienen lugar en ese periodo.⁵⁸⁵ Por su parte, quienes separan la “higiene/medicina

⁵⁸³ Por ejemplo RODRÍGUEZ OCAÑA, E. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987. Pág. 9. Éste distingue la “Higiene Pública” del siglo XX, como propiamente “Medicina Social”, frente a su homónima “higiene pública” (“limpieza y saneamiento del medio físico asiento de una colectividad”). Precisamente como contrapunto a esta “higiene pública”, López Piñero habla de “higiene social” como movimiento característico de inicios del siglo XX en el mismo sentido de “Medicina Social” (LÓPEZ PIÑERO, J. M^a. *Historia de la Medicina*, págs. 168 y ss.). Ambas expresiones, la “Higiene Pública” e “higiene social”, estarían en consonancia con la etapa que Foucault denomina “medicina de la fuerza laboral”.

⁵⁸⁴ Que López Piñero por ejemplo engloba a su vez como etapa de la “medicina preventiva” característica de finales del XVIII y del siglo XIX. Op. Cit., págs. 154 y ss. En la expresión que yo más he utilizado vendría a corresponder con el higienismo prebacteriano.

⁵⁸⁵ Para Foucault “con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se

pública” de la “higiene/medicina social” lo contextualizan de manera independiente: la primera “*se inició en el siglo XVIII, principalmente bajo la influencia del mercantilismo*”,⁵⁸⁶ es decir en línea a como Foucault presenta el “despegue” de la medicina y sus dos primeras etapas,⁵⁸⁷ mientras que la segunda, como he señalado, se relacionaría en ambos casos con las consecuencias sociales de la revolución industrial a finales del XIX, solo que Foucault mantiene el hilo conductor del capitalismo mientras que otros -Rodríguez Ocaña por ejemplo- ensalzan la caída del Antiguo Régimen y el acceso al Poder político de nuevos actores -los médicos en sentido de “Clase”- dentro del nuevo marco Liberal.⁵⁸⁸

Así pues, al margen de la diferencia en la nomenclatura, en ambos casos hay concordancia en establecer un punto de encuentro entre Medicina y Poder, de marcado carácter económico, a finales del XVIII, lo que no deja de tener paralelismo con la realidad histórica de que el liberalismo económico se anticipó y promovió al liberalismo político. Y este encuentro se basaría en el objetivo común de reducir la mortalidad epidémica en base a la importancia estratégica que fisiócratas y mercantilistas habían puesto en la población cuantitativa de las naciones como fuente de riqueza.

En relación a todo ello, considero que el ejemplo alavés constituye, con sus particularidades, sin lugar a dudas, un claro testimonio de la existencia de esta relación inicial a finales del XVIII.

desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Op. cit. pág. 87).

⁵⁸⁶ LÓPEZ PIÑERO, J. M^a. Op. Cit., pág. 156.

⁵⁸⁷ Éste llega a aseverar tajante que “*Por exigencias económicas la medicina surgió a finales del siglo XVIII*”. (FOUCAULT, M. Op. Cit., pág. 80).

⁵⁸⁸ “*la incorporación de la Medicina a la política, como paso previo y legitimador de su incardinación en el Estado*”. RODRÍGUEZ OCAÑA, E. Op. Cit., pág. 27.

Sin lugar a dudas porque en nuestro entorno se dio un punto de encuentro físico y real entre un destacado e influyente grupo de las élites políticas y económicas por un lado y un extenso abanico de profesionales por otro con el objeto principal de la promoción económica de su área de influencia.⁵⁸⁹ Fundada el año anterior, en 1765 comenzó su andadura la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País (R.S.B.A.P.). Dividida en cuatro secciones (agricultura y economía rústica, ciencias y artes útiles, industria y comercio, política y buenas letras) que dan fiel idea de sus objetivos, la Bascongada permitió un trasvase bidireccional entre todos sus miembros y, por generalización, entre los grupos de profesionales y los detentadores del poder político y económico,⁵⁹⁰ haciendo de la Sociedad un lugar de libre intercambio de ideas donde distintos profesionales compartían objetivos con las clases dirigentes a las que, desde una perspectiva funcionalista, permeabilizaban sus inquietudes y afanes y/o, desde una postura estructuralista, los detentadores del poder instrumentalizaban las expectativas profesionales hacia sus intereses particulares.

Entre el grupo de profesionales debe destacarse la presencia de titulados sanitarios porque la lista de médicos y cirujanos que

⁵⁸⁹ M^a Ángeles Larrea advierte sobre el especial énfasis economicista del movimiento ilustrado en torno a la Bascongada relacionándolo con el hecho de que, mientras en otros lugares la iniciativa estuvo en manos de una burguesía que reclamaba cotas de poder político, en el caso vasco, entre sus impulsores, destacaba la pequeña nobleza rural, “*El poder político no sería objeto de cuestión porque, de derecho y de hecho, había sido alcanzado tiempo atrás*”. LARREA SAGARMINAGA, M.A. “La sociedad vasca ilustrada”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, Bilbao, 1985, págs. 27-32. Págs. 30 y 31.

⁵⁹⁰ A menudo la historiografía general sobre la Bascongada tiende a presentar sólo al grupo político-económico y soslayar al profesional, lo que se explica en base a que el núcleo original se conformó en torno a un grupo de nobles rurales cuyos intereses económicos confluían con inquietudes científicas y artísticas, pero que provoca un pensamiento subliminal de “control y dirección” de un grupo sobre otro. Un ejemplo relativamente cercano sería el de Ladislao de Velasco en sus *Memorias del Vitoria de antaño*, pág. 80, al señalar para su ciudad que “*entre esos vascongados [por los socios de la Bascongada] se contaban los que por su clase y posición social eran los llamados entonces á gobernar la Ciudad: clase ilustrada que seguía paso á paso todos los adelantos de los Enciclopedistas en las ciencias y las artes...*”.

estuvieron vinculados a la Real Sociedad Bascongada durante la segunda mitad del siglo XVIII fue verdaderamente amplia. Un acercamiento a esta cuestión fue formulada por Sánchez-Granjel, quien señala que “*La presencia de profesionales sanitarios en la Sociedad Bascongada se inicia el mismo año de su constitución*”,⁵⁹¹ siendo el quinquenio 1775-1780 llamativo “*pues entre ambas [fechas] hacen su ingreso en la Sociedad un total de veintitrés médicos y cirujanos*”.⁵⁹²

Entre los primeros asociados ya se encuentran profesionales ligados a Álava, como el cirujano latino de origen francés Juan de Etcheverry,⁵⁹³ que había contratado la ciudad de Vitoria en 1762. Pero los más activos -por publicaciones- y sobresalientes ingresarían posteriormente: en 1770 se incorpora Joseph Ruiz de Luzuriaga⁵⁹⁴ y en la década de los 80 Francisco de Guinea,⁵⁹⁵ entre otros. Ambos, al igual que otros destacados socios médicos no alaveses, escribieron sobre temas sanitarios de corte higienista, si bien centrados en

⁵⁹¹ GRANJEL, L.S. “Los médicos en la Bascongada. Perfil profesional”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, Bilbao, 1985, págs.45-53.

⁵⁹² Ibidem.

⁵⁹³ No debe confundirse con el también médico francés Joannes d’Etcheberri (1665-1749) conocido por su obra literaria en euskera y que ejerció en Guipúzcoa. No he podido constatar tampoco una relación familiar. Sobre Etcheverry en Vitoria cfr. FERREIRO, M.; LEZAUN, J. *Historia de la Enfermería en Álava*.

⁵⁹⁴ Joseph Santiago Ruiz de Luzuriaga, nacido en Zurbano (Álava), ejerce como médico titular en diversas localidades, sobre todo vizcaínas: hasta 1763 en Villaro -año y lugar donde nace Ignacio María-, hasta 1770 en Lequeitio, desde 1771 en Logroño y desde 1774 en Bilbao, donde debió fallecer en 1792. Su hijo, el más conocido Ignacio María Ruiz de Luzuriaga, tras cursar sus primeros estudios en España obtuvo una beca para ampliar sus conocimientos en París, donde estudió Medicina, completando cursos en Londres y en Edimburgo. Años después regresa a España y pronto alcanza una excelente reputación como Higienista por lo que se le encargará la organización de la Sanidad española. Cfr. GRANJEL, L.S. (coordinador). *Diccionario histórico de Médicos vascos*, UPV/EHU, Bilbao, 1993. Págs. 161-166.

⁵⁹⁵ Al margen de su participación en la Bascongada (GRANJEL, L.S. *Diccionario histórico de Médicos vascos*, Pág. 92), apenas contamos con más datos suyos que el contrato con la ciudad de Vitoria como médico asalariado de ella entre 1786 y febrero de 1808, fecha en la que fallece (NÚÑEZ DE CEPEDA Y ORTEGA, M. *Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz*, Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931).

cuestiones muy concretas y de carácter profesional, que presentaron en las Juntas Generales de la Bascongada como altavoz de sus inquietudes. Baste repasar los extractos de las Juntas Generales celebradas por la R.S.B.A.P. durante el XVIII para apreciar el interés que despertaban entre aquellos ilustrados los temas sanitarios y especialmente los referidos a la higiene pública.⁵⁹⁶

Dentro del contexto de participación en la Sociedad de un nutrido grupo de profesionales de distintas disciplinas, la presencia de este importante contingente de médicos y cirujanos no parece demasiado extraña desde la óptica actual de una sociedad *medicodependiente*. Sin embargo, debiera llamarnos poderosamente la atención porque al nacer la R.S.B.A.P. la medicina todavía no había sido aceptada como ciencia, rechazándose a los médicos el acceso a las academias científicas,⁵⁹⁷ y porque posteriormente el más destacado de los ilustrados alaveses, Valentín de Foronda, desde la autoridad de ser el mayor divulgador de temas higiénico-sanitarios en nuestro entorno, criticó abiertamente las competencias profesionales de médicos y cirujanos.

Por tanto, el acceso de estos profesionales a una Sociedad que, sin ser expresamente científica, aparecerá vinculada a la mayor parte de los avances científicos de su época, resulta de un enorme interés y cabe preguntarse por qué se permitió la entrada de aquellos empíricos, seguidores ciegos de axiomas hipocráticos y galénicos milenarios, a

⁵⁹⁶ Un acercamiento a la cuestión puede encontrarse igualmente en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, en el capítulo “Empresas sanitarias de la Bascongada”, págs. 159-224, especialmente en el artículo firmado por GRANJEL M. “Empresas sanitarias de la Bascongada. La preocupación higiénica y sanitaria”, págs. 159-180.

⁵⁹⁷ Sirva la anécdota que relataba el famoso anatomista Marie François Xavier Bichat de que el astrónomo y matemático Pierre Simon Laplace (1738-1822), autor de la *Mecánica celeste* y de la *Teoría analítica de las probabilidades*, pidió a Napoleón que la Academia de Ciencias de París admitiese en su seno a los médicos, pero como algunos miembros protestaron puesto que los doctores en medicina no eran considerados como científicos, Laplace argumentó “*C'est a fin qu'ils se trouvent avec des savants*” [Es con el fin de que ellos se encuentren con los sabedores (científicos), interpretado en un sentido de “para convertirse”].

una sociedad cuyo fundamento principal era el progreso económico sobre la base de la Razón científica. Foronda es incluso cruel en sus apreciaciones sobre aquellos profesionales como para aceptar que un número tan elevado de sanitarios se vinculara a la Bascongada en virtud de sus cualidades. Parece que fue el propio Xavier M^a de Munive, conde de Peñaflorida, quien animó a su participación “*al otorgar al saber médico y su ejercicio profesional el valor de «facultades... importantes à la vida humana»*”,⁵⁹⁸ si bien determina que “*sólo deberán atenerse a lo que enseña la juiciosa práctica, la constante experiencia y la escrupulosa serie de observaciones*”;⁵⁹⁹ es decir, que la medicina debía convertirse en ciencia, lo que recuerda el argumento citado de Laplace al pretender que los médicos accedieran a la Academia de Ciencias de París: “*C'est a fin qu'ils se trouvent avec des savants*”.

A falta de otros argumentos, cabe decir que fue el grupo constitutivo de la Sociedad, la nobleza rural del territorio, quien consideró que la medicina podía colaborar para sus fines al igual que otras disciplinas científicas, pero recalando la necesidad de transformar primeramente a la medicina de tradición galénica en ciencia médica.

Esto mismo, incluso con más claridad, se aprecia en Foronda.

El vitoriano Valentín de Foronda, destacado ilustrado a nivel nacional por su pensamiento económico y su actividad diplomática, en los últimos años del XVIII, durante su etapa como miembro de la Bascongada en Vitoria y como profesor en el Real Seminario Patriótico de Vergara publicó una gran cantidad de textos de contenido netamente higienista.⁶⁰⁰

Buena parte de estos textos no son originales, limitándose a ofrecer traducciones literales de obras fundamentalmente francesas o

⁵⁹⁸ GRANJEL, L.S. Op. Cit., pág. 45, citando el discurso de Munive en la primera Junta General, “*Ensayo de la Sociedad Bascongada*”, pág. 11, Vitoria, 1768

⁵⁹⁹ BARRIOLA IRIGOYEN, I. M^a. “Consideraciones acerca de la fundación de la Bascongada”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflorida*, pág. 42.

⁶⁰⁰ Una breve reseña de los mismos se encuentra en el apéndice nº 7.

bien a refundirlas y condensarlas en panfletos sueltos que posteriormente agrupó en publicaciones de mayor enjundia, lo que no resta valor a su obra de este periodo por el papel divulgador de la corriente higienista ya que, a diferencia de los otros autores de la Bascongada que tratan temas afines, los textos de Foronda son mucho más generales, de contenidos amplios y, como era usual en él, con un indudable acento didáctico,⁶⁰¹ cuya explicación provenga tal vez de una característica importante: Foronda no proviene del grupo profesional sanitario, sino de los detentadores del poder político y económico.

Estos temas de contenido higienista salpican muchas de sus obras del periodo vitoriano-vergarés previo al inicio de su carrera diplomática,⁶⁰² pero están condensados fundamentalmente en *Cartas sobre La Policía*,⁶⁰³ especialmente en su carta II “Sobre la salud pública” (Vergara, 1793) y carta IV “Sobre calles, paseos, cafés, &c” (Vitoria, 1800), en los que aparecen todas y cada una de las preocupaciones higienistas del momento. Esta obra destaca además como claro exponente de su vocación docente y divulgadora, ya que estructura el texto como epístolas a un príncipe imaginario al que desea formar en los principios de la Razón para alumbrar una verdadera “República” ilustrada.⁶⁰⁴

Esta estructura es más que un mero recurso literario y permite apreciar la concepción vertical de Foronda respecto a la difusión de

⁶⁰¹ Esta especial cualidad de presentar sus temas es destacada por ROLLÁN, C. Y BENAVIDES, M. *Valentín de Foronda: los sueños de la razón*, Editora Nacional, Madrid, 1984.

⁶⁰² A diferencia de otros socios que sólo publican a través de las actas de las Juntas de la Sociedad, Foronda, que abandona pronto el seno de la Bascongada por discrepancias no claras, publica y autopublica muchas de sus obras de manera independiente a la R.S.B.A.P.

⁶⁰³ Manejo la edición madrileña de la imprenta de Cano de 1801 digitalizada en la Fundación Sancho el Sabio de Vitoria (ATA 2690).

⁶⁰⁴ Sus biógrafos coinciden en suponer que iban dirigidas al futuro Fernando VII y que el sentido de “República” es figurado pues Foronda, como el resto de ilustrados españoles, no llega a cuestionar abiertamente ni la Monarquía ni la Iglesia, tratando al contrario de integrarlos en su pensamiento reformador.

sus propuestas. Para éste, el cambio debe producirse desde arriba y desde ahí imponerse hacia abajo. En ello, el título genérico de *Cartas sobre La Policía* resulta revelador y sitúa a Foronda en el ámbito del modelo sanitario alemán, aquél que Foucault llama “la medicina del Estado”, caracterizado entre otros elementos por lo que Láin denomina “higiene desde arriba”⁶⁰⁵ “*en torno al concepto de «policía», es decir, de vigilancia y control por parte del Estado absoluto del bienestar de sus súbditos*” y que en razón a ello Rosen señaló como destinada al Despotismo Ilustrado.⁶⁰⁶ Parece por tanto que Foronda conocía el movimiento sanitario alemán en tiempo real, ya que los contenidos que más se aproximan a ello se encuentran en la carta II, que data en 1793,⁶⁰⁷ donde argumenta frente a su príncipe las mismas razones mercantilistas de entender la enfermedad y la muerte de ella derivada -potencialmente prevenible o evitable- como una pérdida de recursos humanos que no podía dejarse en manos del ejercicio privado de la Caridad, sino que debía ser asumido por el Estado público.

En este contexto, Foronda salpica la carta segunda de una variada propuesta de reformas higienistas generales, algunas de las cuales va a concretar en la carta cuarta.⁶⁰⁸ Podría decirse que la carta

⁶⁰⁵ Refiriéndose a los postulados alemanes de Johann Peter Frank y Franz Anton May publicados entre 1780 y 1788 sobre un sistema de policía higiénica (*System einer wollständigen medicinischen Polizey*). LAÍN ENTRALGO, P. *Historia Universal de la Medicina*, Tomo 5, Ilustración y Romanticismo. Tema, La medicina preventiva y social. Sin paginar en la edición digital en CD de Masson multimedia-LV&D.

⁶⁰⁶ LÓPEZ PIÑERO, op. cit., pág. 157, quien a su vez cita a Rosen, G. “A history of public health”, MD Publications, New York, 1958.

⁶⁰⁷ En realidad, es un tema muy recurrente en Foronda que aparece en muchas de sus obras, por ejemplo en su otra gran recopilación de textos de aquellos años, *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales* cuyo primer tomo es incluso anterior, de 1789.

⁶⁰⁸ Foronda se plantea acabar con todo atisbo de concentración miasmática que convierte a la atmósfera en deletérea. Así, hace recomendaciones para mataderos, carnicerías, pescaderías, hospitales, cárceles, cementerios o alcantarillado, llegando al paroxismo (hoy parece algo paranoico) con sus métodos para acabar con las moscas, tábanos, chinches, jabalíes, culebras, osos, etc. El hombre todavía no aparece como un potencial de riesgo para sus congéneres; sólo el medio ambiente constituye la fuente de riesgo. Cuando habla del ser humano no se refiere a seres

II se correspondería con una ciencia pura y la IV con la ciencia aplicada si hubiera una sistematización más precisa en el texto de Foronda. Pero ha de recordarse que buena parte de los contenidos son refundidos de artículos, sueltos y papeles que ya había presentado con anterioridad y que va encajando en su nuevo discurso. En cualquier caso, llama la atención que en los contenidos generales, si la carta II sugiere temáticas afines al modelo alemán, en la carta IV, de 1800, el modelo es la Francia que Foucault describe en la etapa denominada “la medicina urbana”, aquella que precede y anticipa la que será la imagen de referencia del urbanismo decimonónico, el París de Haussmann. El propio título de Foronda a la carta es sugestivo de ello: “Sobre calles, paseos, cafés, &c”. Y, efectivamente, a lo largo de la misma va a centrarse en la necesidad de adecuar los espacios urbanos al conocimiento de la Razón desde la óptica del higienismo. El punto de partida es la consideración de que frente al medio rural, más próximo a las bondades del equilibrio impuesto por la Ley Natural, las urbes representaban una corrupción de ese equilibrio por el desconocimiento que hasta entonces había existido de ese “orden natural” de las cosas,⁶⁰⁹ por lo que retomará el discurso higienista de la Carta II e irá desgranando diversas actuaciones prácticas en los contextos urbanos. Foronda no alude en esta carta expresamente a Vitoria, pero, como he señalado en el capítulo anterior, lo que me parece más destacable de sus contenidos es el claro paralelismo que

concretos, sino que lo colectiviza y únicamente afrontará recomendaciones para aquellos centros de aglomeración enfermiza -cárceles y hospitales tan típicamente miasmáticos- donde el olor humano, individualmente aún tolerable, se convierte en hediondez peligrosa por el hacinamiento y las trabas a la circulación aérea, requiriendo medidas preservativas. Para Foronda, el hedor del hacinamiento enturbia el aire cargándolo de miasmas perniciosos con los que hay que acabar. El riesgo no es el olor corporal del ser, sino la tolerancia de la atmósfera a la cantidad del mismo. Por ello arremete contra las prácticas seculares de la aromatización, como el incienso eclesial, al que califica de engaño a los sentidos, una afrenta en el siglo del despertar de la química que regala al arsenal humano novedosas técnicas de desinfección aérea, técnicas que él propaga destinándolas, cómo no, a hospitales y cárceles.

⁶⁰⁹ Una concreción de ello respecto a Álava y Vitoria puede encontrarse en su texto de *Cartas escritas por Mr. de Fer...*

existe con las reformas urbanísticas que se estaban realizando en Vitoria en aquellos años y con los que se realizarían al inicio del Trienio Liberal.

Además de esta separación de temáticas, en los dos capítulos reseñados se presentan también dos características importantes a tener en cuenta en el discurso de Foronda: su decidida e inamovible posición de defensa de la propiedad privada (1) y su posición crítica con los profesionales sanitarios (2).

1. Defensa de la propiedad privada. Foronda escribía en el año crítico de 1789 “*que aquellas leyes que violan alguno de los tres principios de propiedad, libertad y seguridad, son malas*”,⁶¹⁰ lo que va a mantener a lo largo de su pensamiento y en toda su obra. Así, en estos dos capítulos que destaco por su mayor afinidad cualitativa y cuantitativa a la cuestión del adoctrinamiento higiénico, hay un elemento importante a destacar: Foronda no llega a atravesar en ningún momento la barrera de lo público en las acciones que recomienda.⁶¹¹ Los espacios privados y la esfera personal o íntima escapan al control directo de su policía higiénica, aunque hay una aspiración a que el ejemplo de lo público permeabilice en los comportamientos privados, igual que el modelo de las clases altas -las primeras que deben ilustrarse- debe orientar a la imitación de las clases populares. Esta cuestión de lo público y lo privado tiene su interés porque a lo largo del XIX la intromisión en la vida privada y personal será evidente, siendo la documentación relativa a las epidemias de cólera buen testimonio de ello, motivo por el cual volveré a referirme a esta cuestión más adelante. Ahora simplemente

⁶¹⁰ FORONDA, V. *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales*, Tomo Primero, Imprenta de Manuel González, Madrid, 1789. Pág. 57.

⁶¹¹ Es cierto que realiza un par de alusiones que pudieran entenderse como recomendaciones de higiene personal o íntima: cuando alude al problema de la transpiración excesiva en países cálidos o al hablar de los baños públicos. Pero la primera es una generalización. Puede decirse que colectiviza su recomendación para evitar la corrupción del aire en lugares de aglomeración humana, como en las iglesias, es decir, en lugares públicos; y la segunda la enfoca hacia aspectos lúdicos más que higiénicos y con clara orientación burguesa.

deseo dejar constancia del punto de partida a finales del XVIII a través de los textos de Foronda: la necesidad de cambios higiénico-sanitarios, sobre todo en los medios urbanos, es imperiosa según los principios del higienismo medioambiental, y éste se centra esencialmente en el control de la destacada trilogía de aire, luz y agua, lo que conjuga bien con la orientación pública de las reformas preconizadas por Foronda, permitiéndole mantener intacto su axioma de inquebrantable respeto a la propiedad privada.

2. Crítica a médicos y cirujanos. En la carta segunda es evidente el paralelismo con los textos de Johann Peter Frank (1745-1821), no sólo en los contenidos sino en la propia forma. De Frank escribe López Piñero que su Sistema “*No estaba destinado, en efecto, a los médicos ni tampoco a la educación popular, sino a los soberanos de mentalidad reformista*”,⁶¹² lo que es un calco de las pretensiones de Foronda. Pero no es esa “higiene desde arriba” lo que ahora me interesa, sino que Piñero determine que tampoco iba destinado (el Sistema de Frank) a los médicos, lo que en Foronda también parece cumplirse pero con peculiaridades. Tanto en *Cartas sobre La Policía* como en *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales*, Foronda no duda en mostrar cierto desprecio por los profesionales sanitarios titulados, a los que se refiere por ejemplo como “medicastro”⁶¹³ y “temerarios” de los que hay que protegerse.⁶¹⁴ Incluso en el caso de los cirujanos los rebaja por debajo de algunos curanderos y sacamuelas.⁶¹⁵ Para Foronda “si

⁶¹² López Piñero alude a la gran obra de Frank “Sistema de una completa policía médica” (*System einer vollständigen medicinischen Polizey*). Op. Cit., pág. 157.

⁶¹³ FORONDA, V. *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos...*, Tomo Primero. Pág. 29.

⁶¹⁴ “Cuide de que el Público no esté expuesto á las necesidades é ignorancia de los Médicos, y Cirujanos, é imponga un castigo proporcionado á la temeridad de los que emprenden operaciones mortíferas, por ignorancia, por incuria, por presuncion, ó por hacer ensayos”. (FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*. Págs. 34 y 35). Lo que suena más a las reglamentaciones punitivas del Fuero Juzgo altomedieval, que a las doctrinas reguladoras de la formación propias del afán docente de los ilustrados del XVIII.

⁶¹⁵ “desterrar todos los curanderos y curanderas como enemigos de nuestra salud; [...] á reserva de los saca-muelas, siempre que se limiten á este solo exercicio; pues la experiencia nos demuestra, que el mas malo de ellos, á favor de su grande

*Roma estuvo seiscientos años sin Médicos por creer que estos sujetos destinados a suavizar la dureza de los males que afligen a la humanidad eran más nocivos que útiles, esta Provincia [por Álava] podría estarlo siempre en atención a la bondad y salubridad de su clima”.*⁶¹⁶ Estas opiniones de Foronda sin embargo no deben tomarse como un rechazo de la Medicina en cuanto a estructura, ya que la hace partícipe en múltiples facetas de su discurso, sino como una queja de la pésima formación de los médicos y cirujanos españoles del momento que impide que la Medicina cumpla el papel al que aspira en su “República”. Esta queja fue compartida por otros pensadores

práctica, es por lo general muy superior á la mayor parte de los Cirujanos [y] lo mismo sucede con aquellos Compone-huesos que suele haber en los lugares, cuyo talento atribuyo á una gran experiencia, auxiliada de un exquisito tacto, propiedad que puede faltar á los Cirujanos por mas rellena que esté de sabiduría su cabeza”. (FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*. Pág. 37). Al respecto de esta opinión de Foronda, no puedo pasar por alto un suceso vitoriano que probablemente conociera, y que tal vez influyó en este pensamiento que pone por escrito. Sucedió en 1768, teniendo como protagonista al cirujano latino de origen francés llamado Juan de Etcheverry que aparece como miembro de la Bascongada desde sus inicios. El mayordomo del hospital Santiago, ante la queja de Etcheverry por haberse llamado a un curandero que le deja en evidencia, relata a los señores del concejo que “*haviendo encontrado a una robusta muger que muchos dias antes entro deslocada un pie en continuos dolores, lastimado de su yndisposizion y que el referido Ziruxano le havia dicho quedaria coxa para toda su vida, determin[é] que un Vezino de Aperregui en el Valle de Zuia que ha muchos años esta en opinion de practica de Curar semexantes yndisposizioni yasea por abilidad, o grazia que se dize tener algunas familias hizo recado a dho. Ziruxano para que en hora determinada asistiera con dicho Vezino de aperregui por el deseo que tenia en el alivio dela tal enferma, y con efecto hizo en su presenzia la operazion de ponerle el gueso en su lugar, se le alivio y confeso la enferma no tener dolores, y que es lo Unico que he tenido con dicho Zirujano frances... [determinando] que no le parece que Echeverri tiene motibo alguno para quexarse, pues es publico y notorio que el Vezino de aperregui es Hombre de mucha esperienzia en Curar poner Guesos”.* (A.M.V., AA.MM. Acta del 17 de marzo de 1768). Ejemplo que, sin lugar a dudas, autoriza completamente la opinión de Foronda, tanto para ensalzar la habilidad de estos recomponehuesos como para desacreditar a los cirujanos, y no a cualquiera, sino al supuestamente mejor formado, al denominado latino.

⁶¹⁶ FORONDA, V. *Cartas escritas por Mr. de Fer...*

coetáneos a Foronda,⁶¹⁷ quien insistirá a su “Príncipe” en la necesidad de formarlos y supervisarlos adecuadamente, para lo cual propone varias medidas junto a sus críticas. La insistente queja sobre estos profesionales, en ausencia de críticas a otros grupos, puede tomarse precisamente como evidencia de la importancia que da Foronda a la Medicina en su potencial papel para reducir la mortalidad epidémica y, con ello, para incrementar la población de las naciones.

Desde esta interpretación que hago de Foronda, quedaría de manifiesto que a finales del XVIII fueron los defensores del mercantilismo quienes, reconociendo el papel potencial de la Medicina y la escasa preparación de sus miembros para ejecutarlo, instigaron un control efectivo de los médicos y cirujanos para reorientar sus competencias hacia el encaje con su proyecto. Esto, en teoría, sucedería en el seno de la Bascongada que ya previamente se había manifestado en el mismo sentido en boca de su alma máter, Xavier M^a de Munive, y cuyo resultado más destacado podría ejemplarizarse en la figura modelada por la misma de Ignacio M^a Ruiz de Luzuriaga. Hijo del citado Joseph Ruiz de Luzuriaga, formado en el seminario de la Sociedad y gran teórico de los proyectos reformadores de la Sanidad española en los primeros conatos de acceso al Poder del Liberalismo, vendría a representar la constatación de que en el cambio de siglo en el seno de la R.S.B.A.P. se había iniciado el doble paso de la conversión de la medicina empírica a la medicina científica y el de la confluencia sinérgica de sus fines con los del Poder político/económico.

⁶¹⁷ Así Vicente Crespo, en su Memorial al ministro Floridablanca de 1785, señala como primera causa del atraso de lo que denomina “verdadera medicina” “*la deplorable formación de los médicos en las instituciones universitarias [...] y la facilidad con la que se dispensaba la necesaria ‘fe de práctica’ [de dos años exigida por el protomedicato]*”; en ASTRAIN GALLART, M. “La práctica médica en el medio rural castellano. El Memorial de Vicente Crespo (1785)”. *Dynamis*, nº 22, 2002, págs. 461-472. Igualmente Domínguez Ortiz llama la atención sobre que no puede concebirse “*que de cien alumnos que comienzan la carrera de médico la acaben los cien cuando de cincuenta que emprenden la Teología o Leyes acaban seis u ocho*”; en DOMÍNGUEZ ORTIZ, A. *La sociedad española en el siglo XVIII*, Instituto Balmes de Sociología, CSIC, Madrid, 1955.

VI.1.2. Ciencia y Religión.

La expresión clara de la necesidad de orientar la formación y actividad médica hacia el método científico como paso indispensable para ser realmente útil a la humanidad, que propugnaron tanto Munive como Foronda en nuestro entorno a finales del XVIII, suponía un cambio de paradigma fundamental: el del paso de unos valores universales, absolutos e inmutables de la medicina clásica a unos valores relativos y provisionales de la medicina científica. Este paso es considerado trascendental por los historiadores de la medicina en cuanto que permitió la formulación de nuevas hipótesis y teorías que desembocarían en el definitivo «despegue» de la medicina al que aludía Foucault, uno de los autores que más resaltan el valor de la conversión científica en el surgimiento de la relación entre Medicina y Poder. En la misma línea, cuando Vigarello expresa que *“Hay una palabra que a principios del siglo XIX ocupa un lugar inédito: higiene [...] hasta entonces tan poco utilizada”*,⁶¹⁸ no está sugiriendo que sea un concepto novedoso en el pensamiento médico, sino a que el paradigma higiénico había cambiado, poniendo el énfasis en el origen científico de la medicina higienista.⁶¹⁹

Sin negar la importancia de este paso, el punto de vista de hechos consumados que adoptan tanto Foucault como Vigarello puede inducir al error de considerar por desarrollados lo que no acababa sino de nacer, pues he de advertir que a finales del XVIII sólo nos encontramos al inicio de este proceso de conversión. De abanderarse con la insignia del método científico a ofrecer unos resultados confirmatorios plausibles transcurrirá prácticamente un siglo si se toman como corte los descubrimientos bacteriológicos que, en definitiva, marcarán el cambio de Era en la medicina.

⁶¹⁸ VIGARELLO, G. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*, Alianza, Madrid, 1991. Pág. 210.

⁶¹⁹ Ibidem. *“La higiene ya no es el adjetivo que califica la salud (en griego, hygeinos significa: lo que es sano), sino el conjunto de los dispositivos y de los conocimientos que favorecen su mantenimiento. Se trata de una disciplina particular en el seno de la medicina [...] insistiendo en sus orígenes científicos”*.

Ciertamente, cuando en el XVIII vuelven a estar en boga las constituciones hipocráticas lo hacen de la mano de los nuevos descubrimientos de la física y la química que prometen explicar, científicamente, la relación presunta entre determinados sucesos meteorológicos y la aparición o desaparición de procesos epidémicos, que es lo que defendía la teoría clásica de las constituciones. La capacidad para medir y objetivar estos acontecimientos de la naturaleza en términos físico-químicos (potencia, velocidad, pH, composición, etc.) y la mejor comprensión de los fenómenos magnéticos y eléctricos dio pie a la creencia de poder interferir en esos fenómenos, de protegerse o anticiparse a sus consecuencias.

Sin embargo, las aportaciones científicas del XVIII tampoco llegaron a explicar el fundamento de la relación observada entre condiciones ambientales y epidemias. La teoría siguió siendo la misma, sólo que a la intuición y observación de algunas asociaciones entre fenómenos meteorológicos y el curso de las epidemias hechas por los clásicos se les asignó un vocabulario técnico más preciso, objetivo y definido: el aire por ejemplo pasó a expresarse en función de valores de presión, temperatura o velocidad, lo que permitía análisis estadísticos más precisos. Pero se seguía sin saber cómo condicionaban esos parámetros los estados de salud o enfermedad. Esta higiene renovada tenía por tanto mucho de lenguaje científico pero muy poco todavía de evidencia científica.⁶²⁰ Cabe preguntarse por tanto si, en la práctica, el mero hecho de señalar a la electricidad del rayo como potencial causante de alteraciones en la salud fuera a tener mayor influencia sobre la población que la alusión clásica a los fenómenos tormentosos,⁶²¹ al menos entre las amplias capas sociales

⁶²⁰ El debate sobre la conveniencia de las fumigaciones, como elemento que terminará por imponerse como panacea terapéutica frente a las epidemias, es revelador al respecto. Cfr. CARRILLO, J. L.; RIERA PERELLÓ, P.; GAGO, R. “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula-M.J. Cabanellas)”, *Medicina e Historia* nº 67, Barcelona, abril de 1977.

⁶²¹ Recuérdese además lo dicho en relación a las tormentas y su aparato eléctrico, caso de la memoria de Roure. El énfasis por lo moderno, por la electricidad, impedía ver que la relación de las tormentas con el cólera provenía de la lluvia sobre el suelo.

totalmente ajenas a las expectativas que la revolución científica de aquel periodo despertaba entre la minoría ilustrada, caso del citado Foronda.⁶²²

Estoy diciendo por tanto que en el cambio del XVIII al XIX de lo que cabría hablar es de fe en la medicina científica y en su potencial capacidad para desterrar la enfermedad. Nuevamente el alavés Valentín de Foronda lo ejemplifica perfectamente al aspirar a que la ciencia lograra fabricar un aparato, como el barómetro o el termómetro, capaz de detectar los miasmas: “...tal vez nos regalarán algún día los Químicos este preciosísimo hallazgo [así] podría un Médico antes de salir de casa pronosticar la clase de enfermedades que encontraría aquel día, y atinar con los remedios convenientes para su curación”.⁶²³

Esta es la realidad de la nueva medicina científica en ese momento, reducida aún a una cuestión de fe que sería compartida todavía por un grupo minoritario vinculado al movimiento ilustrado y en relación al punto de encuentro entre las estructuras de Poder y Medicina, pero lejos todavía de permeabilizar a la “multitud anónima”⁶²⁴ cuya formulación explicativa de la enfermedad dependería aún mayoritariamente del enfoque religioso que la vinculaba a la potestad divina.

Por tanto, para entender el futuro éxito del adoctrinamiento higiénico del liberalismo sanitario no basta sólo con determinar los

⁶²² Al respecto, basta observar algunas manifestaciones de medicina popular que han pervivido en nuestro entorno hasta tiempos recientes para apreciar precisamente el importante peso dejado por las creencias de la medicina galénica que se pretendían superar. Cfr., por ejemplo, BARANDIARAN, J. M.; MANTEROLA, A. (dir.) *Medicina popular en Vasconia*, Atlas etnográfico de Vasconia, Instituto Labayru (ed.), Bilbao, 2004. Una explicación extendida apunta al carácter esencialista de la medicina precientífica y a la comprensión más evidente de sus fundamentos teóricos frente a las cada vez más técnicas y complejas teorías médicas científicas.

⁶²³ En *Cartas sobre La Policía...*, carta segunda, “Sobre la salud pública”. Pág. 18.

⁶²⁴ Entrecomillo la expresión no sólo para designarla como estructura sino también en alusión a la tercera formulación explicativa de las causas epidémicas que cita Delumeau junto a la científica y la religiosa (DELUMEAU, J. *El miedo en occidente (siglos XIV-XVIII)*, Taurus, Madrid, 1989. Pág. 203).

comportamientos concretos que se van interiorizando como acciones eficaces frente a la enfermedad -independientemente de que lo fueran-, sino que debe comprenderse también, quizá primero, cómo la masa popular introduce en su comprensión de la pérdida de salud el discurso de la fe científica compatibilizándola con su construcción previa. A este respecto, hay un elemento que me parece fundamental: el grupo encargado de gestionar las nuevas calamidades epidémicas venideras es precisamente el que cree y defiende a ultranza el potencial de la ciencia, cuya concepción filosófica sobre la enfermedad será muy diferente a la que había predominado hasta entonces.

En el trasfondo de la peste medieval y aún moderna dominó ampliamente en todas las capas sociales la idea de la enfermedad como castigo divino, por lo que conceptualmente no existió mayor ni mejor preservativo y remedio frente a la epidemia que la atrición, el arrepentimiento condicionado por el miedo, y ésa fue la manera en que se encauzó el pánico, siendo las medidas higiénicas entonces propuestas por los hombres de ciencia⁶²⁵ meramente circunstanciales frente a la fe en Dios, lo que explica el escaso arraigo de las ordenanzas al respecto.⁶²⁶ Sin embargo, a partir de mediados del XVIII ya es evidente que el proceso de desacralización de la enfermedad había culminado al menos entre las élites ilustradas devotas de la ciencia. Esta desacralización había roto con la idea pasiva y fatalista del Hombre obligado a ganarse la eternidad en el cielo con una vida terrenal sufrida y sacrificada, en la que la enfermedad se interiorizaba como una oportunidad de remisión o como un castigo merecido, para incorporar la idea del Hombre como

⁶²⁵ Uno de los textos más difundido sería el realizado a instancia de Felipe II por su protomédico Luis Mercado, publicado en 1598 con el título "*De natura et conditionibus, præservatione et curatione pestis*" e impreso también en castellano al año siguiente bajo el título de *Libro en que se trata con claridad de la naturaleza, causas, providencia, y verdadero orden y modo de curar la enfermedad vulgar, y peste que en estos años se ha divulgado por toda España*.

⁶²⁶ "*Todas las grandes teocracias, desde Constantino hasta las teocracias mitigadas del siglo XVIII en Europa, fueron regímenes políticos en los que la salvación del alma constituía uno de los objetivos principales*" (FOUCAULT, M. Op. Cit. Pág. 69).

sujeto activo y con capacidad de elegir y orientar su destino hacia una vida terrenal más llevadera. Este pensamiento no era nuevo, su origen es renacentista -y reformista-, pero tardará más de dos siglos en abrirse camino y ser reconocible en la conciencia de sectores amplios o al menos influyentes, entre los ilustrados y protoliberales de finales del XVIII, formando también parte contextual de la ruptura con el Antiguo Régimen, y será ésta la conciencia que gestione el pánico producido por el cólera del XIX.

En el caso alavés esta conciencia ya se había hecho pública y manifiesta a finales del XVIII en torno a la creación del hospicio vitoriano y, posteriormente, el nuevo hospital, también en esa ciudad.⁶²⁷ La creación de ambas instituciones se enmarca en el proceso de toma de control por el Estado liberal de la asistencia al pobre y menesteroso, generalizándose una paulatina sustitución de la vía caritativa de marcado carácter religioso e individual, personalizada en la Iglesia, por otra de carácter laico, la filantropía, personalizada por la “Beneficiencia Pública” estatal. En relación a esta asunción del control del pobre (sano y enfermo) por el Poder civil y laico, lo más frecuente en la historiografía es remarcarlo haciendo uso del término “secularizar”.⁶²⁸ Sin embargo, la expresión, aun en su realidad, me parece que no refleja bien la compleja trama que tiene que ver precisamente con el asentamiento de la nueva conciencia sobre la enfermedad. Es por ello que en el párrafo anterior he evitado su uso reemplazándola por otra que me parece más correcta, la de “desacralizar”.

“Secularizar” puede tener su sentido desde la práctica jurídica o institucional. En el caso alavés, por ejemplo, los hospitales, independientemente de su propiedad o patronato: particular, eclesiástico o municipal, funcionaron hasta el siglo XVIII bajo normas de carácter religioso elaboradas por la Iglesia (en nuestro, entorno las

⁶²⁷ En relación al hospicio, cfr. LEZAUN VALDUBIECO, J. *Ética y valores en el hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo*. «Una apuesta por la Vida y Dignidad de los Expósitos», Tesis doctoral inédita, UPV/EHU, 2012.

⁶²⁸ D.R.A.E.-Vigésima segunda edición. Secularizar: 1ª acepción. Hacer secular lo que era eclesiástico. Secular: (Del lat. *seculāris*). 1ª acepción. Seglar.

“Constituciones sinodales de Calahorra).⁶²⁹ Cuando en 1764 se elaboran las primeras ordenanzas conocidas del hospital Santiago de Vitoria estamos ante un claro movimiento de desvinculación de aquella tutela religiosa, lo que se mantendrá en las ordenanzas del nuevo hospital en 1821 y que se confirmará legalmente durante el Trienio Liberal, por un lado con la Ley de Beneficencia Pública de 1822 y, por otro, nominalmente, adoptando la denominación de “hospital civil de Santiago”. A este trascendental cambio se le aplica con corrección el término de secularización. Sin embargo, en aparente paradoja, en la práctica cotidiana la presencia religiosa de facto en esas instituciones no sólo no disminuye sino que aumenta: en el ejemplo que mantengo del hospital de Santiago, de la existencia de un capellán como única figura religiosa se va a pasar nada menos que en el liberalísimo año de 1821, con el nuevo hospital y la creación de una Junta de Gobierno siguiendo el modelo liberal del hospicio, a incorporar a los cinco párrocos de la ciudad a dicha Junta, para posteriormente, en 1826, y siguiendo las recomendaciones de la también liberal Ley de Beneficencia citada, incorporar a las Hijas de la Caridad sustituyendo a parte del personal civil que lo atendía hasta entonces.⁶³⁰ Por tanto, cuando hablamos de “secularizar” aludimos en esencia a la resolución de un viejo conflicto de poderes que se mantuvo en los estados teocráticos entre las autoridades civiles y eclesiásticas por ganarse la aprobación de la población,⁶³¹ y no tanto

⁶²⁹ LEPE, PEDRO DE. *Constituciones Synodales antiguas, y modernas del obispado de Calahorra y La Calzada*, Madrid, 1700.

⁶³⁰ Artículo 14 de la Ley de Beneficencia Pública (1822): “*Las juntas municipales preferirán, en lo posible, las hermanas de la caridad para desempeñar todos los cargos de Beneficencia que les están encomendados, especialmente en la dirección de las Casas de maternidad, y en la asistencia de los enfermos de ambos sexos en los hospitales*”, tomado del apéndice documental de MAZA, E. *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Ariel Practicum, Barcelona, 1999. Págs. 75 y 76.

⁶³¹ Un ejemplo de los intereses ocultos tras la beneficencia sería la pugna entre Carlos III y la Diócesis de Toledo descrita por FUENTES LÁZARO, J. “Historia de la Real Casa de Caridad de Toledo”, *Simposio «Toledo Ilustrado»*, vol. II, Centro Universitario de Toledo, 1973. La cuestión cambia con el Liberalismo sólo en cuanto que se produce una separación entre moral y derecho minándose el poder teocrático, pero no respecto al uso interesado de las instituciones benéficas; así, la

de una suplantación física de religiosos por seculares en las instituciones benéficas que, como he dicho, en el caso alavés fue a la inversa.⁶³² “Secularizar” por tanto tiene que ver con la relación Religión y Poder político/económico, y no tanto con la de Ciencia y Religión, o al menos no directamente.

“Desacralizar” se mueve por contra en un ámbito más metafísico, afecta a los dos grupos de relación citada y, en general, pueden describirse posiciones de consenso en torno a ella. Es más, la secularización no sería sino una de las consecuencias prácticas de la desacralización. El término alude de manera precisa a la consideración de la enfermedad como un proceso ajeno a la voluntad divina, lo que implicaba desarropar a la enfermedad, y en consecuencia al enfermo, del carácter sagrado que la Iglesia le había investido cuando, en la Alta Edad Media, tuvo la capacidad de ordenar la práctica médica y quirúrgica desde la imagen bíblica del *Christus medicus*.⁶³³ En origen, ese halo sagrado era compartido por los elegidos bíblicos, pobres y enfermos, que, de hecho, se confundían en su círculo vicioso, y no comenzó a ponerse en duda hasta el Renacimiento cuando respetadas voces, como la de Luis Vives, plantearon abiertamente la desacralización al menos de la pobreza.⁶³⁴ La posterior ruptura de la unidad religiosa produjo, sobre esta cuestión, una evolución radicalmente distinta en el ámbito católico y en el protestante, que sería evaluada e interpretada por los ilustrados del XVIII desde la

Ley de Beneficencia de 1822, restablecida en 1836, no deja de ser también una faceta más del proceso de reordenación provincial y municipal, y en este sentido, al otorgar a las Juntas municipales las competencias sobre beneficencia otorgó de facto un instrumento ideal de proselitismo a las oligarquías locales.

⁶³² En este sentido, cuando se determina la exclaustración de algunas órdenes religiosas dedicadas al cuidado de enfermos, caso de la de San Juan de Dios, para curiosamente favorecer la entrada de una orden recién fundada y nueva en estas actividades, las Hermanas de la Caridad, no cabe pensar en cuestiones de género sino en cuestiones de Poder que tenía una comunidad religiosa y otra.

⁶³³ La descripción bíblica de Jesús curando enfermedades físicas o corporales fue tomada por la Iglesia como signo de que su labor debía abarcar no sólo el alma sino también el cuerpo físico y actuar, en consecuencia, *imitatio christi*.

⁶³⁴ VIVES, J. L. *Del socorro de los pobres (De subventione pauperum)*, 1525, versión comentada de Lorenzo Riber, Marsiega editorial S.A., Madrid, 1985.

economía, asumiendo las ventajas productivas de los modelos protestantes, que se caracterizaban por haber eliminado el carácter sagrado del pobre así como el determinismo divino, mientras sacralizaban el trabajo, el esfuerzo y la libertad individual. De manera paralela, estas concepciones del protestantismo favorecieron que en su entorno se desligaran más precozmente los ámbitos del cuerpo y del alma, permitiendo un desarrollo de la medicina menos condicionado por la ingerencia de los dogmas religiosos y más favorable a la explicación de la enfermedad corporal desde conceptos igualmente en desarrollo como la física y la química.

La toma en consideración de estas cuestiones por los ilustrados de países católicos les pondría constantemente en el punto de mira de la Inquisición, caso de Foronda, lo que se traduciría en posiciones a veces ambiguas o eclécticas tratando de buscar emulgentes capaces de mantener un consenso entre Ciencia y Religión.⁶³⁵ Esta peculiaridad de nuestros ilustrados del XVIII apenas es ya perceptible por ejemplo en el discurso de las autoridades civiles durante la primera epidemia de cólera al referirse a las causas epidémicas, tal vez amparados en el fervor liberal de la guerra, y menos aún en las siguientes, en los que hay un franco predominio de los contenidos netamente médicos.

Esta evolución en los contenidos discursivos en relación al cólera, que trataré más adelante, puede entenderse como que las recomendaciones de la docta ciencia irían por tanto ganando terreno a las formulaciones religiosas en la interpretación que, de ambas pretensiones explicativas de las causas epidémicas, haría la “multitud anónima”. Y aunque en los límites cronológicos y espaciales de la epidemia de 1834, eje de este estudio, en modo alguno puede ni siquiera sugerirse que en la mentalidad popular hubiera ya una aceptación preeminente de la explicación científica sobre la religiosa, sí es evidente que en ese tiempo hay ya un enfrentamiento entre ambas estructuras por modelar la conciencia de esta “multitud anónima” acerca de la enfermedad en claro sentido metafísico, es decir, acerca

⁶³⁵ Lo que recuerda al humanismo cristiano renacentista de la *philosophia Christi* previo a la Reforma, cuyo máximo representante fue Erasmo de Rotterdam (1466-1536).

del sentido de su vida terrenal, del valor del cuerpo y su relación con el alma. Y es aquí donde el cólera se mostrará como un perfecto campo de batalla donde dirimir el control del Hombre físico y su vida terrenal. Y será un campo neutral donde Medicina, Religión y terceras vías ofrecerán sus soluciones y esperanzas.

VI.1.3. Peste y cólera.

En lo dicho hasta aquí puede considerarse, por tanto, que a finales del XVIII en Álava se produce un acercamiento entre Poder y Medicina dentro de un contexto de desacralización de la enfermedad que va a ofrecer una respuesta antiepidémica conceptualmente muy diferente a la que se había dado en el pasado frente a la peste.

Insisto en que la novedad será la lucha orientada hacia la salvación corporal de los hombres en cuanto considerados de valor en la Tierra. Que ello aconteciera en torno a una enfermedad desconocida es circunstancial respecto a la planificación de este objetivo, pues se hubiera perseguido igual de haberse tratado nuevamente de la peste u otra calamidad ya conocida.

Es más, si nos atenemos a la primera experiencia de cólera que atraviesa completamente Europa -propiamente la segunda pandemia-, la que en el caso alavés reduzo al año 1834 con su alerta inicial en 1832, puede comprobarse cómo los contenidos de las recomendaciones -todavía esencialmente de higiene pública- son mayoritariamente las mismas que se estaban formulando previamente destinadas a la peste. De hecho, si repasamos las primeras orientaciones anticólericas del 32 y 34 se observará que apenas entre las encomiendas referidas a elementos individuales, las provenientes de la *dietetica*, puede encontrarse alguna particularidad dirigida por el conocimiento sintomático del cólera en las alusivas a la alimentación. Y ya he señalado que en gran medida fueron erróneas.

Será cierto que el debate abierto en la comunidad científica con el cólera de los años 30 modificará parcialmente el corpus de recomendaciones a lo largo del XIX con un claro exponente en las de

1849 -que en la práctica se mostrarán prácticamente igual de inútiles en la epidemia siguiente, la de 1855-, pero es evidente que, inicialmente, el adoctrinamiento en nuevas pautas higiénicas no respondió objetivamente a la experiencia del cólera, sino a unos fines establecidos con anterioridad a su llegada y que ya estaban presentes en los planteamientos ilustrados del XVIII de lucha contra la enfermedad epidémica, esencialmente contra la peste.

En el ejemplo de Álava, el hecho de que Valentín de Foronda se ocupe también de la peste nos permite tener la seguridad de que cuanto recoge en sus escritos responde al conocimiento más actual que en aquellos momentos se producía en Europa. Lo hace al menos en dos textos, en la carta II “Sobre la salud pública” (Vergara, 1793) de *Cartas sobre La Policía*, y en 1800 cuando difunde *Los medios que se deben tomar quando asalta la horrorosa calamidad de una peste*. En ellos, aunque deja una puerta abierta a nuevas hipótesis contagionistas -lo que como señalé en el capítulo introductorio constituirá el debate más reñido durante el cólera-, parte de la concepción miasmática aérea e infectiva que predominó en el primer higienismo. En virtud de ello, las medidas preventivas que propone para impedir la concentración perniciosa de los miasmas son exactamente las mismas que veremos en los discursos frente al cólera en 1832-34. Ahora bien, si en la fase profiláctica puede hablarse de absoluta continuidad, en caso de producirse la epidemia las medidas que propone tomar Foronda resultan más “medievales” (“*Se quemarán los cuerpos y sus vestidos*”, por ejemplo) de las que llegarán a tomarse con el cólera.

Ahora bien, la automática aplicación de aquellas medidas pensadas para la peste al conjunto de recomendaciones dadas frente al cólera en 1832-34 no quiere decir, en modo alguno, que se considerara que iban a ser inútiles frente a la nueva y desconocida epidemia, pues la concepción miasmática predominante generalizaba un mismo sistema profiláctico para todas las epidemias. En la teoría higienista los miasmas causales de las diferentes enfermedades podrían ser distintos, pero su origen partía de los mismos centros productores de fermentación y putrefacción (pantanos y aguas estancadas, letrinas y estercoleros, carnicerías, curtidurías, cementerios, cárceles y

hospitales...) y su actividad lesiva dependía del grado de corrupción del aire con las emanaciones de aquéllos y del mayor o menor movimiento de éste. Las medidas propuestas por los higienistas contra el estancamiento de las aguas y sobre todo del aire, así como la eliminación de los focos de emanación pestilente, se suponían por tanto válidas contra cualquier brote epidémico, y no se dudaron en defenderlas ante la aparición del cólera en lugar de la esperada peste. No hubo por tanto ningún ejercicio de hipocresía tratando de ocultar que el objetivo era modificar las pautas de higiene pública: ambos formaban parte del mismo concepto.

Por ello, no deberían resultar extraños los paralelismos entre los postulados del XVIII frente a la peste y los defendidos inicialmente contra el cólera; incluso el encontrarlos con ordenamientos mucho más antiguos, pues la base teórica de la explicación higienista del setecientos ya estaba recogida en la medicina galénica medieval.

Al respecto, no puedo dejar de mencionar cómo en las ordenanzas de la ciudad de Vitoria de 1487 aparecen idénticas recomendaciones a alguna que leemos 450 años después, durante la epidemia de cólera de 1834.⁶³⁶ Lo llamativo es que Iñaki Bazán⁶³⁷ estima que las medidas de higiene pública contenidas en aquellas ordenanzas de 1487 respondieron a la experiencia de la peste negra u otra posterior.⁶³⁸ Igual de importante es señalar que Vitoria sufriría nuevamente la embestida de la peste en las epidemias de 1504-05,

⁶³⁶ GONZÁLEZ DE ECHAVARRI, V. *Alaveses Ilustres*, Vol. II, Vitoria, 1900, recoge las Ordenanzas de la ciudad de 1487, en cuya ordenanza décima se lee: “*que persona ninguna non sea osada de lançar nin echar por ventana alguna a las callejas aguas ningunas nin basura nin tierra nin otra suciedad alguna*”; ordenamiento que volvemos a ver en el bando del ayuntamiento de Vitoria ante la epidemia de cólera de 1834 en sus artículos 4 y 6, véase apéndice nº 5.

⁶³⁷ GONZÁLEZ MÍNGUEZ, C.; BAZÁN DÍAZ, I. “La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición”, en Ramos Calvo, P.M. (Dir) *Historia de la medicina en Álava*, Vitoria, 1997. Págs. 108 y ss.

⁶³⁸ A pesar de no tener noticias directas, al estar documentada la peste negra de 1348 en las vecinas Navarra y Burgos, se presume que Álava también la sufrió.

1519, 1565⁶³⁹ y 1599 (brotes epidémicos entre 1596-1602), reiterándose el cumplimiento de aquellas ordenanzas en cada uno de los brotes para volver a incumplirlas nada más haber pasado el peligro, lo que testimonia la escasa penetración de aquellas recomendaciones entre la población, amén de la limitada capacidad del municipio para hacerlas cumplir fuera del tiempo epidémico.

Estas limitaciones se reducirán a lo largo de los dos siglos siguientes en base al desarrollo científico, tecnológico y cultural. No obstante, al iniciarse el siglo XIX todavía se estaba muy lejos de que se generalizaran comportamientos higiénicos acordes al pensamiento más avanzado que presentaban los ilustrados, si bien éstos ya habían logrado situar a la higiene pública en el centro de la respuesta sanitaria antiepidémica, convirtiéndola en una doctrina médica con nombre propio, el higienismo, que dejará su impronta en las nuevas legislaciones liberales que se abrían paso en el cambio de centuria, como serían los efímeros casos de la Constitución gaditana de 1812 y, más claramente, de los proyectos sanitarios del Trienio Liberal.⁶⁴⁰ Todo ello por tanto con antelación al cólera y teniendo como potencial enemigo a una epidemia, la peste, que no llegaría a hacer acto de presencia. Dio igual, lo que se buscaba en la peste lo proporcionó con creces el cólera: una expansión pandémica con agónicas muertes sobre

⁶³⁹ La bibliografía consultada no la incluye. Así por ejemplo Bombín, Porres y Reguera aluden a una escasa documentación para esta peste en Álava, pudiendo resistir Vitoria durante los primeros embates gracias al rígido aislamiento de la ciudad tras sus murallas hasta el punto de que *“muchos vecinos llegaron a morir de hambre, viéndose obligado así el ayuntamiento a aceptar la entrada de aquellos que se acercaban a la ciudad con provisiones”* (BOMBÍN PÉREZ, A.; PORRES MARIJUAN, R.; REGUERA ACEDO, I. “Medicina en Álava durante la edad Moderna” en *Historia de la medicina en Álava*); sin embargo, Núñez de Cepeda refiere que *“en mayo de 1565 hubo de tomar el Ayuntamiento la resolución de cerrar temporalmente este Hospital [de San Pedro] por haberse desarrollado en la Ciudad una peste y haber muerto repentinamente dos asilados en él”* (NÚÑEZ DE CEPEDA Y ORTEGA, M. *Hospitales Vitorianos...*).

⁶⁴⁰ Cfr. ALCAIDE GONZÁLEZ, R. “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”, *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, nº 50, Universidad de Barcelona, 1999.

excrementos que atufaban el aire en perfecta recreación del infierno miasmático que preconizaban los higienistas del XVIII.

Luego debe quedar claro que la base doctrinal de una nueva higiene orientada a la preservación de las enfermedades es previa al cólera, que se centró en medidas de carácter medioambiental orientadas al espacio físico público bajo dominio directo de las autoridades políticas, y que tomó como arquetipo orientador de sus objetivos la erradicación de los procesos epidémicos de los que la peste era su representación máxima.

No sabemos qué devenir hubieran tenido estos planteamientos bajo el efecto de otra epidemia distinta al cólera, pero sin lugar a dudas los tiempos y las formas serían bien distintos a como sucedió bajo el yugo de “nuestro aliado el cólera”.

VI.2. La gestión del miedo.

Cuanto he señalado en el punto anterior resulta verdaderamente importante para explicar el éxito final y perdurable del adoctrinamiento medico-higiénico que tiene lugar durante el siglo XIX. La cuestión es si el programa de reformas planificado por los ilustrados desde finales del XVIII hubiera podido progresar, y a un ritmo similar al que aconteció, de no haberse desarrollado el cólera en forma pandémica. La expresión de “nuestro aliado el cólera” deja bastante clara la respuesta y desde luego otros brotes epidémicos que se documentan en los años iniciales del XIX, con antelación al cólera, no lograron acelerar el proyecto a pesar de que su impacto demográfico estuvo cuantitativamente y en términos relativos a la par del ocasionado por el cólera.⁶⁴¹

Es evidente pues que el cólera aportó una plusvalía que no estuvo presente en otras epidemias coetáneas, y no he hallado otra que explique mejor su acción modeladora de conductas que su capacidad de sobrepasar el umbral del miedo para convertirlo en pánico.⁶⁴²

⁶⁴¹ Es cierto que la mayoría fueron brotes locales, como los de la viruela o el tifus; otras comarcales o regionales como la fiebre amarilla, aunque alguna, como la tuberculosis, puede describirse como endemia generalizada. En cualquier caso, la alta prevalencia y la alta tasa de mortalidad de estas enfermedades rivalizó en sus ámbitos con las cifras del cólera; de hecho, se utilizaron precisamente como vano argumento tranquilizador frente al cólera: “*El Cólera es una enfermedad grave, pero [...] otras enfermedades epidémicas como la viruela, la escarlatina, ciertas fiebres nerviosas han hecho mas destrozos que ésta...*”, en PARISSET; ESQUIROL; DESGENETTES; LEROUX; JUGE; CHEVALLIER; MARC. *Instrucción sobre el cólera-morbo asiático*, página 6.

⁶⁴² Miedo. (Del lat. metus): m. Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. || 2. Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea. || ~ cervical. m. El grande o excesivo. || ~ insuperable. m. Der. El que, anulando las facultades de decisión y raciocinio, impulsa a una persona a cometer un hecho delictivo. Es circunstancia eximente. Pánico, ca. (Del lat. panīcus): adj. Referente al dios Pan. || 2. Se dice del miedo extremado o del terror producido por la amenaza de un peligro inminente, y que con frecuencia es colectivo y contagioso.

En este sentido, cuando en la documentación alavesa leemos testimonios como los de Luis de Oribe⁶⁴³ en 1834 o los de Lopez de Elorria⁶⁴⁴ en 1855, expresando tan claramente la idea de temor infundida por el cólera, no puede pasarse por alto el interrogarse por los efectos de ese terror. Igualmente, cuando Ladislao de Velasco con la misma claridad habla de espanto al mismo tiempo que incide en la limitada repercusión demográfica del cólera respecto a la viruela,⁶⁴⁵ no podemos sino preguntarnos por qué no aparecen las mismas expresiones de horror frente a la viruela. En definitiva, por qué el cólera sobresale, más allá de la mortalidad causada, por las implicaciones psicosociales en la mentalidad de la población, que le acerca, como ninguna otra epidemia, al subconsciente histórico de la peste hasta convertirse en prácticamente sinónimos.⁶⁴⁶ Y en esa similitud, si “...la peste fue la desgracia más grande que afectó a las poblaciones del Antiguo Régimen y ella representaba el miedo máximo”,⁶⁴⁷ no cabe duda de que el cólera fue un aventajado alumno en esa capacidad de provocar un miedo superlativo.

⁶⁴³ “Es imposible poder hacer formar [...] una idea que no parezca exagerada, del terror en que se hallaran estos habitantes” (A.T.H.A. DH. 87-7. Informe de Luis de Oribe de la situación en Labastida a primeros de septiembre de 1834).

⁶⁴⁴ “extendida la enfermedad reinante de un modo sombroso que llenaba de pavor á los desgraciados habitantes á donde fijaba su mansión”. LOPEZ DE ELORRIA, M. Memoria relativa a la epidemia de cólera en 1855. A.T.H.A., DH 959-2. Manuel Lopez de Elorria era contador del Ayuntamiento de Vitoria.

⁶⁴⁵ “El cólera vino en el verano de este año (1855) à sembrar el espanto en nuestra ciudad y provincia, aunque no fueron sus estragos tan terribles como se temía: después hemos visto con menos aparato y terror reproducirse la viruela, en varias ocasiones causando más víctimas”. VELASCO, L. Memorias del Vitoria de antaño, pág. 186.

⁶⁴⁶ Hoy día no resulta extraño que el público general confunda ambos términos, peste y cólera; ni tampoco encontrar en los documentos de la época expresiones ambivalentes o ligadas como “peste colérica”. De hecho, uno de los primeros investigadores europeos sobre el cólera, Broussais, propuso en 1832 que la peste negra del XIV fue una epidemia de cólera. También la advocación a San Roque contribuye a emparentarlas.

⁶⁴⁷ DELUMEAU, J. “Miedos de ayer y hoy”, en VV.AA. *El miedo, reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, Corporación Región, Medellín, 2002. Pág. 15.

Corroborar la existencia de esa respuesta de temor desmedido y generalizado en las epidemias de cólera en Álava es parte del objetivo de este punto. No se trata de describir el horror de la enfermedad, sino de enfatizar sus repercusiones sobre el conjunto de las actividades de la vida diaria -familiares, sociales, laborales, culturales...- y, por extensión de ellas, sobre las actitudes y los comportamientos, sobre el juicio crítico y el sentido común, porque el otro objetivo perseguido es demostrar que el pánico producido por el cólera tuvo un carácter social y alienante que fue el que permitió construir un nuevo orden, en este caso higiénico-sanitario, como si se partiera de cero.

VI.2.1. Las múltiples facetas del miedo al cólera.

Desde el trabajo de Delumeau, *El miedo en Occidente*,⁶⁴⁸ es difícil dudar del papel ordenador del miedo en las sociedades. Y no hay duda alguna, a tenor de la frecuencia con la que se objetivan verbalizaciones de miedo y terror en la documentación sobre el cólera, que estas epidemias sobresalen precisamente por ese contexto, generalizado y superlativo, que es el pánico.

Prueba de esta manifiesta evidencia es que en buena parte de los trabajos sobre el cólera hay coincidencia en destacar el miedo, en todos sus sinónimos y grados, como elemento consustancial a aquellas epidemias, formando por tanto parte del discurso que magnifica la importancia del cólera más allá e independientemente de su verdadero impacto demográfico. De hecho, hay cierto consenso en atribuirlo efectivamente no al cuántos morían sino al cómo morían, dejando expreso testimonio de las téticas características sintomatológicas del cólera que, sumadas a la angustiada incertidumbre que de por sí causaba cualquier muerte, tan bien explotada religiosamente, otorgaba a la causada por el cólera verdaderos tintes apocalípticos.

Sin lugar a dudas, el sufrimiento físico asociado al cólera tuvo una gran influencia en incrementar el grado del miedo percibido, pero por lo menos otros dos factores debieron jugar un papel fundamental

⁶⁴⁸ DELUMEAU, J. *El miedo en Occidente (siglos XIV-XVIII)*, Taurus, Madrid, 1989.

en preparar y sugerir a la población, y no los he encontrado referidos en la bibliografía consultada: que fueron epidemias anunciadas y que su acción no distinguió grupos de población.

“El Cólera es una enfermedad grave, pero como todas las calamidades, es mas espantosa cuando se la espera, que peligrosa cuando se declara”, sentenciaba uno de los manuales sobre la enfermedad que utilizaron las autoridades alavesas en 1832.⁶⁴⁹ En Álava el cólera, a diferencia de otras epidemias, anunció su llegada con mucha antelación. Cuando llegó en 1834 habían transcurrido dos años desde que se diera la voz de alarma, y casi un año en la epidemia de 1855,⁶⁵⁰ con el agravante de que buena parte de la población recordaba la anterior experiencia. En ambas epidemias, a los primeros anuncios del riesgo potencial por la aparición de casos en algún lugar de la península le siguieron consecutivas confirmaciones de su acercamiento imparable en cada noticia que llegaba a las autoridades, en cada número de publicaciones como la *Gaceta de Madrid* que a las dramáticas descripciones de sus corresponsales añadía informes médicos y anuncios de tónicos preservativos y milagrosos absolutamente desmoralizantes, hasta que la presencia de huidos de allende el Ebro ratificaban la inevitable e inminente invasión de la provincia.

Quizá más importante sea el segundo factor. A diferencia de lo que sucedió con otras epidemias de llamativa mortalidad con las que comparaban los cronistas del XIX al cólera -caso de Velasco con la viruela en Vitoria-, y que tuvieron un claro predominio infantil porque la mayoría de los adultos estaban inmunizados al haber sobrevivido a la enfermedad en su niñez,⁶⁵¹ con el cólera toda la población se vió

⁶⁴⁹ PARISSET, ESQUIROL, DESGENETTES, LEROUX, JUGE, CHEVALLIER, MARC. Op. cit.

⁶⁵⁰ *“Todo se hallaba preparado en grande escala, puede decirse, para cuando llegase el caso, mas como desde la adopcion de las referidas providencias hasta la verdadera aparicion de la epidemia trascurrieron mas de ocho meses”*. A.M.V., AA.MM. del 17 de Noviembre de 1855, Informe de Francisco Juan de Ayala.

⁶⁵¹ A diferencia de con el cólera, en el caso de sobrevivir a la viruela la inmunidad activa natural que se adquiere es permanente, eliminando prácticamente la posibilidad de desarrollar la enfermedad más de una vez.

expuesta a la enfermedad: todos los grupos de edad, de género, de posición social..., todos. Desde una perspectiva de primeros del XIX, con mortalidades infantiles por encima de la mitad de los nacidos vivos⁶⁵² resulta evidente que no se percibía igual una devastadora epidemia que prácticamente sólo mataba niños que otra, que quizá cuantitativamente fuera más discreta, pero aniquilaba adultos, dejaba viudas y huérfanos, tierras sin labrar y talleres vacíos.

Luego en la conformación de un miedo que se generaliza y termina devorando las capacidades sociales de respuesta, en el cólera yo destacaría inicialmente la evidencia de la muerte no como un hecho potencial sino absolutamente real, pues la epidemia mata a la mitad de los afectados; en segundo lugar que, aunque es más virulento con ancianos y niños, mata adultos indistinta e indiscriminadamente; a la par, que lo hace además con sufrimiento intenso y que sus efectos se vivieron anticipadamente; y finalmente, otras cuestiones ya anticipadas, como la incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad y la nula efectividad de los tratamientos médicos.

Dicho ya lo más evidente, que el cólera produjo un miedo desmedido, me centraré en las expresiones de ese terror en el caso alavés. El asunto es complejo porque prácticamente en cualquier contexto del cólera puede percibirse ese sentimiento angustioso que, aisladamente, pueda no parecer suficiente para conceder tanta importancia al pánico, pero tomados en su conjunto puede apreciarse cómo rompen la vida cotidiana en múltiples y fundamentales aspectos.

Había comenzado la cronología de la primera epidemia de cólera en Álava aludiendo a un suceso ajeno a la misma pero coincidente en el tiempo con las primeras alarmas de una relativa proximidad del cólera, al sur de Francia y en 1832. Se trataba de unas misteriosas fiebres en el pueblo más meridional de la provincia a las que se prestó una atención extraordinaria -o por lo menos el prolijo testimonio documental así lo sugiere- que sólo es entendible desde la preocupación sincera de las autoridades por cuanto se decía del cólera

⁶⁵² IKERKETAK calcula para Vitoria una tasa de mortalidad en el grupo de 0 a 10 años del 536,29% para el periodo 1821-30. (Op. Cit., pág. 976).

allende los Pirineos; es decir, la semilla del miedo llegó por correo mucho antes que la amenaza directa. Probablemente desde Francia de forma directa o vía Guipúzcoa, aunque no hay testimonio documental de esas informaciones a nivel institucional. En cualquier caso, la preocupación en el resto de España, por ejemplo desde la *Gaceta de Madrid*, es sincrónica a la alavesa, salvando por supuesto las alertas portuarias, que llevaban ya casi un año con noticias de cuarentenas a navíos procedentes de países ya asolados por la epidemia.

La puesta en marcha ese mismo año de los mecanismos tradicionales de protección y aislamiento, fundamentalmente cordones sanitarios y restricción de movimientos a vagabundos con expulsiones de diversas localidades,⁶⁵³ alimentaría en lógica la sensación de peligro y generalizaría la información de la potencial llegada de una epidemia nueva y desconocida. Esto último quedaría corroborado por la aparición de todo tipo de charlatanes y pócimas milagrosas contra el cólera, de cuyo éxito da cuenta el énfasis puesto por los médicos municipales de Vitoria en denunciarlos.⁶⁵⁴ Vano intento, pues esta tercera vía, frente a la religiosa y la científica, tendrá un gran desarrollo que puede medirse tanto por la perseverancia de su acción

⁶⁵³ En mayo de 1832 la Junta Superior de sanidad, dependiente de la diputación de Álava, determina “*que los acuerdos hechos por la Provincia sobre mendigos se observen con puntualidad, se recomiendan nuevamente en obviación de los mayores riesgos que envuelve su situación, trato y modo de vivir*” (A.T.H.A. DH 218-3). En septiembre, la Junta Municipal de Sanidad de Laguardia solicitará a la diputación, dentro de las medidas para prevenir la epidemia, autorización para “*expulsar de la población a aquellas personas que no sean afincadas en ella y no posean oficio conocido con el que puedan vivir decentemente*” (A.T.H.A. DH 218-8).

⁶⁵⁴ “*En todos tiempos, y particularmente en el de las epidemias, la ilusion del entendimiento humano ha procurado buscar panacéas contra las enfermedades: de aquí el charlatanismo y sus específicos maravillosos. [...] Unos preconizan los ceñidores, otros los elixêres, por todas partes se leen Títulos engañosos, que demuestran hasta la evidencia, que este siglo que se supone el de las luces, es á lo menos el de los bribones*”. A.M.V., 17/27/16. “Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad a la Junta Municipal de Sanidad de la misma sobre el cólera morbo asiático y método de su preservacion y curacion”, págs. 8-9.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

como por su crecimiento a lo largo de las tres epidemias del siglo,⁶⁵⁵ lo que sirve también como termómetro del miedo.

Respecto a la expulsión de vagabundos y forasteros, incluso en su expresión más salvaje como aconteció en Madrid,⁶⁵⁶ no debe tomarse todavía -en 1832- en relación al que será un falso y perverso silogismo asociado a la epidemia: la suciedad provoca el cólera>los pobres son sucios y mueren más pobres por cólera>luego los pobres provocan el cólera. Dicha acción constituía un automatismo desde el medioevo y se seguirá ejerciendo en el futuro con otras epidemias,⁶⁵⁷

⁶⁵⁵ Una detallada recopilación de aquellos remedios a finales de siglo, testimoniando no sólo la pervivencia sino su éxito, puede verse en FERNÁNDEZ SANZ, J.J. *El cólera de 1885 en España*, Universidad Complutense de Madrid, 1989. Para la epidemia de 1855 en Álava, Marta Echevarría también recoge un amplio muestrario de aquellos remedios que se plasmaban en la prensa del momento (ECHEVARRÍA ABASCAL, M. *Repercusiones socio-sanitarias en Álava por la epidemia de cólera de 1855*, Tesis doctoral inédita dirigida, UPV/EHU, Bilbao, 1993).

⁶⁵⁶ En Madrid, ante la alarma de 1832, se procedió a expulsar a todos los pobres y mendigos de la capital. Para forzarlos se destruyeron los “tejares” (chabolas) de los arrabales en los que vivían, calculándose que en dos años se expulsaron unas 6.000 personas. En 1834, con la llegada de la epidemia, se realizó una nueva inspección en la que quienes no tuvieran trabajo y llevaran menos de diez años de residencia fueron obligados a abandonar la ciudad, dándoseles un pasaporte, una peseta y dos panes. Extraído de VIDAL GALACHE, F. *Madrid en el año del cólera. El drama de las clases populares*, documental de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, programa 082/07-08.

⁶⁵⁷ En las epidemias de peste del XVI el cierre de puertas en la ciudad amurallada implicaba de facto la expulsión de todo aquel que no fuera vecino o residente. Con posterioridad, al crecer la ciudad fuera de sus murallas o perder ésta su integridad, la labor de vigilancia se hace más activa y se centra en los caminos de acceso. En 1800, ante la amenaza de una epidemia de fiebre amarilla -considerada inicialmente como de cólera-, se ordena la restricción de movimientos a los vagabundos en torno a la ciudad (A.M.V., Epidemias, septiembre de 1800, “Medidas a tomar a la vista de los estragos y calamidades causadas en Cádiz por la epidemia de Cólera Morbo”). Igualmente en 1918, ante la epidemia de gripe, podemos ver el mantenimiento de tales medidas y, en este caso, sin estar recogidas de manera expresa en los bandos municipales, documentando la acción a través de la prensa. *Heraldo Alavés*, 21 de octubre de 1918: “Ayer no les fue permitida la entrada en Vitoria a una caravana de gitanos. Aplaudimos esta medida” y del 24 de octubre: “Hoy han sido socorridos con 0,50 céntimos y expulsados inmediatamente de la población varios mendigos ambulantes”.

no siendo sino un cumplimiento rígido y estricto de las ordenanzas, más permisivas fuera de tiempo epidémico, que buscaban tanto el limitar posibles contagios como evitar sufragar la asistencia a foráneos con los recursos de la localidad que, tal vez, no alcanzasen para los propios vecinos.

Dentro del paquete de medidas que se pondrá en marcha ese año de 1832 va a encontrarse una novedosa. Se trata de la inspección de la ciudad y de sus casas en busca de elementos insalubres. Esta labor de policía se documenta al menos en Vitoria y en Laguardia y, aunque se centró en aspectos extradomésticos y por supuesto extracorporales,⁶⁵⁸ el hecho es que se franquean físicamente los domicilios privados y se apercibe de posibles multas a vecinos que, en algunos casos, no hacían sino vivir de acuerdo a costumbres heredadas, como criando cerdos o utilizando excrementos humanos para estiércol dentro de la ciudad. La acusación de saturar el aire con miasmas peligrosos estigmatizaría a tales vecinos como potenciales colaboradores de la futura epidemia.

Del resultado de las inspecciones se colegirá la necesidad de reformas urbanísticas que, por ejemplo en Laguardia, tendrán una gran repercusión al desmocharse las torres que flanqueaban sus murallas, alterando para siempre su emblemática silueta, mientras que en Vitoria acciones similares no se darán hasta el embate de 1855, aunque sí se realizaron otras obras ya comentadas. Ha de hacerse notar que ninguna otra alerta reciente de epidemia había sido capaz de movilizar ese tipo de respuestas, pero es que ese mismo año una eminencia francesa, Broussais, argumentaba que tal vez la más terrible de las epidemias de las que se tenía conocimiento, la peste negra de 1348, pudiera haberse tratado de cólera morbo-asiático.

Finalmente, en la documentación alavesa de 1832 no aparecen algunas manifestaciones típicas de ambientes de miedo, tales como la huida, lo que puede entenderse en relación a la relativa lejanía aún de

⁶⁵⁸ Con posterioridad insistiré en este punto por la notable diferencia interpretativa desde lo que aprecio en Vitoria y lo expresado por autores como Foucault y, sobre todo, Corbin en relación a este mismo acontecimiento en ciudades francesas ese mismo año.

la epidemia. Más interesante resulta comprobar que tampoco aparece en 1834, en contra de la recurrencia con la que se describe ese suceso en la bibliografía sobre el cólera, lo que otorga una nueva peculiaridad al desarrollo de la epidemia en nuestra provincia.

El periodo entre la alerta del 32 y la invasión epidémica en 1834 estuvo marcado por un suceso igualmente dramático, el estallido de la guerra civil, que condicionará algunas respuestas como ésta de la huida al adelantarla a la llegada de la epidemia. Quien pudo huir del conflicto hacia zonas menos militarizadas lo hizo con antelación e independencia del cólera. Después, la guerra limitó enormemente los movimientos que, en cualquier caso, quedaron reducidos a las áreas ideológicamente afines,⁶⁵⁹ lo que explicaría la ausencia de estas noticias en relación al cólera en nuestra provincia.

Dentro de la huida cabe diferenciar la marcha por precaución, una respuesta coherente del miedo, y la marcha por desesperación, manifestación de terror. En la primera, la bibliografía señala sobre todo a las clases pudientes,⁶⁶⁰ que marchan con anticipación y con destinos claros, mientras que en la segunda son masas anónimas y variopintas que escapan con la epidemia ya en sus pueblos, sin destino, condenadas a los caminos ante el rechazo por otros pueblos. En el caso alavés, con antelación a la invasión del territorio por el cólera, la llegada de huidos de otras zonas se canalizó a través de los cordones sanitarios que concentraban a aquellas gentes en Miranda como única puerta de entrada a la provincia, desde donde se les conducía, como destino único, a la casa de observación del Prado, a las afueras de Vitoria. No hay documentación directa de la actividad de aquel lazareto, pero no hay testimonio de problemas antes de agosto, cuando a menudo está lleno, teniendo que retener en Miranda

⁶⁵⁹ El ejemplo de las dificultades para enviar un médico de Vitoria (área liberal) a Labastida (área carlista) es elocuente. Véase el capítulo “Crónica de la epidemia de 1834 en Álava”.

⁶⁶⁰ La respuesta de huida es común a todas las personas pero, salvo la solidaridad familiar de parientes en otros lugares, lo que condiciona el poder hacerla de manera programada es la posesión de recursos económicos.

y sus alrededores a los desplazados, condenando a aquella villa.⁶⁶¹ La amenaza de aquella muchedumbre intentando llegar a Vitoria es claramente percibida por ésta cuando se niega a retirar el cordón sanitario, ya “*que lebandandose el Cordon sanitario de esta Ciudad, vendran á refugiarse en ella una multitud de familias procedentes de las Provincias interiores y particularmente de los Pueblos situados allende del Ebro donde se ha manifestado el Colera, y que pudieran introducir esta plaga en el Pueblo*”.⁶⁶² La precaución resulta finalmente inútil, pues la propia ciudad se declara invadida por el cólera.

Dentro de esta huida es necesario advertir otra manifestación de pánico muy documentada en otros puntos de España⁶⁶³ y que en Álava tampoco aparece con claridad. Se trata del abandono de su residencia del personal sanitario, del que sólo consta la alusión al médico de Labastida,⁶⁶⁴ al que se ubica en la vecina Haro. Sin embargo, el hecho de que también ese pueblo sufriera los avatares del cólera sugiere que no se trató de una huida motivada por miedo al cólera, sino que su marcha o fue por cuestiones crematísticas al ofrecerle Haro mejores condiciones de las que tenía en Labastida, o bien por cuestiones políticas que, como ya dije, me parece la causa más consecuente. Precisamente de lo que sí hay constancia es de cómo la guerra fue quien más condicionó la vida de aquellos profesionales, reclutándolos

⁶⁶¹ A.T.H.A. DH 87-7. Desde primeros de agosto se reciben varias quejas por la retención sufrida en los lazaretos, aunque lo que llena los documentos fue la busca y captura del hijo del campanero de la iglesia de San Vicente de Vitoria por haber entrado en la provincia de manera ilegal.

⁶⁶² A.T.H.A. DH. 87-7.

⁶⁶³ Hasta el punto de tener que intervenir el gobierno mediante una R. O. (del 6 de julio de 1834) por la que se inhabilitaba a quienes habían huido de lugares epidemiados.

⁶⁶⁴ A.T.H.A. DH 87-7. “*Hace ocho días que con acuerdo de la Junta de Especiales oficie al Medico interesandole la deplorable situación en que se miraba este Vecindario, con el fin de que inmediatamente se personase en este Pueblo al cumplimiento de su sagrada obligación ó que en defecto se declaraba por vacante la plaza, y á este oficio aun no se ha contestado*”.

para sus fines a la fuerza⁶⁶⁵ o bajo contrato -sin mucho miramiento a su sentir político-,⁶⁶⁶ lo que lógicamente redujo efectivos asistenciales al llegar el cólera y, por otra parte, eliminó la posibilidad de que éstos pudieran mostrar su humana cobardía frente al cólera.

La guerra condicionó también muchas otras cosas. Lo más llamativo desde la documentación originada en Álava es el absoluto mutismo de todo lo relacionado con el cólera desde enero de 1834 hasta la llegada del comisario regio el 21 de julio. De no ser por la prensa nacional pudiera pensarse que la amenaza de epidemia era inexistente en Álava y, sin embargo, ya he defendido que las curvas de mortalidad apuntan a la existencia de casos por lo menos en Vitoria para esas fechas. Esta negligencia de las autoridades contrasta tanto con lo visto en 1832 que no es posible pensar sólo en un interesado ocultamiento, por ejemplo para mantener los cordones en el Ebro, indirectamente útiles para frenar los movimientos de las partidas carlistas, sino que ha de pensarse en que la preocupación inmediata y urgente era indiscutiblemente la guerra, siendo todo lo demás secundario hasta hacerse inevitable atenderlo. Y eso sucedió a finales de julio por mandato real.

Ya con la epidemia en ciernes, podemos ver cómo aparecen nuevas manifestaciones de miedo. Las primeras provienen de la

⁶⁶⁵ A.T.H.A. DH. 87-7. El cirujano de Labastida “*lo llevo consigo en clase de preso la facción [carlista] de Villarreal que estuvo en esta [localidad] el 1º de corriente [agosto]*”.

⁶⁶⁶ A.M.V., AA.MM. del 27-11-1833: “*...habiendose tratado por esta Ylustre Corporacion del mal comportamiento de la mayor parte de los empleados de la ciudad durante la epoca de la rebelión [de Verástegui tomando partido por el carlismo] acordaron S.S.S. dar por vacantes la Tesoreria, Archivo, [...] la del Ayudante de Cirujano del Hospital, [...] que se daran en propiedad verificandose la provision en Ayuntamiento extraordinario de...*”. A pesar de ello, en las AA.MM. del 24-1-1834 se hace constar que se “*...habia elegido para Cirujano del Militar establecido provisionalmente en San Francisco á D. Ramón Echavarria, sin embargo de haber sido depuesto por el Ayuntamiento anterior de la plaza de Ayudante de Cirujia que ocupaba acordaron S.S.S. [...] que le remueva inmediateamente de aquel encargo y para el Miercoles proximo proponga dos ó tres Cirujanos para su eleccion, teniendo presente que á las circunstancias de probidad y aptitud debe [...] reunir la de adhesión al Gobierno de la Reina Nuestra Señora*”.

publicación de un bando el 3 de agosto en Vitoria cuyo contenido es claramente heredero del discurso higienista de 1832; sin embargo, las formas son muy diferentes: lo que entonces eran recomendaciones se convierten ahora en obligaciones y la entonces posibilidad de multas se formaliza y concreta en cantidades individuales para cada una de las ordenanzas, todo lo cual evidencia una percepción del riesgo inmediata.

A los continuados “se prohíbe” de aquel bando se va a asociar un modelo policial de supervisión formal, dividiendo la ciudad en distritos a los que se adscriben inspectores, nombrados entre vecinos destacados, y delegando en los Mayorales de las vecindades la supervisión del cumplimiento de las ordenanzas. A esta supervisión se le añade un doble sistema de denuncia, por una parte el proveniente de la propia autoridad a través de sus empleados públicos⁶⁶⁷ y por otra mediante la coacción y la coerción a la población para que actúen como vigilantes de sus propios vecinos.⁶⁶⁸

Toda la ciudad queda bajo el control de la policía higiénica, incluidas “*las pertenencias de las iglesias y conventos*”, lo que puede enmarcarse en el contexto de la exacerbada reacción liberal que se había producido en Vitoria tras el inicio de la contienda y al proceso de exclaustación conventual en curso desde abril de ese año.

La pérdida de inmunidad de las instituciones religiosas anticipa nuevas medidas de control en terrenos de su competencia. Y en esta

⁶⁶⁷ A.M.V. 17/27/18. Bando municipal de Vitoria del 3 de agosto de 1834, artículo 16. “*Los encargados de Policía, recogerán en sus Carros todos los desperdicios que se les entreguen en las Casas, á cuyo fin se harán anunciar por medio de la Matraca, y notando que algunos vecinos no hacen la entrega ordenada, llamarán á la puerta y avisarán para que lo verifiquen, y no haciéndolo puntualmente, pasarán adelante, tomando nota de las casas, para dar parte á los Mayorales ó al Inspector del distrito para los efectos que haya lugar*”.

⁶⁶⁸ *Ibidem* artículo 4º. “*Se prohíbe echar á las calles y dejar en ellas y en las plazas, cantones y otros cualesquiera sitios públicos, perros ú otros animales muertos; paja, hortaliza, desperdicios de cocina ó inmundicias de otra cualquiera clase, bajo la multa de 10 reales vellon. Cuando estos efectos se encontrasen en cantones ú otros sitios públicos, la multa se exigirá á los habitantes de la Casa ó casas contiguas, á no ser que descubran la persona que haya cometido la contravención*”.

ocasión en un contexto de gran sensibilidad como es el mundo simbólico de la muerte cuya catarsis, de manera general, respondía a rituales firmemente establecidos y controlados por la Iglesia.

El 22 de agosto, unos días después de la declaración oficial de Vitoria como ciudad invadida por el cólera, se publica una exposición de la Junta Municipal de Sanidad que, aún en su familiaridad con todo tiempo epidémico, es la primera medida documentada en Vitoria en relación al cólera que atenta contra el ritual establecido de la muerte.⁶⁶⁹ En primer lugar se prohíbe la exposición de cadáveres en los hogares vitorianos así como en las casas mortuorias, eliminando de facto el velatorio, el tributo de respeto que otorgaba al finado el reconocimiento de su valía en la vida, permitía una condolencia física de los vecinos en su velar y servía de consuelo a la familia en su primer adiós. En segundo lugar, se prohíbe llevar el cadáver a la iglesia, es decir, celebrar el funeral de cuerpo presente, impidiendo por tanto al finado estar en el ceremonial de tránsito a la vida eterna. En tercer lugar, la Junta, formada fundamentalmente por los médicos locales, no lo considera como una medida transitoria, sino que aspira a perpetuarla. Así, recomienda al Ayuntamiento “*lo conveniente y necesario que sería el que desde ahora para siempre fuesen conducidos los Cadáveres inmediata y directamente á la Capilla de Santa Isabel en donde queden depositados hasta que llegue el tiempo prevenido por las leyes para darles sepultura en el Cementerio inmediato*”. Finalmente dan una doble argumentación a su recomendación, la que para ellos es la legítima, “*por ser perjudicial á la salud pública*”, y la legal, “*estar recomendado por Reales órdenes*”.

Efectivamente, a finales de julio se había publicado una orden suspendiendo durante la epidemia el repique de campanas que tradicionalmente acompañaban tanto a la administración de los santos Sacramentos como a las exequias, en la creencia que tales anuncios sonoros abatían los ánimos de la población predisponiéndola a contraer la enfermedad. Esa medida es aplaudida en el *Boletín de*

⁶⁶⁹ A.M.V. 17/27/18.

Medicina, Cirujía y Farmacia,⁶⁷⁰ pero insisten en extenderla a otras, en la línea de las recomendaciones que propone la Junta de Sanidad vitoriana, como el transporte de cadáveres en camillas cubiertas y de noche, fomentando el ocultamiento de la muerte. Sin embargo, todavía en la R.O. de 24 de agosto en que se recapitula las acciones frente al cólera al anunciar la disolución de los cordones sanitarios, sólo se alude a la prohibición del uso de las campanas.⁶⁷¹ No será hasta la R.O. del 18 de enero de 1849 cuando se introduzcan todas estas recomendaciones como obligaciones.⁶⁷²

El trasfondo de la lucha secular entre Iglesia y Medicina por apropiarse de la muerte queda bastante patente en lo dicho en estos

⁶⁷⁰ B.M.C.F. n° 9 del jueves 31 de julio de 1834, pág. 72.

⁶⁷¹ Sigo la transcripción de la R.O. publicada en la G.M. n° 192 del 26 de agosto de 1834, págs. 815 y 816.

⁶⁷² Real Orden de 18 de enero de 1849, publicado el 30 de marzo bajo el título *“Instrucciones que deberán observar los gobernadores y alcaldes en la adopción de las disposiciones gubernativas necesarias para contener o minorar los efectos del cólera morbo-asiático”* (A.M.V. Epidemias. 35/1/23). Se ocupa de ello en los artículos 29 a 35 comenzando por reconocer la necesidad de administrar auxilios espirituales, pero sin publicidad: *“será prohibida la utilización de las lámparas para anunciar la administración de sacramentos y anunciar fallecimientos”*. Una vez fallecido, *“Inmediatamente después de la muerte [...], en su misma casa, aspersiones de agua clorada, proporcionando al mismo tiempo ancha y libre ventilación”*, *“Se procurará que la permanencia de los cadáveres en las casas sea lo más corta posible”*, tras comprobar la defunción se avisará para su traslado a los camilleros. *“Las camillas de los cadáveres irán cubiertas y serán trasladadas al cementerio por el anochecer o amanecer sin pompa ni publicidad”*, el cementerio deberá estar situado *“extramuros de las poblaciones, haciendo que la hoya de las sepulturas tenga 2 metros de profundidad”*, no pudiéndose *“consentir la exposición de los cadáveres en las Iglesias y Campos Santos”*.

Las disposiciones de esta R.O. encuentran reflejo en las propuestas por la Junta Municipal de Sanidad durante la epidemia de 1855: *“La conducción de los cadáveres se debe realizar de noche, vigilada por un alguacil y sin hacer ruido, ni hablar”*, al igual que los traslados al Hospital que *“serán trasladados de noche y marcándose el itinerario de antemano”*, salvo que pueda hacerlo a pie, en cuyo caso *“harán el recorrido de día con las debidas precauciones para evitar la alarma”*. Al fallecer se *“procurará fumigar la habitación del enfermo juntamente con todas sus ropas”*. *“Quedan prohibidas las misas de cuerpo presente”* y en los enterramientos, *“La inhumación debe realizarse a una profundidad razonable y acompañada de depósitos de cal”*. A.M.V. 17/27/19.

últimos párrafos. La cuestión va más allá de quién ha de ser el último en asistir al moribundo, si el sacerdote o el médico, sino para qué; el primero lo hace para abrirle la puerta a la vida eterna⁶⁷³ y el segundo para testificar el final de su vida terrenal.⁶⁷⁴ El primero esgrime el esperanzado renacimiento de un nuevo igual ante Dios e inicia un pomposo ritual; el segundo esgrime la corrupción biológica e inicia el aislamiento del cadáver.

La generalización de las inhumaciones individuales en cementerios extramuros frente a las colectivas en iglesias puede considerarse una pequeña victoria de la segunda opción. En Álava ya hubo propuestas al respecto en el onnipresente Foronda,⁶⁷⁵ pero la construcción del cementerio y el inicio del cambio en el ritual fue obra de los gobernadores franceses durante la ocupación, correspondiendo al cólera su completa generalización.⁶⁷⁶ El cambio se había logrado en nombre de la higiene y la salubridad pública, resquebrajando el contenido simbólico del enterramiento común; éste, a excepción de altas personalidades, constituía la representación de la igualdad de todos los seres humanos en la vida celestial que se alcanzaba tras la muerte, mientras que el cementerio permitía una simbología más afín a los ideales de la burguesía: mantener las diferencias sociales incluso en la tumba. Al respecto, la propuesta de la Junta Superior de Vitoria

⁶⁷³ Durante la Contrarreforma volvieron a tener auge los textos para la orientación de los curas en el *ars moriendi*, defendiéndose que había de ser el sacerdote quien presenciara el último aliento y que hasta entonces no cesara en obtener el arrepentimiento del moribundo para purificarlo, garantizando así su acceso al reino celestial.

⁶⁷⁴ Foronda dedica también un espacio a este tema, recordando a su interlocutor “la prohibición severa que debe imponer, de enterrar los muertos hasta que se hayan hecho todas las pruebas que aconsejan los Físicos-Médicos”, a lo que sigue un repertorio de “Los medios mas seguros de conocer si está muerta, ó no, una persona”. *Cartas sobre La Policía*, pág. 20.

⁶⁷⁵ *Ibidem*, pág. 15.

⁶⁷⁶ Al respecto, Martínez Lacabe alude a las dificultades en España “para implantar la normativa liberal europea [sobre cementerios] en un pueblo demasiado arraigado en sus costumbres tradicionales” reconociendo que “gracias a las muertes producidas por la epidemia [de cólera], la población comprende que los cementerios son parte de las estructuras higiénico sanitarias”. *Op. cit.* Págs. 105 y 106.

para anular de manera permanente lo que restaba del ritual religioso pretendía romper lo que quedaba del simbolismo “igualatorio” de la muerte.⁶⁷⁷

A pesar de que la confluencia de intereses entre Poder -al menos económico- y Medicina por priorizar el cuidado del cuerpo en la tierra frente a la salvación de las almas en el purgatorio pareciera otorgar cierta ventaja a este contendiente, máxime cuando la gestión política del cólera estuvo en sus manos, la realidad es que ante su incapacidad práctica para evitar o frenar al cólera, durante las epidemias de cólera el fervor religioso se exacerbó, haciendo que los confesionarios se abarrotaran por las anónimas multitudes en sentido y sincero arrepentimiento, pudiendo utilizarse con pleno significado a favor del adoctrinamiento religioso la misma expresión de “nuestro aliado el cólera” que acuñaran los científicos para su causa.⁶⁷⁸

Con el comienzo del momento álgido de la epidemia en distintas zonas de la provincia, pero no aún en Vitoria, las expresiones de miedo varían, aparecen las últimas manifestaciones de autoridades locales⁶⁷⁹ y dejan paso a las de los actores en primera línea, de los

⁶⁷⁷ En Vitoria, la simbología igualatoria era representada de manera real en todo el proceso funerario, desde el velatorio al entierro, a manos de la organización vecinal. Las vecindades tenían milimétricamente recogido en sus ordenanzas el ritual de la muerte: A.M.V. Oficina/VPN-16. “Ordenanzas de la Nueva Plaza de la esta ciudad en 10de Julio de 1790, aprovadas por los Señores Justicia y Regim^o de ella en el Ayuntamiento que selebraron en 1º de octubre siguiente siendo secretario Dⁿ tomas Antonon de Espejo”. Al construirse el cementerio de Santa Isabel en 1808, las ordenanzas se adecuaron al nuevo modelo de enterramiento, por ejemplo: A.M.V. “Libro de actas de la vecindad de la Plaza Nueva”, 26-11-1808.

⁶⁷⁸ Martínez Lacabe recoge varios testimonios eclesiásticos reveladores de ello. En Eslava, *“no dudo que el cólera ha ganado más almas, que las dos o tres misiones que se han hecho en poco tiempo en esta Parroquia”*; en Luquin, *“jamás hemos presenciado una misión tan eficaz para mover los corazones, al arrepentimiento de sus culpas, pues todos los días tenemos horas de confesionario”*. (MARTÍNEZ LACABE, E. “La epidemia de cólera de 1855 en Navarra: demografía y mentalidad”, *Gerónimo de Uztariz*, nº 12, 1996. Pág. 102).

⁶⁷⁹ En Vitoria, expresando lo evidente: *“es temible que en breve tengamos sobre nosotros la enfermedad que aflige á Pancorbo, Briones”* o en Labastida reconociendo que *“en tal caso es preciso que sin remedio moramos como perros”*. Ambas en A.T.H.A. DH. 87-7.

sacerdotes que no daban abasto a sacramentar⁶⁸⁰ o de los médicos a asistir correctamente a los enfermos.⁶⁸¹ Comienzan a aflorar descripciones del terror que produce la florida sintomatología del cólera,⁶⁸² quejas por la falta de asistencia sanitaria especialmente de los pueblos,⁶⁸³ por lo inútiles de los remedios médicos...y, finalmente, silencio absoluto.

En octubre Vitoria se desborda: no sólo desaparecen todas las alusiones a los pueblos de la provincia y a los de su propia jurisdicción, de por sí escasas; tampoco hay una sola letra para Vitoria. Sólo los asientos en el estadillo de invadidos y fallecidos dejan constancia del efecto cuantitativo de la epidemia, pero cualitativamente el silencio es tan expresivo de verdadero terror como los relatos a lo Dante de otras partes.⁶⁸⁴

⁶⁸⁰ A.M.V. 17/27/18. Carta del 26 de septiembre de Eugenio de Arroyabe, cura de Mendiola: “... me estenderia mas en las observaciones sino me lo impidiera el incesante trabajo, y el tener que ir sin perdida de un momento á sacramentar á uno de los pacientes [...] Yo me hallo sumamente estropeado y canso...”.

⁶⁸¹ Ibidem: “[La enferma] de la cual dio el primer parte [el médico] que se hallaba mejorada, y fuera de peligro, ha dado el mismo fin esta mañana á las siete. ¡me entristezco y llena de desconsuelo al ver visitas tan poco observadas y detenidas!”.

⁶⁸² A.T.H.A. DH. 87-7: “Es imposible poder hacer formar [...] una idea que no parezca exagerada, del terror en que se hallaran estos habitantes, pues [...] ayer se enterraron quatro, y esta noche han fallecido cinco, todos precipitadamente”.

⁶⁸³ En parte por la propia distribución de los profesionales, que preferían asentarse en poblaciones grandes para asegurarse mejores ingresos, y en parte por la persecución política antiliberal de los últimos años y la actual del carlismo, lo cierto es que la mayor parte de los médicos estaban en Vitoria y resultaba difícil convencer a alguno para que fuera a asistir a alguna localidad que pedía ayuda. En el caso visto de Labastida, la Junta Superior de Sanidad tuvo que comprometerse a proporcionar el socorro conveniente a las familias de los facultativos, por cuenta de la Provincia, en caso de peligrar la vida en esta misión así como “remunerar sus servicios de un modo honroso y propio de tan grave y delicado asunto”. (A.T.H.A. DH 3386.1).

⁶⁸⁴ Por ejemplo el relato de Vidal Galache (op. Cit.) sobre cadáveres arrojados por las ventanas en el Madrid de 1834 que se repite en otras partes. Así, en Álava, Ruiz de Loizaga, para la epidemia de 1855, describe la siguiente trágica estampa: “los carros tirados de bueyes recorrían los pueblos recogiendo cadáveres de los portales o bien los que eran lanzados desde los balcones o ventanas; en muchos pueblos no había quien los enterrara y numerosos eran los muertos que se hacinaban en los cementerios mientras los sanos se dedicaban a novenas y funciones religiosas”.

Las cifras del estadillo vitoriano son elocuentes en esos primeros días de octubre con fallecimientos de hasta ocho diarios (nueve en la defunción sacramentada) que tienen lugar o el mismo día en que se anotan o al día siguiente.

Estas vívidas expresiones de temor desmedido son las que más nos ayudan a entender las repercusiones mentales del cólera, aquellas que en definitiva están tras ciertos cambios de ideas, actitudes y comportamientos de la población alavesa. Y en virtud de ello, considero que en Álava puede afirmarse que de manera efectiva llegará a crearse un subconsciente simbólico común en relación al cólera que justifica hablar de pánico social con más propiedad que de pánico colectivo,⁶⁸⁵ pues no se trata sólo de un miedo desmedido que afecta cuantitativamente al conjunto de una población, sino cualitativamente, poniendo en duda las ideas y creencias que soportaban la comprensión de cuanto les rodeaba, lo que permitirá romper los sistemas psicosociológicos de filtrado favoreciendo que permeabilicen nuevas propuestas de orden social.

VI.2.2. El pánico como catalizador.

“Los creyentes de la doctrina del <shock> están convencidos de que solamente una gran ruptura -como una inundación, una guerra o un ataque terrorista- puede generar el tipo de tapiz en blanco, limpio y amplio que ansían. En esos periodos maleables, cuando no tenemos un norte psicológico y estamos físicamente exiliados de nuestros

⁶⁸⁵ Desde un lenguaje sociológico, ya que desde la medicina el término social carece de esa connotación de simbología común, utilizándose como expresión de relación o convivencia interpersonal (familiar, laboral...) en un ámbito público; así por ejemplo la medicina posee un diagnóstico que utiliza un enunciado similar, el de “fobia social”, pero con un significado muy diferente al que yo utilizo: “temor persistente y acusado a situaciones sociales o a actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas” (Clasificación de diagnósticos de salud mental IV revisión -DSM IVr-).

*hogares, los artistas de lo real sumergen sus manos en la materia dócil y dan principio a su labor de remodelación del mundo”.*⁶⁸⁶

Aunque su autora, Naomi Klein, orienta esta expresión a ciertas prácticas del neocapitalismo de finales del siglo XX, la idea puede trasladarse, extemporáneamente, a lo acontecido en torno al cólera durante el XIX en virtud a lo referido de que el miedo producido por el cólera reunió esa misma característica de alienación.⁶⁸⁷ Probablemente haya de matizarse la intencionalidad en el uso de la desgracia; la acción dolosa que Naomi Klein atribuye a los teóricos del fundamentalismo capitalista -siempre discutible- es mucho más borrosa cuanto más nos alejamos en el tiempo, por mucho que quienes ven control social punitivo por doquier no duden en señalar esa misma intencionalidad en sociedades preindustriales. Yo me abstengo de considerar la posibilidad de que el proyecto ilustrado incluyera una utilización premeditada, consciente, formal y dirigida del terror epidémico, pero no tengo duda de que fueron los resultados de experiencias dramáticas colectivas, como las del cólera, las que permitieron observar a Milton Friedman -un autor en las antípodas ideológicas de Klein- que “*sólo una crisis -real o percibida- da lugar a un cambio verdadero [en el que] lo políticamente imposible se vuelve políticamente inevitable*”,⁶⁸⁸ lo que no es sino una actualización explícita del “*nuestro aliado el cólera*”.

He traído a colación esta introducción de *La doctrina del shock* porque considero que el cólera reunió verdaderas características de *shock* que le otorgaron esa capacidad de maleabilidad de las conciencias que, históricamente, tal vez sólo pueda compararse con la de la peste, precisamente porque ambas fueron capaces de generar un pánico social que no llegaron a darse con otras enfermedades epidémicas o endémicas en el XIX: viruela, fiebre amarilla,

⁶⁸⁶ KLEIN, N. *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*, Paidós, 2008. Pág. 30.

⁶⁸⁷ En el sentido de inobjetable, de anulación de la capacidad para discernir o razonar con claridad y objetar alternativas a un asunto.

⁶⁸⁸ Idem. Pág. 7, citando a FRIEDMAN M. *Capitalism and Freedom* (1962), traducido y editado por ediciones Rialp, Madrid, 1966.

tuberculosis, tífus, sarampión..., por mucho que sus recuentos de vidas perdidas superen a las del cólera.

La cuestión es si fue suficiente ese impacto de terror desmedido para que los defensores de nuevos comportamientos higiénicos alcanzaran sus objetivos o se hizo necesario contar con otros apoyos. El acercamiento a la cuestión lo he realizado a través de las teorías de Educación para la Salud pues, al fin y al cabo, el adoctrinamiento higiénico-sanitario en torno al cólera, en cuanto a acciones de conversión de comportamientos no saludables, puede señalarse como un claro antecedente empírico de los modelos de Educación para la Salud que se comenzaron a elaborar y sistematizar metodológicamente a partir de mediados del siglo XX. Es más, demostraré que en el adoctrinamiento del XIX se dieron los requisitos necesarios para el éxito educativo en salud según los modelos que predominaban al finalizar el segundo milenio.

En los modelos clásicos de la Educación para la Salud que se desarrollaron hasta los años 60-70 del siglo XX se primó “...*implícita o explícitamente una concepción de la educación como un proceso vertical y autoritario en el cual los individuos deben aceptar la información que las autoridades de salud juzguen conveniente proporcionar. Los comportamientos son el objetivo último, utilizando como vehículo para el cambio de éstos, la modificación de conocimientos y actitudes mediante acciones educativas y persuasivas...*”.⁶⁸⁹ A estos modelos tradicionales de corte psicologista, basados en las teorías conductistas y cognitivistas de modificación de la conducta, se les califica actualmente en los manuales de educación para la salud como modelo persuasivo-motivacional, cuya característica común fue la de incluir la necesidad de la motivación tras el proceso de información para la consecución de determinados hábitos. La premisa era que la información cambiaba los conocimientos, pero era la motivación la que cambiaba las actitudes.

⁶⁸⁹ VALADEZ FIGUEROA, I.; VILLASEÑOR FARIAS, M.; ALFARO ALFARO, N. “Educación para la Salud: la importancia del concepto”, *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, Enero-marzo de 2004, 43-48. Pág. 46.

Trasladándolo al cólera, el pánico se comportaría en la población como un estímulo afectivo esencial de motivación creando una actitud abierta a los consejos de las autoridades. El problema sin embargo es que el cambio de actitud⁶⁹⁰ no siempre provoca un cambio de comportamiento (es un cambio necesario, pero no suficiente), lo que llevó a los teóricos de la Educación a reformular aquellos modelos teniendo en cuenta que, además de unos objetivos cognitivos (información) y volitivos (motivación), eran necesarios otros de carácter conativo⁶⁹¹ encaminados a dotar de recursos a la población y a mantener una presión continuada para facilitar que el cambio de actitud generara verdaderamente cambios de conducta, duraderos y estables. En la práctica esto implica dotar a la población de utensilios, habilidades, infraestructuras, normativas, leyes..., que faciliten la ejecución de las directrices sanitarias.

La crítica más general a estos modelos cognitivo-conductistas es que sus mecanismos psicológicos suelen aparecer rígidos, como inevitables,⁶⁹² y no tienen en cuenta la libre voluntad de los individuos para tomar decisiones conscientes basadas en el pleno uso de su inteligencia. Sin embargo, esta crítica no sería aplicable a situaciones de *shock* como en el cólera, pues la capacidad de la población para tomar decisiones libres quedó ya anulada, quedando a merced de estos mecanismos psicológicos que, en un sustrato no manipulado, no dejan de ser sino automatismos de supervivencia. Otra cuestión es la denunciada desde puntos de vista de control social, los cuales tienden a destacar que una información interesada, parcial y dirigida, y sobre todo la adopción de medidas de coerción extrasanitarias, normalmente legislativo-punitivas, aprovechan actitudes favorables al cambio para

⁶⁹⁰ Entendida ésta como la predisposición mental adquirida y duradera a comportarse de una forma determinada frente a objetos, personas o situaciones.

⁶⁹¹ Conativo en la tercera acepción del DRAE: “*Empeño y esfuerzo en la ejecución de algo*”.

⁶⁹² Lo que no quiere decir que no acepten su importancia, pues “...*debemos tener presente que estos mecanismos, el procesamiento de la información (cognitivismo), el condicionamiento operante (conductismo), y el de la motivación, son mecanismos que existen en la realidad y se encuentran presentes en la vida cotidiana de las personas*”. VALADEZ, VILLASEÑOR Y ALFARO, op. cit., pág. 46.

dictar qué comportamientos son los correctos y cuales no,⁶⁹³ en contra de la autonomía de las personas.⁶⁹⁴ Al respecto, es inevitable asentir que en el cólera el consejo preventivo, la información y su acción cognitiva, así como las normativas y reglamentaciones que ejercieron su papel conativo, se fundamentaron sobre teorías sin confirmar y que de hecho se demostrarían falsas, a pesar de lo cual en la epidemia de 1885 se mantendrán mensajes y normativas similares a las de 1834, cuando ya entonces se conocía que carecían de utilidad frente al cólera.

En resumen, partiendo de la premisa de estos modelos de Educación para la Salud que propugnan la necesidad de actuar en tres frentes para lograr una conversión duradera de los comportamientos, puede afirmarse que en el cólera se dan inequívocamente los tres elementos: el cognitivo mediante informaciones sobre todo médicas que se asumen como científicas y por ello expertas e inapelables,⁶⁹⁵ el afectivo con una motivación basada en el terror a la enfermedad, y el conativo proveniente de las autoridades civiles, que actuarán sobre lo público y legislarán sobre lo privado.

Presentado en este punto la importancia que concedo al miedo como catalizador motivacional en el asentamiento de nuevos

⁶⁹³ El ejemplo paradigmático es el del tabaco en los países occidentales: la información sobre sus efectos perniciosos, basada en la evidencia científica, apenas alcanza la concienciación y no produce cambios actitudinales importantes hacia el abandono del hábito (comportamiento perseguido), lo que sí se consigue en mayor medida mediante estímulos afectivos (p. ej., plasmar consecuencias del tabaquismo en imágenes impactantes) que crean ambientes favorables a la conversión y ello permite limitar la oposición a legislaciones restrictivas y punitivas que, en definitiva, cumplen la misión de evitar distorsiones en el nuevo comportamiento social asumido como correcto.

⁶⁹⁴ Actualmente el paradigma de la educación para la salud parte del axioma de que educar no es informar ni tampoco persuadir para que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por un “experto”, sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

⁶⁹⁵ Más adelante llamaré la atención sobre la paulatina medicalización en los discursos de las autoridades civiles alavesas, reconociéndose claramente la preponderancia del consejo “experto” médico.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

comportamientos, veamos cómo evolucionó y se adaptó el mensaje de la estrategia higiénico-sanitaria sobre los ámbitos público, privado y personal, cómo al propio refuerzo natural de las siguientes epidemias sobre los comportamientos -la del 55 sobre buena parte de la generación que había sufrido la anterior- se añadirán refuerzos artificiales desde las normativas y los decretos.

VI.3. Evolución del discurso higiénico-sanitario.

Al repasar la documentación de origen alavés referida al cólera durante el siglo XIX se comprobará de manera inmediata que, entre los muchos tipos de manifestaciones, el grupo de verbalizaciones más explícito es el relacionado con la higiene. No es ninguna novedad, lo mismo se advierte en la documentación nacional y, en consecuencia, se refleja en la práctica totalidad de los estudios históricos sobre aquellas epidemias que he consultado, independientemente del área geográfica que abarquen, y, lo que quizá es más sorprendente, de la epidemia o epidemias que analicen.

Precisamente esto último llamó mi atención al revisar la bibliografía sobre las epidemias de cólera del siglo XIX español. En ocasiones perdía la noción de la epidemia a la que se refería el estudio que leía en ese momento, pues a menudo las expresiones de pésimas condiciones higiénicas eran idénticas a las que recordaba haber leído en algún trabajo anterior, comprobando luego que abordaban epidemias diferentes no sólo en lugar sino también en tiempo. La impresión espontánea y general era que en el conjunto español, al menos en la cuestión higiénica, nada había cambiado entre 1834 y 1885, a pesar de la experiencia de tres epidemias devastadoras y de otros brotes menores de cólera.

Analizando luego la documentación, esta uniformidad en las expresiones relativas a la ausencia de condiciones higiénicas que plasmaron los coetáneos a las epidemias de cólera tiene mucho de aparente. Es cierto que hay palabras y frases enteras alusivas a ello que se repiten textualmente en diferentes contextos espaciales y temporales y que la temática higienista resulta omnipresente en el conjunto documental del cólera, pero, bajo ese mantenimiento formal del discurso higiénico, su contenido evoluciona y presenta significadas diferencias en cada brote epidémico. Dos son las evoluciones que destacaré en este punto: primero la relacionada con el ámbito físico al que se señala delictivamente por su ausencia higiénica -urbano, doméstico, corporal- y, segundo, la referida a la consideración de las condiciones higiénicas de esos ámbitos como causa o como predisposición del cólera.

Antes de presentar el resultado de mi análisis considero que hay una cuestión importante a dilucidar: por qué ha predominado en las revisiones históricas la apariencia formal, aquella que no cuestiona las afirmaciones documentales de que en tal lugar o grupo social la higiene era desconocida; es más, incluso lo toma al pie de la letra dando lugar a la impresión uniformadora del discurso higiénico anticolérico.

La explicación a esta uniformidad interpreto que puede venir dada por la conjunción de al menos estos dos factores: por un lado y desde la perspectiva de las actuales evidencias científicas, que no cabe duda del estrecho vínculo existente entre el cólera y la higiene tal como la entendemos hoy día; por otro y desde la perspectiva médica, que los descubrimientos bacteriológicos de finales del XIX establecen el inicio de una nueva Era exitosa en la historia de la lucha contra la enfermedad. Desde estas realidades, considero, se han unificado las epidemias coléricas del XIX en una etapa prebacteriana común -de la que también formaría parte la peste- a la que se termina aplicando características uniformes e inmutables: las condiciones higiénicas eran invariablemente pésimas y las capacidades médicas de curación nulas. Visión macroscópica y de largo plazo donde se consideraría insustancial las modificaciones en el discurso higiénico que se produjeron en el medio siglo que tercia entre la epidemia de 1834 y la de 1885.

Esta postura, generalizada en los trabajos sobre el cólera, insisto, comete dos errores: considerar que la asociación entre cólera e higiene fue en el siglo XIX recíproca, como lo es en el presente, y que la revolución bacteriológica explica por sí sola el cambio de paradigma higiénico.

En primer lugar, tal como he analizado en el capítulo sobre los determinantes de salud, la asociación entre cólera e higiene no fue recíproca en el siglo XIX, sino asimétrica y unidireccional, siendo clara la influencia del cólera sobre la necesidad de mejorar la higiene pero no así de ésta última sobre el control de la enfermedad, ya que el conocimiento existente a lo largo de la centuria fue incapaz de identificar los aspectos higiénicos verdaderamente implicados en la

propagación del cólera, por lo que las recomendaciones emitidas sobre higiene pública, privada e íntima se hicieron sin evidencia de efectividad, guiados por un conocimiento limitado y equívoco sobre el origen y desarrollo de las enfermedades epidémicas. El resultado fue que sólo muy parcialmente puede encontrarse alguna medida higiénica puesta en marcha durante el XIX que resultase verdaderamente eficaz frente al cólera.

En segundo lugar, el que las medidas propuestas por los higienistas resultaran entonces inútiles frente al cólera no quiere decir que no aportaron ningún beneficio; así, por ejemplo, el obsesivo énfasis por la ventilación, urbana inicialmente pero luego trasladada al interior de los hogares, contribuyó a minorar la incidencia de enfermedades de transmisión aérea, como la viruela o la letal tuberculosis, esta última verdadera endemia causante de por lo menos un cuarto de las defunciones totales.⁶⁹⁶ Al respecto, desde los estudios de Mckeown⁶⁹⁷ situando el descenso de la mortalidad en Inglaterra con anterioridad al paradigma bacteriológico, relacionándolo con las mejoras en las condiciones de vida y en la nutrición de la población, se han revalorizado los principios del higienismo ilustrado y de la posterior medicina social como motor del cambio en el modelo demográfico, relativizando por tanto el papel exitoso de la revolución bacteriológica en la lucha contra la enfermedad, especialmente la epidémica, que había construido la historia de la medicina.

⁶⁹⁶ Aunque de inicios del siglo XX, Molero, basándose en cifras de Hauser, señala que *“la tuberculosis se colocaba a la cabeza de las causas de muerte desde el momento que se comenzaron a compilar estadísticas, suponiendo, en 1902, entre un 20 y un 25 por 100 de la mortalidad general en todos los centros de población. [...] No obstante, era prácticamente unánime la consideración de estas cifras oficiales como sesgadas [por defecto]”*, en MOLERO MESA, J. *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987. Pág. 20.

⁶⁹⁷ MCKEOWN, TH. *El crecimiento moderno de la población*, Antoni Bosch editor, Barcelona, 1978. El texto básico de este autor es el publicado en 1966 del que sólo tengo referencias indirectas: MCKEOWN, TH.; LOWE, C.R. *An introduction to Social Medicine*, Blackwell Scient. Publ., Oxford, 1966.

Desde estas coordenadas es de donde concluyo la necesidad de analizar en detalle los contenidos del discurso higienista en el contexto del cólera.

He anticipado que son dos los ejes que percibo como más ilustrativos de la evolución de los contenidos en el discurso higiénico: el del ámbito físico al que se dirigen las críticas y las recomendaciones higiénicas, y el de su consideración como elemento causal o predisponente del cólera. Ambos evolucionan paralelamente y están íntimamente interrelacionados, por lo que he decidido presentar el análisis de ambos al unísono, bajo un epígrafe común a pesar que nominalmente parezca ir orientado a uno sólo de ellos.

VI.3.1. De lo ambiental a lo público.

Las primeras disposiciones frente al cólera en Álava no difieren de las que aparecen descritas en estudios de otros puntos de España, de las que figuran en publicaciones nacionales como la *Gaceta de Madrid* o de las contenidas en textos de renombrados autores como Codorniu. Puede aseverarse que hay un trasvase de contenidos entre unos textos y otros, así como una evidente dependencia de la experiencia francesa -caso de Codorniu o del libretto de Delmas (imp.) utilizado en Vitoria- que uniformizan la mayor parte del discurso a excepción de los métodos curativos, de cuya enorme variabilidad dan fe los opúsculos de Codorniu de 1832 y 1833. Salvo en estos métodos de supuesta curación “infalible”, en general sus contenidos responden con fidelidad a los planteamientos ilustrados de finales del XVIII de lucha contra la enfermedad epidémica, centrados en el higienismo medioambiental de la corrupción aérea aunque, no obstante, van a producirse dos novedades importantes respecto a aquél: la incorporación de recomendaciones provenientes de la *dietetica* y la universalización del discurso.

Si miramos la estructura de los textos comentados de Foronda o sus recomendaciones frente a la peste, veremos que el mensaje profiláctico frente a los procesos epidémicos proviene exclusivamente del higienismo medioambiental derivado de la actualización físico-

química de las “constituciones” hipocráticas. Fuera de ese contexto de enfermedad epidémica, Foronda también alude a algunos elementos vinculados a los estilos de vida que inciden en la salud de las personas, como la alimentación o el baño, que quedaban tradicionalmente recogidos en los regímenes de salud de la *dietetica*, si bien, en sus ejemplos, Foronda no alude a estos elementos de una manera individual y concreta en relación a su efecto particular sobre la salud, como era el caso de los *regimina sanitatis*, sino que se limita a generalizar la necesidad de supervisar la buena calidad de los alimentos que se comercializaban⁶⁹⁸ o la conveniencia de construir baños públicos para combatir el exceso de transpiración además de para el solaz recreo de la burguesía.⁶⁹⁹ Esto es, a Foronda lo que le preocupa es que un ciudadano enferme por consumir alimentos malsanos porque las autoridades no han cumplido su deber de vigilancia, y no que un determinado alimento sea mejor o peor para tal dolencia. Y mucho menos llega a vincularlo a la posibilidad de que intervengan en los procesos epidémicos.⁷⁰⁰

A diferencia de él, desde las primeras recomendaciones que aparecen frente al cólera vamos a observar que incluyen tanto elementos vinculados a las “constituciones” medioambientales como a los *regimina sanitatis* de la *dietetica* individual en un claro sentido de colaboración en el control de la enfermedad. El motivo de ello probablemente resida en la vinculación del cólera con su

⁶⁹⁸ FORONDA, V. *Cartas sobre La Policía*, págs. 21 y ss.

⁶⁹⁹ Cuando Foronda habla del olor fuera de los miasmas, y lo centra en el hombre, este no es el del pobre sino el del burgués, a quien adoctrina y prepara para el cambio, así al recomendar la construcción de baños, “*Los que hay en París sobre el Sena son dignos de imitarse*”, y de balnearios “*como en los de Bat en Inglaterra, en los de Spá en Lieja, &c*”, no piensa en el vulgo cuando dice “*para el aseo y placer del pueblo, y como necesarios en los países en que la transpiración es abundante, y que lleva consigo un carácter alcalescente que produce un olor fétido*”, sino en la emergente burguesía española que todavía no ha copado el poder ni ha copiado abiertamente las señas de identidad de su clase en la Europa Ilustrada, manteniendo comportamientos más bien plebeyos. *Cartas sobre La Policía*, págs. 82 y 83.

⁷⁰⁰ Prueba de ello es que por ejemplo el tema de los baños “*para el aseo y el placer del pueblo*” no lo trata en la carta segunda sobre la higiene pública, sino dentro de la cuarta, sobre urbanismo.

sintomatología fundamentalmente gastroentérica, por lo que cuadraba bien un mensaje higienista frente al cólera como proceso epidémico colectivo junto a otro “dietético” para tratar de reducir el desarrollo individual de la enfermedad. Esto último es importante, porque en los discursos va a materializarse una división implícita en factores causales y factores predisponentes que coinciden con ambos elementos.

El cólera va a asociarse en esta primera epidemia básicamente a tres elementos: la falta de higiene, los malos hábitos y la falta de ánimo.⁷⁰¹ El primero proviene de la teoría higienista al que se relacionará desde el principio con el origen de la epidemia, mientras que los otros dos pertenecen al ámbito privado de los regímenes de salud y se aludirá a ellos como elementos de predisposición individual.⁷⁰²

Falta de higiene: es sin lugar a dudas el más prioritario en los discursos, abarca exclusivamente a los centros productores y propagadores de miasmas y se corresponde con el factor causal de la epidemia. La falta de higiene está referida a pantanos, ríos estancados o calles sucias;⁷⁰³ el hogar sólo es cuestionado en cuanto que

⁷⁰¹ “El terror, los aires infestados y una vida desarreglada, son á no dudar las causas principales”, en CODORNIÚ, M. *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, Imprenta de Don Alejandro Gómez Fuentenebro, Madrid, 1849. Pág. 9.

⁷⁰² Algunos autores, Codorníu por ejemplo, hablan de causas generales (por la higiene pública) y causas particulares (por la *dietética*), pero la interpretación de estas últimas es evidente que se hacen en el sentido de predisposición.

⁷⁰³ A.T.H.A. DH 218-3: “...se cuidará con la mayor vigilancia que los vecinos no arrojen á las calles ó sitios públicos perros, gatos muertos &c. excrementos, aguas de fregar, y cualquiera otra materia capaz de ofender la salubridad pública. [...] Se procurará que no exista en el pueblo ni en sus inmediaciones pantanos, ni pozos de aguas corrompidas lo que es causa de insalubridad de los pueblos. No se permitirá dentro de la población ni en sus inmediaciones haya estercoleros, basureros ni depósitos de materias en fermentacion pútrida [...] No se tolerará el que se dejen al aire ni que se arrojen á los rios ni acquias animales muertos á causa de las emanaciones que despiden durante su descomposición pútrida; por lo que se obligará á sus dueños á enterrarlos”.

desemboca en aquellos sus inmundicias;⁷⁰⁴ y el hombre sólo atrae las miradas de los inspectores cuando se aglomera en espacios cerrados que vuelve pestilentes. A lo sumo sólo el enfermo hospitalario⁷⁰⁵ y el preso⁷⁰⁶ adquirirían la etiqueta de sospechosos. Por tanto, en propiedad, este primer discurso anticolérico sólo apunta al espacio público como factor causal de la epidemia siguiendo la teoría higienista de los miasmas deletéreos de transmisión aérea.⁷⁰⁷

⁷⁰⁴ En la inspección de la ciudad decretada en 1832 ante la amenaza del cólera, se accede al interior de las viviendas, sin embargo, no es la habitación del menestral su objetivo, sino el destino de sus excrementos. Básicamente son dos los elementos que se destaca en esos accesos domiciliarios, la existencia de comunes comunicados a los caños de desagüe y el estado de las cuadras en relación al estiércol generado.

⁷⁰⁵ A.T.H.A. DH 218-3. *“Que se escite el celo de la Diputacion de pobres y Junta directiva del hospital á fin de que redoblen su solicitud y vigilancia para que por medio de las medidas sanitarias mas severas y de los métodos desinfectantes mas seguros, se evite la introducción del mal en aquellos establecimientos que su destino hace tal vez mas expuestos”*.

⁷⁰⁶ A.M.V., AA.MM. del 28-3-1821 (157 y 158 recto y verso): *“...se hizo una visita general de Carzel, y otra de hospital. El resultado de la primera fue que los presos se hallaban azinados en gran numero en la sala del Crimen, cargados de grillos, confundidos unos con otros y casi todos desnudos sin manta con que cubrirse, y desaseados. No podia la Junta remediar el mal, que procedia de la poca capacidad, y disposicion de la Carcel, y falta de seguridad del Alcaide para con los presos; pero desde luego determinó, y compró 40 mantas, y cincuenta camisas. Obligó á los presos á mudarse de ocho en ocho dias, á afeitarse de tiempo en tiempo según las estaciones, y para acudir á los gastos trató de hacer una economia en el pan, y lo ajustó de nuevo con tanta ventaja que solamente con ella hay lo bastante para cubrirlos, y ansi quedan beneficiadas las Corporaciones, que los satisfacen. La Sala del Crimen, que antes era un lugar horroroso se ha blanqueado y reformado decentemente; se ha puesto en ella una mesa para comer, Bancos para asientos, colgaderos para las ropas, y tarimas para Camas, de manera que se acuesten con la menor incomodidad posible. Los mismos beneficios se han proporcionado á las mugeres, y á mas el de la labor de manos con que evitan la ociosidad, y ganan algunos quartos para sus necesidades”*.

⁷⁰⁷ A.T.H.A. DH. 217-7: *“Los miasmas propagadores de esta funesta enfermedad se desarrollan, nutren y vigorizan con las impurezas atmosféricas creadas por las emanaciones de materias corruptas, compresión y estancamiento del aire respirable, acumulación de efluvios recargados, y demas causas que generalmente se consideran como opuestas á la limpieza y aseo público; y por el contrario la ventilación cómoda y expedita, el aire puro, la atmósfera limpia, se ha reconocido como el mejor antídoto contra este mal”*.

Los otros dos elementos, los malos hábitos y la falta de ánimo, pertenecen al ámbito de la *dietetica* y se entiende en los discursos que no generan la epidemia sino que predisponen a sujetos individuales a sufrir sus efectos. El concepto de *dietetica* versaba sobre las llamadas “seis cosas no naturales” (es decir, ajenas al cuerpo y sus partes, que constituían las “cosas naturales”): aire y ambiente, comida y bebida, trabajo y descanso, sueño y vigilia, secreciones y excreciones, y movimientos del ánimo. En la “memoria facultativa” de los médicos vitorianos en 1832 se les aplica el término de “higiene privada” en contraposición de lo anterior, a lo que denominaban “higiene pública”.⁷⁰⁸ Adviértase por tanto que ambas se etiquetan de higiene, pero sólo la referida al espacio público adquiere connotaciones actuales de lucha contra la suciedad, siendo la llamada privada referida a “aconsejar el mantener la traspiracion constante, evitando las causas que producen el estado catarral: conservar la calma moral, porque los pesares, el terror y las pasiones fuertes son causa de enfermedad: vivir en un aire puro, en una atmósfera nada viciada [...]: evitar con todo cuidado la humedad, viviendo en sitios secos y elevados, y separándose de la evaporacion de las aguas particularmente estancadas: cuidar que los vestidos sean secos y limpios, que abriguen suficientemente, sin aligerarse mucho, [...] Los alimentos son de una importancia del primer orden [también] las bebidas...” (págs. 20-22); es decir, la “higiene privada” durante la primera epidemia de cólera va a referirse exactamente a las *sex res non naturales* de la *dietetica* clásica. Por ello, alguna expresión aislada dentro de los discursos en referencia a “que es muy conveniente una limpieza mas que la regular sobre los cuerpos de los individuos”⁷⁰⁹ debe ser entendida en este momento en alusión a como lo expresaba Foronda a finales del XVIII y a como lo expresan los médicos vitorianos en 1832: a combatir la transpiración.

⁷⁰⁸ “Los medios prophylácticos, que debemos indicar, se reducen á dos clases: los relativos á los individuos en particular que es la higiene privada, y los de la Sociedad que comprende la higiene pública” (Pág. 20). Codorníu por su parte habla sólo de medidas particulares y generales (CODORNIÚ, M. *No hay que temer al Cólera-morbo...*, Imprenta de don Miguel de Burgos, Madrid, 1833. Pág. 121).

⁷⁰⁹ A.T.H.A. DH 218-3.

Malos hábitos: Entre éstos sobresale el interés prestado a la alimentación,⁷¹⁰ probablemente por la asociación entre ésta y los problemas digestivos, tan exacerbados en el cólera, a la que se une habitualmente algún comentario sobre el consumo alcohólico⁷¹¹ y más ocasionalmente otras del tipo “*debe evitarse todo lo que puede excitar conmociones fuertes, como la ira, el terror, los placeres excesivamente vivos &c*”.⁷¹² Estas dos últimas, aun en su brevedad, constituyen dos cuestiones de interés por su fácil lectura desde interpretaciones de control social.⁷¹³ Si bien en el caso alavés considero que en 1832-34 es pronto para aseverarlo. Entre otras razones porque no es nada nuevo, pues ha de hacerse notar que desde los manuales medievales de la *dietetica* se alude a estos aspectos de los excesos en la mesa y en la cama desde la teoría galénica del equilibrio de los humores, en los que la contención biliar y seminal se presumía más saludable.

Falta de ánimo: como he señalado forma parte también de las seis cosas no naturales, como los malos hábitos comentados, pero hay dos elementos que la hacen diferente: primero la enorme importancia que se le concede en el discurso anticolérico como predisponente individual y colectivo de la enfermedad; y segundo por su evolución posterior vinculándose a particularidades anatómicas. En la *dietetica* original los movimientos del ánimo tuvieron un carácter estrictamente individual, pero en el discurso alavés frente al cólera aparece ya colectivizado desde el principio, probablemente porque los relatos de terror desmedido en poblaciones europeas que fueron imposibles de dirigir por sus autoridades se anticiparon a la propia enfermedad.⁷¹⁴ La visión particular clásica de personas “melancólicas” enfermizas por

⁷¹⁰ “*casi siempre despues de los excesos de la mesa sobreviene la enfermedad, y por lo mismo inculcamos particularmente sobre la cantidad y calidad de los alimentos*”. *Memoria facultativa...*, págs. 21 y 22.

⁷¹¹ “*...que en todos tiempos, pero en especialidad en la actualidad conviene la sobriedad en los alimentos, evitando las bebidas espirituosas, y los excesos de la mesa*”. A.T.H.A. DH 218-3. Bando “Sanidad Pública” del 13 de abril de 1832.

⁷¹² A.T.H.A. DH-218. “Instrucción sobre el cólera-morbo...”, pág. 12-17.

⁷¹³ Enfoque que por ejemplo es claro para Corbin.

⁷¹⁴ Cfr. CODORNIÚ, M. *No hay que temer al cólera-morbo...*

naturaleza -que también aparece en 1834-⁷¹⁵ al colectivizarse va a dar lugar a las ordenanzas tendentes al ocultamiento de la verdad,⁷¹⁶ lo que supuso la postergación de la declaración de la enfermedad en muchas ciudades hasta su inevitable evidencia, colaborando con ello a su mayor diseminación.

De los tres elementos señalados: falta de higiene, malos hábitos y falta de ánimo, en el ejemplo alavés sólo se amenaza bajo castigo directo a las personas que atentan contra el elemento causal, la falta de higiene pública.⁷¹⁷ Para los otros dos elementos, los predisponentes, también hay una respuesta punitiva, pero no sobre las personas que los infringen, porque su incumplimiento no se considera todavía como un mal público. Esto es, si en mi vivienda poseo una cuadra donde acumulo estiércol estoy atentando contra la comunidad pues vicio la atmósfera de miasmas que producen el cólera, luego se me amenaza y multa en virtud de que el bien público está sobre el bien privado. Si por el contrario abuso de ciertos alimentos considerados perniciosos o si poseo una personalidad apática y depresiva no produzco cólera, no soy -todavía- un peligro para los demás, solamente lo adquiriré con seguridad a poco que los miasmas rondan cerca de mí. La respuesta punitiva de esta mentalidad no se dirige por tanto a la persona con predisposición, sino a cuanto pueda fomentarla y esté bajo el ámbito del control público.⁷¹⁸ Las normativas anticólericas ponen cerco a

⁷¹⁵ Aunque no alavés, recordemos los comentarios del B.M.C.F. en boca de ilustres profesores de medicina: *“porque estamos viendo todos los días los considerables perjuicios que ocasiona la vista del carro mortuorio á todas las personas pusilánimes, y conocemos señoras que no han debido á otra causa escitante el ser invadidas del cólera”*, B.M.C.F. nº 9 del 31 de julio de 1834, pág. 72.

⁷¹⁶ Recuérdese lo comentado en relación a la supresión de toques de campana, exposición de cadáveres, traslado, etc., comentados para Vitoria o recogidos en la R.O del 24 de agosto de 1834.

⁷¹⁷ Cfr. Bando de Vitoria del 3 de agosto de 1834 en apéndice nº 5.

⁷¹⁸ En este sentido se sigue la misma posición que Foronda en 1793. Éste, recomendando a su príncipe que vele por la calidad de los alimentos le recuerda que *“Esto no es decir que ha de prescribir Vmd. á cada uno los alimentos que ha de comer, y los que no ha de comer. No por cierto: Dios me libre de aconsejar á Vmd. semejante cosa. Lo que yo quiero, es, que se ciña á velar sobre aquellas cosas, que le han encargado tacitamente todos los Ciudadanos, [...] que cuide de la seguridad*

cuantas actividades comerciales se vinculan al consumo de alimentos, sobre todo si además son susceptibles de corromperse en hedionda pestilencia.⁷¹⁹ Igualmente se prohibirá todo aquello que pueda alterar negativamente los ánimos: tocar a muerto, velarlo, conducirlo de día...

Finalmente, señalaba al inicio de este punto que además de la introducción de la *dietetica* individual como novedad en el discurso antiepidémico, cosa que no ocurría en el visto a fines del XVIII, va a darse también otro hecho nuevo de manera paralela: la universalización del discurso. Discurso que, en 1832-34, no lo olvidemos, es muy uniforme.

Hasta entonces, tanto la renovación de las teorías higienistas desde la Razón científica a finales del XVIII como, sobre todo, los *regimina sanitatis* de la *dietetica*, estaban al alcance de grupos privilegiados, tanto sanitarios como no. Sin embargo, con el advenimiento del cólera y la necesidad de hacerle frente, ese conocimiento va a difundirse y ponerse al alcance de capas mucho más amplias de población.

Por una parte el cólera difunde entre todos los médicos, hasta el último, los principios higienistas, cuyos axiomas, recordemos, pasan por actuar sobre el medio físico para prevenir la enfermedad de las personas. Esto es, convierte de facto a los médicos, a todos los médicos, en expertos en salubridad urbana, colocándolos en ámbitos de decisión hasta entonces ajenos a su competencia profesional centrada en el ser individual: urbanismo, hidrología, etc. Luego el cólera, en cuanto que contribuye a dar responsabilidad pública al médico, contribuye también a formar la Clase médica.

de su vida, Vmd. no puede permitir se vendan venenos, ó viandas malsanas". *Cartas sobre La Policía*, pág. 26.

⁷¹⁹ A.M.V. 17/27/18. Bando municipal de Vitoria del 3 de agosto de 1834. "Se prohíbe la venta entre calles de las cabezas, tripas y entrañas de las reses menores, bajo la multa de 10 rs. vn. [...] No se permitirá la venta de bacalao remojado; y los Taberneros y Figoneros, tendrán particular cuidado de la buena calidad de sus provisiones, [...] Las fruterías y vendedoras de hortalizas, cuidarán igualmente de tener y dejar bien limpios los puestos que ocuparen, bajo multa de 4 reales vellon.

Igual de importante me parece la universalización de tales mensajes en la población general, haciéndose tema de conversación cotidiana. En esas tertulias es donde las personas legas en sus fundamentos teóricos deformarían la información hasta encajarla en sus esquemas de comprensión previos. Siguiendo a Moscovici en “*un ejemplo de cómo los saberes científicos se convierten en sentido común ampliamente compartido*”,⁷²⁰ éste distingue dos etapas: primero, el paso de una teoría científica a su representación figurativa o imagen (lo que constituye el proceso de objetivación), y segundo, el paso de la imagen a la realidad (el mecanismo de anclaje). Según este proceso, que constituye la teoría de las “representaciones sociales”, convertimos las ideas abstractas en formas icónicas como ayuda a su comprensión, pero terminamos olvidando su carácter artificial, figurativo, para dotarlo de existencia fáctica que tratamos de acomodar a los esquemas que nos son familiares para, finalmente, asimilarlo como “*un objeto que ya estaba ahí, esperando que pudiéramos percibirlo o pensarlo*”, haciéndose inobjetable, una de las características a las que aludía al presentar este capítulo del adoctrinamiento higiénico-sanitario. Cabe preguntarse por tanto cuánto de la desacralización de la enfermedad que permeabiliza entre la masa anónima se debió “simplemente” a un mecanismo no previsto en el proyecto de aculturación higiénico-sanitaria: la universalización del discurso anticolérico y su puesta en cotidiana conversación.

Desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales las conversaciones informales juegan un papel fundamental en estos procesos de asimilación compartida de la realidad,⁷²¹ pero para ello es necesario que el grupo conversacional comparta una mínima estructura social (valores, símbolos, ideologías...), lo que reduce la oposición mental a los nuevos contenidos por las creencias ya

⁷²⁰ A través de IBÁÑEZ GRACIA, T. (Coordinador). *Ideologías de la vida cotidiana*, Sendai ediciones, Barcelona, 1988. Pág. 51.

⁷²¹ Ibidem, pág. 30: “*Gabriel Tarde, estudió con detalle los procesos conversacionales, es decir unos procesos que, como veremos más adelante, están en la misma base de la producción de representaciones sociales*”. Pág. 42: “*en estas conversaciones no solamente afloran representaciones sociales sino que en ellas se constituyen literalmente las representaciones sociales*”.

asentadas y compartidas. Mediante acciones informales e inconscientes el resultado final es similar al que he atribuido a los procesos de educación para la salud clásicos, pero hay una gran diferencia en relación a la representación social resultante. En los procesos de educación vehiculados por el miedo que he comentado en el punto anterior se logra convencer a un sector de la población -la multitud anónima en este caso- de las virtudes de ciertos cambios en el comportamiento higiénico, pero no llega a compartirse la misma representación social que poseía la minoría ilustrada, científica y liberal; porque educador y educando no compartían los mismos valores e ideologías. La multitud anónima, que acepta las nuevas directrices bajo el *shock* de la epidemia, necesita encajarlas en su “sentido común” sin atentar contra sus valores cotidianos -religiosos por ejemplo-, construyendo una representación social compartida en general por esa multitud, pero diferente a la que había construido a su vez el grupo dirigente.

En este sentido, no debe perderse de vista el potencial papel femenino como puerta de entrada en la aculturación del núcleo familiar, pues en el entorno doméstico la búsqueda de salud y los cuidados, en caso de su pérdida, quedaban en manos femeninas, lo que constituye una certeza aún perfectamente visible en la actualidad. Igualmente, las corrientes ecofeministas insisten en el “sentido común” femenino para seleccionar las conductas más exitosas en la supervivencia del grupo familiar a lo largo de la historia.⁷²² Por todo ello, considero correcto plantear la hipótesis de que cualquier modificación en los hábitos y costumbres en relación a conductas más

⁷²² En este sentido hago notar cómo las actividades de educación para la salud acometidas en el siglo XX fueron sistemáticamente dirigidas hacia las mujeres tanto por el cuerpo de visitadoras de la II República como por la Sección Femenina de Falange durante la Dictadura, si bien buena parte de sus objetivos estaban dirigidos al control de la mortalidad perinatal, lo que dirigía las acciones predominantemente hacia las mujeres. No obstante, las acciones educativas iban más allá y, de hecho, en la actualidad las intervenciones gubernamentales y no gubernamentales en poblaciones de países subdesarrollados o en vías de desarrollo están dirigidas en muchos casos a estamentos femeninos como vía para garantizar cambios de conductas más duraderos.

saludables pasó necesariamente por la comprensión y aceptación femenina.

Esta pretensión, sin embargo, no ha podido ir mucho más allá de la mera atención puesta con esta idea en la documentación ya manejada, a la espera de que surgiera alguna asociación defendible. Y no ha sido así. Desde luego no en la correspondiente a 1832-34. Pero tampoco en la utilizada en relación a la epidemia de 1855, donde al contrario se documenta la contratación de un nutrido grupo de enfermeros masculinos para la atención directa de coléricos en los pueblos.⁷²³ Y en la de 1885, la posibilidad de seguir el hilo de la vía imitativa por la alta tasa del servicio doméstico en Vitoria,⁷²⁴ no ha dado frutos dada la pobre documentación relacionada con la acción del cólera que existe para la ciudad, ya que pudo salvarse de aquella epidemia. No obstante, es una vía cuya potencialidad es también recogida por otros autores, por ejemplo Corbin.⁷²⁵

Por último, quizá sea esta universalización de las teorías médicas en el discurso público anticolérico la culpable de hacer pensar a algunos autores en la existencia de una persecución formal de

⁷²³ La Diputación libra salarios, denominándolos en ocasiones como enfermeros, a un importante número de vecinos que asistieron durante la epidemia en diversos pueblos realizando labores de enfermería paradoméstica, en total a 52 hombres y a 6 mujeres -véase nota 535- (A.T.H.A. DH 959.2). En Vitoria se refuerza el personal sanitario con la contratación de diez pobres de la Casa de Piedad que van a actuar como enfermeros, así como dos chicos de la misma institución que actuarán como ordenanzas (A.M.V. 41/9/44).

⁷²⁴ Para 1867, aproximadamente un 6,5% de la población se dedicaba al servicio doméstico constituyendo el “tercer uniforme” más característico de la ciudad, junto al de curas y militares. “En 1867 había registradas 1.317 personas como empleadas de servicio doméstico; mujeres en su casi totalidad. La ciudad rondaba entonces los 20.000 habitantes.” RIVERA BLANCO, A. “Del pasado al presente. Las transformaciones de la vida cotidiana en Vitoria desde el siglo XIX a nuestros días”, en Imizcoz Beunza, José M^a (Dir.), *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Txertoa, 1995.

⁷²⁵ “Las nodrizas contratadas para amamantar a los recién nacidos de la burguesía, están obligadas a seguir normas higiénicas, sin duda más severas que las que están en vigor en la familia del crío. [...] Es difícil medir la influencia que ejercen estas mujeres a su regreso al pueblo” (CORBIN, A. *El perfume o el miasma...*, pág. 199).

determinadas conductas desde estas fechas, por ejemplo el consumo alcohólico cuando se le menciona como predisponente del cólera. Pero la “democratización” del conocimiento -aun en sus errores- no es la que convierte los placeres (disculpables) de unos pocos privilegiados en la *dietetica* clásica, a vicios (perseguidos) de una gran parte de la población en el discurso anticólerico. A mi parecer, la lectura de estas recomendaciones en los discursos iniciales del cólera debe tomarse como continuación de las tradiciones pasadas de la *dietetica*; esto es, siguen siendo recomendaciones individuales pero colectivizadas: el alcohol te hace susceptible al cólera, a ti, y a ti, y al otro..., pero aún no se produce el paso a lo social en el que el consumo alcohólico se criminaliza en cuanto peligro para los demás, para el orden o para la productividad. En Álava eso es algo que se aprecia como muy pronto a partir de la epidemia de mediados de siglo, no antes, y en relación a la conversión paralela de algunos elementos considerados en 1834 como predisponentes individuales a causales -o al menos fomentadores- en la próxima gran epidemia.

VI.3.2. De lo público a lo privado.

Ni la guerra ni la tradición médica española permitió en 1834 la recolección sistemática de datos sobre aquella epidemia, limitándose la Comisión Regia constituida para su estudio a recoger vía correo una somera estadística cuyos datos se presentaron en bruto, sin ningún tipo de análisis, y que, en el caso alavés, ya he demostrado que fue del todo irreal. Hasta el estudio de González de Sámano en 1858 no hay un esfuerzo analítico sobre lo sucedido en España en el cólera de 1834 y, en cualquier caso, sobre los datos oficiales de entonces.

Esto quiere decir que cuando se elaboró la guía maestra que se seguiría durante la epidemia de 1855 en España, constituida por la R.O. de 18 de enero de 1849, sólo pudo contarse con la experiencia directa de sus redactores y con las conclusiones publicadas por terceros países de nuestro entorno, cuyas realidades sociales eran bien diferentes a la nuestra, sobre todo en lo relacionado al desarrollo urbano protoindustrial.

En realidad, los estudios realizados en otros países sólo alcanzaron a mostrar algunas asociaciones cuantitativas, no pudiendo hablarse estrictamente de conclusiones en cuanto que las grandes cuestiones relacionadas con el origen de la enfermedad, su transmisión, su profilaxis o su tratamiento no obtuvieron ninguna respuesta taxativa. Al contrario, se ampliaron aún más las teorías, las posibilidades y las contradicciones.

Entre las asociaciones descubiertas en las estadísticas europeas postepidémicas sobresale aquella que pone al pobre en lo alto de las gráficas de mortalidad.⁷²⁶ Esto no era ni mucho menos una novedad en su sentido cuantitativo, pues desde las primeras cifras del este y centro Europa de 1830 y 31 ya se apuntaba; e incluso los primeros discursos alaveses de 1832 se hacen eco de la asociación entre pobreza y mortalidad epidémica.⁷²⁷

En el informe de París concluyen que *“todo nos inclina a admitir que los alimentos malos y en poca cantidad, y la falta de ropa y del abrigo necesario contra el frío, han sido las causas predisponentes más poderosas”*.⁷²⁸ Luego, tras la dramática experiencia, se reconoce que las condiciones de vida juegan un papel importante en la supervivencia al cólera⁷²⁹ y, a partir de entonces, en las ordenanzas anticólericas se añadirán medidas para tratar de reducir estos elementos aún predisponentes. Así, en la R. O. de 1849 aparecen recomendaciones novedosas al respecto: *“Artículo 23º Se tendrá que aminorar la miseria de las clases pobres, facilitando los medios de*

⁷²⁶ “Informe de la comisión nombrada por el prefecto del Sena sobre la epidemia de cólera, de París, en el año 1832”, recogido en ZUBIRI VIDAL, F.; ZUBIRI DE SALINAS, R. *Las epidemias de peste y cólera morbo-asiático en Aragón...*, Págs. 37 y ss.

⁷²⁷ A.T.H.A. DH 218-3. *“...Este mal funesto se ceba mas tenaz y frecuentemente en las personas que por abandono ó necesidad viven en la miseria é inmundicia”*.

⁷²⁸ “Informe de la comisión [...] de París, en el año 1832”, pág. 40. En el mismo sentido y aludiendo al mismo contexto parisino cfr. CODORNIÚ, M. *Cólera-morbo de Paris, ó sea Observaciones sobre dicha enfermedad, verificadas y publicadas en la capital de Francia*, Imprenta de don Miguel de Burgos, Madrid, 1832.

⁷²⁹ El informe en realidad es muy discreto en el uso de las categorías sociales y reconoce que el cólera no distingue entre ellas, atacando a ricos y pobres; lo que varía es la proporción en la invasión y, sobre todo, en la mortalidad final.

socorrerla. Artículo 24º Los alcaldes y gobernadores deberán asegurar subsistencias de manera que al aparecer la epidemia abunden en cada provincia los artículos de primera necesidad".⁷³⁰

Así pues, se incluyó un nuevo objeto a la inspección urbana: la búsqueda de la pobreza.⁷³¹ Al respecto, deseo insitir en mi percepción claramente diferente de la persecución y expulsión de los vagabundos y limosneros acontecida a raíz de la amenaza y epidemia de 1832-34 que también es expresada como pobreza. Documentada también en Álava señalaba que los ejemplos más dramáticos de expulsión de vagabundos se recogen en los estudios sobre Madrid, por ejemplo los citados de Vidal Galache como el de Puerto y San Juan, y no cabe duda de que eran pobres, constituían de hecho la pobreza estructural que incluso en tiempos ordinarios se perseguía y recluía relacionándola no sólo con la delincuencia sino con un delito mayor, la improductividad. Desde Vives a Feijóo -por supuesto en Foronda- se habla de falsos pobres en cuanto que potencialmente muchos eran aptos para el trabajo, siendo sinónimo de la posterior conjunción "vagos y maleantes". Cuando se les expulsa de diferentes localidades en la primera invasión del cólera o sus prolegómenos no hay duda de que se hace un juego de oportunismo, poniendo a la salubridad como excusa y amparándose en el miedo colectivo, para desembarazarse de un problema intemporal de seguridad y moral, añadiendo por mi parte la más que probable búsqueda de un ahorro en servicios mucho mayor que el desembolso en limosnas que les otorgaron los ayuntamientos para que se echaran a los caminos.

La búsqueda de la pobreza en 1834 iba destinada por tanto a estos colectivos y se seguirá haciendo en las siguientes epidemias. La novedad tras aquella primera experiencia colérica fue demostrar que, dentro de la indiscriminada acción de los miasmas coléricos, éstos tenían predilección por determinados ambientes cuyo denominador común era la penuria en la que vivía una importante parte de la

⁷³⁰ R.O. del 18 de enero de 1849, publicada el 30 de marzo de 1849.

⁷³¹ Siguiendo a Corbin, "*Médicos y sociólogos acaban de descubrir que existe una especie de población que favorece la epidemia, la que se pudre en su fango fétido*" (*El perfume o el miasma...*, pág. 159).

sociedad considerada moralmente digna. La búsqueda de la pobreza que se plantea para la próxima epidemia es la censada y la móvil; esto es, los pobres de solemnidad considerados como vecinos merecedores de la asistencia pública y los trabajadores con recursos mínimos caracterizados por su gran fragilidad frente a la adversidad. La diferencia es pues enorme.

A partir de esta evidencia cuantitativa va a comenzar todo un juego de asociaciones cualitativas, perceptible claramente en torno al espacio físico y a su potencial capacidad para mantener y difundir los miasmas coléricos.

La búsqueda de esta pobreza digna delimita también los espacios urbanos, incluyendo la propia R.O. de 1849 que velaba por *“aminorar la miseria de las clases pobres”*, un artículo revelador al respecto. Hasta entonces, las inspecciones de las ciudades respondían a una unidad física urbana, al menos así fue en Vitoria donde se recorrió y levantó acta de los tres espacios de la ciudad, el amurallado de la colina, el neoclásico del incipiente ensanche extramuros y el de los arrabales. Sin embargo, el artículo 19 de la R.O. determina que *“Las comisiones permanentes de salubridad pública practicarán visitas domiciliarias en los establecimientos en que la autoridad crea oportuno y en barrios de gente poco acomodada, con el fin de destruir focos de insalubridad y dar parte al alcalde de dichas visitas, por si hay que tomar alguna medida”*. Como si acaso la propia regente María Cristina no hubiera contraído la enfermedad en sus palacios, al diferenciar espacios se está señalando sin pudor al hogar del pobre como colaborador necesario en la epidemia.

Más interesante es determinar que la percepción de la asistencia al pobre no se hace “sólo” para proteger a ese colectivo de ser nuevamente diezmada por el cólera, sino para protegerse de ellos tal como señala Codorniú al remarcar que en el socorro a los pobres *“no deberán ser mezquinos los pudientes por el interés de ellos mismos”*.⁷³² La pobreza ya no es sólo un elemento de predisposición

⁷³² A la par de la R. O., Codorniú publica una nueva revisión de sus opúsculos sobre el cólera (*Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, Imprenta de Don Alejandro

individual; el pobre y su espacio físico quizás no generen aún miasmas con la intensidad de las cárceles y hospitales, pero los mantienen con vida y colaboran en su difusión. La pobreza digna se convierte pues, en el cólera, en un peligro público que, a diferencia de los vagos y maleantes que se podían y se podrán expulsar, debe ser tratada dentro de la sociedad. En Vitoria se darán dos soluciones paralelas: la huida hacia un espacio urbano nuevo y la persistencia en la aculturación higienico-sanitaria del espacio tanto público como sobre todo -ahora sí- privado.

En el caso alavés, Roure es un buen ejemplo de la tendencia a ese reduccionismo de la cuestión de la pobreza, si bien el retraso temporal es evidente. En la epidemia alavesa de 1855 -preparada en base a aquella R. O.-, Roure todavía mantiene alusiones a la acción indiscriminada del cólera, y el espacio físico que describe como diana de la epidemia no aparece clara y diferenciadamente ubicado en la ciudad.⁷³³ Sin embargo, diez años después, en la epidemia de viruela de 1866-67 y tras volver de París,⁷³⁴ no duda en acotar las fronteras físicas del riesgo: *“las calles mas perjudicadas por la viruela han sido las de Aldabe, Santa Isabel, Portales de Urbina y Arriaga, Santo Domingo, Zapatería, Prado fuera, Nueva y Correría; aquellas*

Gómez Fuentenebro, Madrid, 1849) en la que coincide en la necesidad de luchar contra la pobreza, pero matizando la importancia de hacerlo desde antes de que vuelva a producirse una nueva epidemia: *“Socórranse desde ahora las necesidades de los pobres”*.

⁷³³ *“Lo mismo que todas las afecciones epidémicas, ha contado el cólera con [...] la mala observancia de las reglas de higiene pública y privada. Así se ha visto de un modo general atacar de preferencia el mal [...] A los habitantes de casas estrechas, mal ventiladas, donde se acumulaban gran número de personas ó que se hallaban próximos á sitios infestos: á los vecinos de calles estrechas, sucias, donde se amontonaban inmundicias; y a personas que descuidaban el aseo. Esto no quiere decir que el mal perdonase á los sugetos que reunian condiciones enteramente opuestas”*. ROURE, G. *Memoria historico-estadística...*, págs. 31 y 32.

⁷³⁴ La memoria sobre la viruela se publica en 1868, habiendo estado el año anterior en la exposición universal de París, de donde vuelve con varios proyectos para la ciudad. Aún sin conocer realmente su influencia, considero importante marcar este detalle máxime cuando Apraiz (*La vivienda del pobre*, pág. 5) alude a una disertación de Roure en el Ateneo *“acerca de la Higiene de las clases obreras”*.

precisamente en que la higiene es casi totalmente desconocida”,⁷³⁵ lo que coincide con la ciudad vieja intramuros y los arrabales, dejando al margen la ciudad nueva que ya es un hecho hacia el sur de la vieja colina. Precisamente es en esta cuestión donde entreveo que pueda estar la explicación al retardo en las justificaciones médicas vitorianas sobre la pobreza: en 1855 el despegue urbano fuera de las viejas murallas está encauzado tras la compra por parte del Ayuntamiento del convento de San Francisco, pero aún dista de ser representativo de un espacio amplio y diferenciado como para compararlos bajo el prisma de la epidemia, lo que va cambiando a lo largo de la siguiente década, especialmente tras la proyección y llegada del ferrocarril a la ciudad en 1864 con lo que en propiedad puede hablarse, a excepción de los arrabales, de dos ciudades enfrentadas incluso en la muerte:

Colá y Goiti en *El futuro Vitoria* de 1884, pero recordando los estudios de Roure, aseverará que “...se ha observado durante las epidemias citadas [variólica y tifoidea] que en las calles estrechas, formadas por casas altas y lóbregas, construídas sobre caños llenos de inmundicias, habitaciones como tabucos sin luz ni sol ni aire puro y repletas de habitantes amontonados en pequeñas piezas, agravándose tan poco saludables condiciones con las de su posición social, pues que pertenecen á las clases ménos acomodadas, los casos son más frecuentes y más fatal su término. Mientras que en la parte nueva de la ciudad, formada de calles anchas y extensas plazas las invasiones en tiempo de epidemia son ménos y más débiles, y en épocas normales la salud pública más completa”.⁷³⁶

Bien, ésta era una de las formas de atajar el problema del riesgo epidémico de la pobreza: construir una ciudad nueva de espaciosas salas bien ventiladas por enormes ventanales donde cobijarse la vieja aristocracia y la nueva burguesía, dejando para el menestral y el protoproletariado la desvencijada ciudad medieval.⁷³⁷ Huir hacia “el

⁷³⁵ ROURE, G. *Noticia historica de la epidemia de viruelas...*

⁷³⁶ COLÁ Y GOITI, J. *El futuro Vitoria*, pág. 162.

⁷³⁷ En la práctica va a ser así, pero también existió el proyecto de reubicar a parte de la población menos pudiente en la nueva ciudad. En 1867 asitieron varios miembros del Ayuntamiento vitoriano, Roure entre ellos, a la Exposición Universal de París, a

futuro vitoria” de Colá y Goiti no era sólo cuestión de economía y posición social, lo era también de garantía de salud.

Pero huir a la ciudad contigua no es suficiente aislamiento cuando se depende del servicio de aquellos desposeídos. La separación en el espacio urbano debe ir acompañada de la acción doctrinal en la vieja ciudad, y la novedad en ello será la suma del espacio privado a la acción pública que se había realizado hasta entonces, si bien la finalidad de las actuaciones será la misma: ventilar y luchar contra la oscuridad.

A nivel del espacio público, el icono más representativo es el derribo en 1853, a exigencia del gobernador de la Provincia, de los arcos y torreones almenados que guarnecían las entradas de las calles Herrería, Zapatería y Correría, a los que se achacaba el bloquear la libre circulación del aire e impedir que el sol purificara aquellas calles. La medida, amparada en la experiencia de 1834, se demostraría inútil en 1855, si bien para entonces ya había una teoría explicativa de tal fracaso: el mantenimiento de los miasmas en el interior de los hogares.

Si en 1832 y 34 no se franquea la propiedad privada porque no se percibe aquel espacio como peligroso, a partir de la amenaza de la nueva epidemia, a mediados de siglo, la temática de la habitación del pobre se hace constante. En Álava el tema ya se apuntaba en la primera epidemia en relación al riesgo aéreo de los miasmas⁷³⁸ en el sentido de predisposición individual que he ido señalando, pero es ahora cuando se percibe como riesgo público, incorporándose a las

cuya vuelta “los señores Eseverri y Herrero dieron lectura en una de las sesiones del Ateneo á una Memoria sobre «Las habitaciones económicas en la Exposición Universal de 1867 por E. Menu de Saint-Mesmin», seguida de un proyecto para construir en Vitoria 50 casas económicas” en APRAIZ SÁENZ DEL BURGO, R. *La vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas*, Ateneo, Científico, Literario y Artístico de Vitoria, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1893 (leída en 1892). Pág. 5.

⁷³⁸ “Que se encargue á los habitantes que cuiden con esmero de tener limpias y aseadas sus habitaciones, y los patios, cuadras y demas sitios accesorios de la casa, procurando conservar la pureza del aire de sus habitaciones, ya renovándolo en las horas oportunas” (ATHA. DH 218-3. 5 de abril de 1832).

ordenanzas y a las medidas de coerción y punición durante las inspecciones a la ciudad: “*En estas visitas se tendrá en cuenta que nada contribuye tanto al desarrollo del cólera ni agrava sus efectos, como el miedo de la epidemia, la suciedad y la humedad, la aglomeración de gente, la falta de ventilación, la ausencia de luz solar en las habitaciones,...*”.⁷³⁹ Inspecciones que en Álava, a diferencia de en la anterior epidemia, van a estar supervisadas por los médicos, cuyo pensamiento está ya uniformado desde la anterior epidemia.⁷⁴⁰ El enfoque miasmático sigue siendo el mismo, sólo cambia el espacio; el discurso higienista de aire, luz y agua sólo aparece modificado en cuanto que el agua, bien costoso y escaso en los hogares, no se menciona. La terminología, centrada en el ámbito doméstico, se repetirá en los textos de igual manera a como ocurrió en la anterior epidemia en relación a calles, pantanos o mataderos por ejemplo; así, la humedad de las habitaciones, su falta de ventilación, su oscuridad, el hacinamiento⁷⁴¹ y, por su puesto, su olor delictivo y delatador de la acumulación de miasmas, serán constantes.

Para Corbin⁷⁴² existe una “*transferencia de lo vital a lo social*”, en la que se irá pasando de los postulados miasmáticos del hedor de la tierra, el agua estancada y el cadáver, tan propios de la literatura romántica del periodo, hacia “*los olores de la miseria, [...] del pobre y de su madriguera. [...] se opera un deslizamiento táctico del espacio público hacia el privado*”, en los tiempos iniciales de la revolución industrial, del surgimiento del proletariado y del inicio de la ‘cuestión social’, propia a su vez de la literatura realista y social del XIX.

⁷³⁹ Artículo 20 de la R. O. de 18 de enero de 1849.

⁷⁴⁰ “*se practicaron en la capital y pueblos considerables de la provincia escrupulosas visitas domiciliarias*”, ROURE, G. *Memoria historico-estadística...* pág. 44.

⁷⁴¹ “*No permitan desde luego que los cuartos húmedos y mal ventilados sean habitados por persona alguna, y que vivan familias numerosas en piezas reducidas*” (CODORNIÚ, M. *Aviso preventivo...*, 1849, pág. 72);

⁷⁴² CORBIN, A. *El perfume o el miasma...*, pág. 158.

VI.3.3. De lo privado a lo corporal.

La temática de la habitación del pobre, en cuanto que determina el vínculo entre condiciones de vida y pérdida de salud, va a sobrepasar el discurso colérico; de hecho en Vitoria ya he presentado que es más visible en la epidemia de viruela de 1866-67 en probable relación a la necesidad de contar con el ensanche al sur para evidenciar una estadística comparada entre ciudad vieja y ciudad nueva. Pero a partir de entonces va a cobrar nuevo protagonismo porque esas condiciones de vida, que se percibían desde el espacio doméstico, van a empeorar paulatinamente en la ciudad de la colina y en los arrabales en lo que resta de siglo, haciéndose cada vez más patentes las diferencias con la ciudad nueva.

En Vitoria, *“el gran desarrollo urbanístico tuvo lugar en la década de 1860, inducido por la presión demográfica, la buena coyuntura económica y la llegada del ferrocarril”*.⁷⁴³ La presión demográfica no era interna, sino que provenía fundamentalmente de la provincia,⁷⁴⁴ de un excedente humano creado en los años centrales del siglo sobre la expansión de la patata y la ampliación del área roturada, y que terminó desequilibrando las posibilidades de una agricultura lastrada por el atraso tecnológico, su orientación hacia la subsistencia y dominada por *“una mentalidad precapitalista, sometida a prejuicios ancestrales”*.⁷⁴⁵

La emigración de las zonas rurales de la provincia hacia la capital a lo largo de la década de los 60 fue conformando un grupo heterogéneo de asalariados que se constituiría en germen de un incipiente proletariado urbano. Estos movimientos demográficos sobrepasaron la capacidad física del casco medieval, únicas viviendas

⁷⁴³ ORTIZ DE ORRUÑO, J.M. “Del abrazo de Vergara al Concierto económico”, en Rivera, A. (dir.) *Historia de Álava*, ed. Nerea, San Sebastián, 2003. Pág. 386.

⁷⁴⁴ *“En ese tiempo se observa una afluencia sobre todo de gentes llegadas de la provincia (la mitad; pero un tercio del entorno meridional: Burgos, Logroño...), que frente a la salida a Bilbao o a ultramar elegían de momento Vitoria.”*. RIVERA BLANCO, A.; ORTIZ DE ORRUÑO LEGARDA, J.M. “Un siglo de cambios espectaculares”, *Vitoria y el siglo XIX*, Ayuntamiento de Vitoria, 2002. Pág. 42.

⁷⁴⁵ ORTIZ DE ORRUÑO, J.M. “Del abrazo de Vergara...”, pág. 377.

que la mayoría podían permitirse, haciendo crecer desmesuradamente el tercer espacio urbanístico de la ciudad, el de los arrabales, al tiempo que el ensanche burgués recibía los “huidos” de la colina.⁷⁴⁶

En este contexto de hacinación, que todavía no se percibía en 1855, se entiende mejor el énfasis puesto por Roure en escudriñar la ciudad y delimitar sus espacios de riesgo una década después,⁷⁴⁷ bajo una nueva amenaza de cólera y con una larga epidemia de viruela.

Las medidas tomadas a raíz de la amenaza colérica de 1865 presentan importantes novedades. En primer lugar destaca su contenido netamente médico, de la primera a la última frase, como si fuera un manual clínico destinado a los profesionales sanitarios, pero está dirigido “a los pueblos” y firmado por el diputado general de la provincia Pedro de Egaña; en segundo lugar, sorprendentemente, no hay mención a los tradicionales asuntos de higiene pública; y, finalmente, reducido el discurso a los contenidos de la *dietetica* o higiene privada pide someter todos los actos cotidianos a su dictadura.⁷⁴⁸

La higiene privada es pues elevada al mismo altar en el que estuvo situada la higiene pública en 1832-34, depositando en ella el rol de infalible preservativo frente al cólera. Al margen de esto, no hay novedad en los contenidos de estas medidas de higiene privada, recopilándose las mismas recomendaciones sobre alimentación, vestimenta o estados de ánimo de los años 30 a los que une, cómo no,

⁷⁴⁶ “...la proporción de la población vitoriana respecto del total alavés [...] pasó de ser en torno al quince por ciento al principio a constituir un tercio al terminar el siglo”. RIVERA, A.; ORTIZ DE ORRUÑO, J.M. “Un siglo de cambios espectaculares”, pág. 37.

⁷⁴⁷ Roure, que tras asistir a la Exposición Universal de París de 1867 regresa cargado de proyectos higienistas para aplicar en Vitoria, describe cómo localiza en la ciudad vieja “15 ó 20 casas inhabitables que alojan entre 500 ó 600 personas”.

⁷⁴⁸ “Averiguado hasta la evidencia que el mejor método preservativo del cólera morbo, así como las demás enfermedades, consiste en la puntual observancia de las reglas de higiene, necesario es inculcar esta verdad en el ánimo de los habitantes, é inducirles á que sujeten á ellas todos sus actos”, en *El Porvenir Alavés* 8 de noviembre de 1865. Circular de la Diputación Foral a los pueblos ante la previsión de una epidemia colérica ese año.

el tema de la habitación del pobre de los 50-60 con las mismas alusiones a la ventilación y el hacinamiento.⁷⁴⁹

Afortunadamente, en esa ocasión el cólera pasará de largo en nuestra provincia, a diferencia de la guerra civil que se hará nuevamente presente entre 1872 y 1876 con su séquito de silencio administrativo. Tras la contienda la situación de pobreza se acrecienta y nuevamente Vitoria es destino de muchos desplazados volviendo a la documentación el tema del hacinamiento y de la habitación del miserable.

Son cuestiones presentes en toda la geografía nacional. Así el gran teórico sanitario Méndez Álvaro le dedicará un ensayo en 1874,⁷⁵⁰ y el vitoriano Ramón Apraiz lo hará en 1893 con afirmaciones demoledoras: *“debeis estar convencidos de dos cosas; 1ª que no existirían esas mortíferas epidemias sin el foco abonado para su desarrollo que es la insalubre vivienda del pobre”*.⁷⁵¹ Algo más adelante describe la situación de la ciudad vieja vitoriana en los últimos años 80 del siglo XIX con atributos perfectamente reconocibles en los discursos precedentes que he ido mostrando, como si nada hubiera cambiado en la vieja colina tras tanta acción higiénica.⁷⁵² Detrás de ello, sobre lo que insistiré más adelante, está el

⁷⁴⁹ Ibidem. *“Conviene así mismo que las habitaciones esten aseadas; que se ventilen con frecuencia, y no se cumulen muchas personas en poco espacio, procurando apartar de sus alrededores sustancia en descomposición, como estiércol, paja húmeda etc. etc.”*.

⁷⁵⁰ FRESQUET FEBRER, J.L. *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990. Incluye el ensayo de Méndez Álvaro “De la habitación del menesteroso considerada bajo el aspecto higiénico-social”, págs. 125-195.

⁷⁵¹ APRAIZ, R. Op. Cit., pág. 7.

⁷⁵² *“Díganlo el médico, el sacerdote, el benemérito socio de San Vicente de Paul y de los Socorros domiciliarios. De seguro que al contaros sus impresiones, recogidas en esas calles estrechas y lóbregas, cuyos cantones están clamando diariamente por su ensanche, os hablarán de aglomeración de personas en moradas húmedas, oscuras y reducidas, de paredes negras donde á falta de blanqueo se adhieren numerosas capas de hollin, producto de la combustión; de suelos sucios y olores nada agradables”* (APRAIZ, R. Op. Cit., Pág. 13).

desprecio por quienes habitan tales viviendas, gentes espurias que despiertan gran recelo.

Apraiz es la referencia médica del último cuarto de siglo vitoriano, tras la muerte de Roure, y será el encargado de dirigir la respuesta sanitaria durante la última epidemia colérica del XIX en Álava, en 1885. Familiares directos suyos son Odón Apraiz, alcalde en ese momento de la ciudad, y Julián Apraiz, que forma parte de la corporación municipal y de la Comisión especial de higiene y salubridad pública, siendo éste uno de los firmantes de las ordenanzas que se publican para hacer frente al cólera. En ellas va a darse un nuevo giro de tuerca al tema de la habitación del pobre:

“Se reconocerán por las Comisiones encargadas de visitas domiciliarias en sus respectivos distritos los interiores de las viviendas, obligando á desalojar aquellas que no reúnan condiciones de salubridad suficientes, concediendo para ello un plazo prudencial”.⁷⁵³

El pobre pierde toda la dignidad que se le reconocía en el pasado y es tratado como los vagabundos y pedigüeños en las epidemias precedentes, entrando en el mismo saco de peligro social. Probablemente detrás de ello -y lo defenderé más adelante- esté la pérdida del control social tradicional ejercido por las Vecindades, motivado éste por el desarrollo de la administración municipal y por la llegada masiva de inmigrantes, que es a quienes se trata realmente de controlar; quizá por esa razón antes de una semana se publican las *“Bases para la clasificación de pobre que han de recibir la asistencia facultativa domiciliaria”*.⁷⁵⁴ La importancia de ello es tal que para finales del siglo se premiará en los “juegos florales” a un trabajo que no duda en asociar el pauperismo con la inmigración.⁷⁵⁵

⁷⁵³ A.M.V., AA.MM. del 8/7/1885, Vol 3, folio 33.

⁷⁵⁴ A.M.V., AA.MM. del 15/7/1885, Vol 3, folio 42.

⁷⁵⁵ Cfr. ZULUETA, J.P. *El Pauperismo en Alava: inmigración a la capital, medios de combatirla*, Imprenta Provincial de Álava, Vitoria, 1900. Aunque introduce el texto como cuestión social, Zulueta hace fundamentalmente un ensayo político cargado de tintes xenófobos y añoranzas forales mitificadas.

Una novedad más destaco del discurso de 1885: el de la inclusión de medidas antibacterianas.⁷⁵⁶ La importancia de ello la estimo en relación al papel que juega la bacteriología en dar el último paso en la conquista del espacio físico por la higiene: el cuerpo.

*“Desde el descubrimiento del bacilo por Koch, las discusiones en torno a la enfermedad estuvieron enmarcadas dentro de los términos de «Semilla» y «Terreno», el primero para referirse al bacilo y el segundo para designar al cuerpo humano. Lo que antes referían al organismo (predisposición) los higienistas decimonónicos, se vería sustituido por la «semilla» externa, mientras que el «ambiente» actuaría ahora a través del «terreno», abonándolo o impidiendo que germinase la «semilla»”*⁷⁵⁷

Como puede verse en el texto anterior, entre el higienismo y la bacteriología no hay una solución de continuidad, pues muchos higienistas vieron en la bacteria simplemente la tangible confirmación biológica de la entelequia miasmática en la que habían basado sus teorías. Había pues más coincidencia que divergencia en sus postulados y, en suma, hasta los descubrimientos antibióticos, el arma común, contra el miasma o contra la bacteria, se centraría en la higiene. Será cierto que la interpretación de la higiene variará con la evidencia científica sobre la verdadera efectividad de algunas medidas, pero en general la bacteriología dará por buenos los caminos emprendidos por el higienismo y de hecho se aprovechará de ellos.

La higiene corporal, que hasta entonces había aludido al control de la transpiración, la muda de vestidos y, como mucho, al aseo de

⁷⁵⁶ “Que las visitas domiciliarias sean lo mas escrupulosas y detenidas posibles, y que la comisión encargada de este servicio, se entere del estado en que viven las familias pobres; que prohiban en absoluto la aglomeración de individuos en las viviendas, procurando que los dormitorios tengan la ventilacion y luz suficiente; que las ropas estén limpias, así como las habitaciones, y que se distribuya entre la gente pobre los desinfectantes necesarios, haciendo comprenderles los beneficiosos resultados que dá el uso de estos” (A.M.V., AA.MM. del 26/7/1885, Vol 3, folio 61).

⁷⁵⁷ MOLERO MESA, J. *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis...*, Págs. 18 y 19.

manos y cara, va a tornarse en una actividad cada vez más cercana a la actual limpieza del cuerpo. Será necesaria la participación de la técnica para la mejora de infraestructuras como el suministro de agua domiciliaria o la sustitución de los “comunes” por “privados”, pero lo que ahora me interesa es que el concepto ya está aquí. La confirmación biológica del cólera y otras enfermedades determinó y redujo inicialmente toda enfermedad al contagio:⁷⁵⁸ el mal no estaba en el aire ni era delatado por el olor,⁷⁵⁹ sino que era el propio cuerpo quien guardaba y transmitía los miasmas o bacterias, la “semilla” productora de enfermedades y, al igual que en la creencia de la ventilación aérea removiendo los miasmas de la atmósfera, se comprende ahora la necesidad de remover esas “semillas” de su lecho corporal mediante el aseo y la limpieza del cuerpo.

⁷⁵⁸ En contra de lo que se había afirmado desde la experiencia de la primera invasión de cólera. En ella el punto de partida fue la consideración de la existencia de contagio, haciendo un uso intensivo de cordones sanitarios que resultaron inútiles para controlar la epidemia. Tras ella, las teorías infectivas o epidémicas ganaron terreno hasta afirmarse en 1849 que “*El Consejo [de Sanidad del Reino] reconoce justamente que el cólera es epidémico y muy poco contagioso*” (CODORNIÚ, M. *Aviso preventivo...*, pág. 68), eliminándose todo tipo de barreras pues “*es palpable la inutilidad de toda medida de incomunicación*” (Ibidem, pág. 70).

⁷⁵⁹ Corbin cita a Brouardel y al Diccionario Dechambre, en su edición de 1880, que “*aplaza la descalificación patógena del olor*” como el final de las teorías miasmáticas en su sentido clásico de mal deletéreo delatable olfatoriamente: “*podemos repetir que no mata todo lo que apesta y que nada de lo que mata hiede*”. CORBIN, A. *El perfume o el miasma...*, pág. 242.

VI.4. Los nuevos vigilantes sociales.

Independientemente del enfoque que se le quiera dar a la relación entre Medicina y Poder político/económico y de su acción planificadora y gestora en el proceso de adoctrinamiento higiénico y sanitario, no hay duda de que la acción directa, la construcción práctica de esa aculturación higiénica dependió de unos actores concretos, el personal sanitario, y es a ellos a quien me refiero en el enunciado del título como los nuevos vigilantes sociales.

Aunque haga mención a diferentes figuras sanitarias copartícipes en esta acción, he de advertir que utilizaré en general una concreción para aglutinar a todas ellas, la del término médico, un convencionalismo cuya construcción precisamente forma parte de este mismo proceso que me ocupa y que concluirá con su encubramiento como Clase.

Por su parte, la alusión a ellos como “vigilantes” sociales o de las costumbres, como luego mencionaré, tiene que ver con un fenómeno que percibo de manera particular en Vitoria. Se trata de un doble fenómeno inverso y sincrónico en el tiempo: mientras que se produce un aumento del prestigio médico y se asienta firmemente como organización social, otra organización representativa en la historia de la ciudad evidencia su declive: la de las vecindades y sus mayores. No se trata de que una desaparezca por el auge de la otra, pues la desaparición de las vecindades responde a múltiples causas, pero de entre las cuales podría destacarse que sus actividades son asumidas por otras instituciones y organismos. Es aquí donde aprecio que parte de las funciones de aquellos mayores sobre la población de sus vecindades se actualiza en la acción domiciliaria de los profesionales sanitarios a finales del XIX, que no es otra que la supervisión del adoctrinamiento higiénico-sanitario.

Así pues, en este apartado deseo analizar el papel desempeñado por los profesionales sanitarios en el asentamiento de nuevos comportamientos higiénicos entre la población alavesa, reconociendo que quizá más que en ninguna otra parte de este estudio el sesgo vitoriano es evidente. El análisis sigue partiendo del cólera, pero en

este caso probablemente sea más contextual, menos vertebrador, pues diacrónicamente las epidemias coléricas suponen una mínima fracción temporal en la acción médica y, aunque básicas para entender el éxito del adoctrinamiento higiénico, las consecuencias de éste y la necesidad de mantener un refuerzo continuado del mensaje sólo se percibe fuera de su tiempo epidémico.

VI.4.1. La “medicalización” de la sociedad alavesa.

He elegido esta expresión tan Foucaultiana para presentar el presente punto por una razón bastante simple: también en Álava, de manera efectiva y documental, la medicina va a asumir progresivamente actividades que superan su tradicional objeto de trabajo, ganando un protagonismo social cada vez más evidente a lo largo del XIX y terminando por situarse como interlocutor privilegiado en múltiples facetas de la vida cotidiana.

Que el cólera participó en ello de manera importante es algo que por ejemplo Corbin y Foucault no dudan, y desde luego en el caso alavés la documentación relacionada con el cólera muestra también ese progresivo protagonismo de lo médico, si bien ello se aprecia en el recorrido completo del siglo, a diferencia de aquellos autores que, en sus saltos temporales, lo describen prácticamente como una abrupta irrupción a raíz de la epidemia francesa de 1832, lo que desde luego no ocurre a tal velocidad observándolo con mis unidades de tiempo más cortas.

Para empezar, en el mismo año y epidemia de 1832 es cuando se hace público el primer discurso alavés frente al cólera y, como ya he dicho, su único avance es hacer extensible a toda la población lo que no eran sino los ideales de una minoría a finales del XVIII. Ideales que tenían como centro la cuestión de la higiene pública y donde la Medicina jugaba un papel todavía consultor. El discurso destinado a la población general, tanto ese año de amenaza como luego en 1834 durante la invasión colérica de nuestra provincia, proviene casi exclusivamente de autoridades políticas -alcaldes y diputado- que incluyen el mensaje higienista como propio, sin aludir a ninguna

fuentes sanitarias concretas, por ejemplo las Juntas de Sanidad. El proveniente de la medicina aparece sólo a instancias de aquéllas -por ejemplo, la Memoria facultativa de los médicos municipales de Vitoria-; el resto son comunicaciones internas de los sanitarios bien con las autoridades bien con las Juntas de Sanidad -recuérdese las cartas de Oribe desde Labastida, como ejemplo-. Sólo en las publicaciones profesionales, como en el B.M.C.F., el discurso sanitario parece tener autonomía y protagonismo.

El papel de los médicos alaveses en el discurso público es pues meramente consultivo y no es diferente al que habían ejercido con anterioridad en otros brotes epidémicos del pasado.⁷⁶⁰

En la inspección de la ciudad decretada en 1832 ante la amenaza del cólera, así como en la misma orden dictada en 1834, la ciudad se divide en distritos a cargo de notables que se hacen acompañar de los mayores de las vecindades, la autoridad más directa, no apareciendo los médicos en esa labor. Caso diferente por ejemplo al que relata Codorniu para París, donde señala que las inspecciones se ejecutaron por médicos, en línea por tanto a como lo relata Corbin para el mismo caso francés. Luego la diferencia temporal en el proceso de medicalización es evidente. Este texto de Manuel Codorniu presenta además una importante evidencia, ya que en 1832 -si bien tras la experiencia francesa- y tratando de influir en la toma de decisiones estratégicas para limitar en España el daño de la epidemia -que está en ciernes pero que considera inevitable- reclama acciones directas en los espacios privados, lo que puede entenderse como una anticipación del pensamiento médico al político en la necesidad de inmiscuirse al menos en algunos ámbitos privados.⁷⁶¹ Al parecer de Corbin, tal como

⁷⁶⁰ Como ejemplo más remoto localizado, durante la epidemia de peste de 1518: “A este ajuntamiento fueron llamados los doctores medicos e los çerujanos e voticarios de la çibdad moderadamente los dichos dotores Felipe e Gamis e mestre Pedro de Mendiola e maestre Diego e los otros çerujanos e barberos...”. A.M.V., AA.MM. 1518-1522, Lib. 10, fol. 573v, párrafo 3º.

⁷⁶¹ “...pero desgraciadamente estas medidas y sus consejos no podian tener mas que un resultado muy imperfecto, porque no estaba en poder de los médicos que se habian encargado de visitar y purificar cada casa, el variar las costumbres de sus habitantes, el dar buenos vestidos á muchos de ellos, el impedir que la clase pobre

he citado, ésta es la conclusión generalizada entre los médicos franceses tras la epidemia de 1832, pero que en Vitoria no se percibe ni ese año ni en 1834 y, como muy pronto, se anticipa en la R. O. de 1849 cara a la epidemia de 1855.

En Álava la presencia más o menos institucional de estos profesionales sanitarios durante la primera epidemia quedó reducida a las Juntas de Sanidad que, a pesar de su nombre, estuvieron constituidas por autoridades civiles y religiosas en un número muy superior al de médicos y cirujanos.⁷⁶² Además, a tenor de la mención documental, parecen funcionar sólo en Vitoria, tanto en 1832⁷⁶³ como sobre todo en 1834, que es tanto como decir en la parte de la provincia bajo control gubernamental, lo que introduce posiblemente un sesgo producido por la guerra en esta valoración. Estas Juntas de Sanidad, por tanto, reproducen la extracción social de otras juntas de carácter benéfico, como la que regía el hospicio desde 1777 o la del hospital y cárcel constituida en el arranque constitucionalista de 1821, en las que también estaban representados los médicos con contrato municipal o de beneficencia.

se alimentase con comidas de mala calidad, que los trabajadores que se encuentran en la desnudez viviesen hacinados en lugares bajos y húmedos nunca calentados por los rayos del sol, que hiciesen excesos en la bebida; y finalmente que en su modo de vivir desarreglado reuniesen todas las condiciones necesarias para el desarrollo de la epidemia”, CODORNIÚ, M. Cólera-morbo de Paris..., págs. 7 y 8.

⁷⁶² En 1832 se les menciona expresamente señalando que las Juntas de Sanidad estarán “*formadas por Alcalde Ordinario, Procurador síndico, Curas Parrocos, Medicos ó Cirujanos y demas sugetos del seno del Ayuntamiento o fuera de el que crean conveniente al intento*” (A.T.H.A. DH 87-7), pero en 1834 a la mención de autoridades civiles y religiosas sólo se añade que además, “*no deben faltar los facultativos*” (A.T.H.A. DH 218-7). En cualquiera de los casos su peso es casi testimonial.

⁷⁶³ Alguna noticia de otras Juntas no hace sino confirmarlo, caso de la de La Puebla de Labarca: “*...la junta de sanidad aun no se á reunido sino dos veces desde su creación, la una para dar noticia de ella á esa Superior; y la otra para dar gracias a V.S. por su inimitable Caridad en el enbio de las dos Onzas; pero aunque dio parte a V.S. del estado de la Salud Publica no fue efecto de reunion sino que un amante de la humanidad, izo la exposición la llebo á firmar á los indibiduos, é izo se presentase a V.S.*”. A.T.H.A. DH 218-5.

En 1834 la mayor parte de los profesionales de mayor capacitación, médicos y cirujanos latinos, se concentraban en las grandes poblaciones, sobre todo en Vitoria.⁷⁶⁴ El resto de la provincia se hallaba asistida por titulados de menor cualificación, cirujanos romancistas y sangradores, cuando no por los casi extintos barberos o las seculares figuras curanderiles no profesionalizadas.⁷⁶⁵ En general, a excepción de los primeros -y no todos-, la mayoría de aquellos profesionales tenía unas condiciones de vida de mera subsistencia, a menudo con pagos en especie.⁷⁶⁶

Esta desigual distribución de los recursos humanos debió verse incrementada en Álava por el efecto de la guerra, como ya he señalado en otro lugar. Pero independientemente de este particular elemento, el mismo problema se daba en toda España y se puso claramente de manifiesto durante el cólera de 1834 junto a la cuestión de la inexistencia de una supraestructura organizativa sanitaria en el país de manera permanente.

La reforma de ambas cuestiones va a plantearse desde el final de la primera epidemia, pero sus logros serán mínimos. Todavía en la R.O. de 1849 comentada, la exhortación para la distribución de las poblaciones en distritos médicos con recursos homogéneos sólo se toma en consideración en Vitoria, y sobre el papel, pues llegada la epidemia de 1855 quedó trastocada toda aquella planificación y la puesta en práctica resultó bien diferente;⁷⁶⁷ si bien pasada ésta, la

⁷⁶⁴ En el caso del cirujano latino, sólo se documenta en Vitoria.

⁷⁶⁵ Recordemos por ejemplo que cuando el Ayuntamiento de Vitoria solicita información del estado de la epidemia en los pueblos de su jurisdicción, en agosto-septiembre de 1834, quienes describen la situación no son profesionales sanitarios, ni siquiera la autoridad civil de aquellos concejos, sino el cura de cada localidad. Lo cual evidencia perfectamente la escasa presencia de sanitarios titulados en las pequeñas poblaciones y su grado de cualificación.

⁷⁶⁶ Cfr. Capítulo V.4.2.

⁷⁶⁷ AMV. AA.MM. del 17 de Noviembre de 1855. Informe de Francisco Juan de Ayala. *“En este estado no habia otro remedio que suspender por un momento la egecucion de cuanto sobre el particular se habia acordado, é ir poniendo en práctica tan solo aquello que la esperiencia fuese aconsejando ya como útil, ya como verdaderamente necesario. Ademas, el ejemplo de lo ocurrido en otras*

división de toda la provincia en partidos médicos será finalmente una realidad.

Si la presencia de los profesionales sanitarios en las estructuras gestoras de la epidemia en 1832-34 no aparece documentalmente como de primer orden en Álava, sí lo hace su práctica asistencial. A pesar de su reducida efectividad curativa, la expectativa de alcanzar ésta o al menos aliviar la insufrible sintomatología del cólera hizo que aquellos profesionales fueran demandados tanto o más que los sacerdotes. Su acción paliativa estaba, además, mediatizada por una cuota de poder largamente defendida frente a la injerencia de otras profesiones: la facultad para prescribir los remedios farmacéuticos.⁷⁶⁸

Tras la epidemia del 34 la labor de los sanitarios será encomiada por las autoridades en un reconocimiento que va a repetirse invariablemente en el resto de epidemias del siglo. Les surgirá un nuevo reto, pues el aumento de la intensidad bélica y de los procesos epidémicos relacionados con ella hará de estos sanitarios un gran valor añadido en ambos ejércitos.

Con el advenimiento de una nueva epidemia de cólera, con alertas desde 1853, volvemos a ver cuestiones sanitarias como protagonistas de la documentación de ayuntamientos y Diputación. Veremos que han cambiado muchas cosas.

En primer lugar, la Junta Superior de Sanidad es presidida por un médico, Gerónimo Roure, y, desde el inicio, es esta Junta quien asume la dirección del control de la epidemia y es de ella de donde parten prácticamente todos los discursos públicos. Las autoridades civiles no aparecen: hay que buscarlas en las actas de sus juntas ordinarias y extraordinarias para comprobar que simplemente reproducen las recomendaciones de las Juntas sanitarias en sus

poblaciones y de la alarma y el terror producido en ellas con lo mismo que se había dispuesto para evitarlo...”.

⁷⁶⁸ En la solicitud de ayuda sanitaria de Labastida del 26 de agosto de 1834, sus autoridades reconocen tener medicamentos en la botica local pero nadie que mande suministrarlos. A.T.H.A. DH. 87-7.

órdenes, exhortaciones y bandos, citando clara y expresamente que son aquellos “expertos sanitarios” quienes las proponen.

He personalizado en varias ocasiones la acción de la Junta Superior de Sanidad de Álava en Roure, tanto por presidirla como por el posterior aporte documental de su memoria, lo que inevitablemente lleva a cuestionarse si tal cambio en las formas entre 1834 y 1855 es debido a un verdadero aumento del protagonismo médico como colectivo o si fue debido a la indiscutible talla de Gerónimo Roure. Desde luego, en relación a la documentación sobre el cólera, el protagonismo de Roure es completo. Sin embargo, Pedro Ramos, en un contexto más amplio que dicha epidemia y sin dudar del protagonismo médico, social y cultural de Roure,⁷⁶⁹ incorpora otros secundarios de lujo para la ciudad, caso de José Páramo,⁷⁷⁰ al que sitúa junto a Roure en algunas de las grandes empresas sanitarias del XIX alavés, lo que sugiere una menor dependencia de la personalidad de Roure de lo que transmiten los documentos sobre el cólera. Además, no puede perderse de vista el contexto general de desarrollo médico en la que han de destacarse los avances científicos, la importancia de la estructura sanitaria en la pasada guerra carlista, la modificación de los planes de estudios con la unificación de la medicina y cirugía⁷⁷¹ o la Ley de Sanidad, también de 1855.

En cualquier caso, y podría destacarse como una segunda diferencia respecto a 1834, la actuación de profesionales sanitarios

⁷⁶⁹ RAMOS CALVO, P.M. *Historia de la medicina en Álava*, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Vitoria, 1997. Ramos fue el gran mentor de la labor de Roure en Vitoria, pidiendo incesantemente un reconocimiento público de la ciudad a su figura que, finalmente, se ha traducido en la inclusión de su nombre en el callejero vitoriano.

⁷⁷⁰ José Páramo ocupó plaza de médico titular del Hospital Santiago de Vitoria desde 1853 hasta su jubilación en 1883, coincidiendo por tanto desde su inicio con Roure, quien había obtenido plaza de Cirujano en dicho hospital también el año 1853. Ambos participaron en la Junta de Sanidad durante la epidemia de cólera de 1855, aunque su labor conjunta más conocida fue la puesta en marcha, tras la dramática experiencia de 1866 y 1867, de un exitoso programa de vacunación contra la viruela para toda la provincia.

⁷⁷¹ Ley de Bases para la instrucción pública de 1855, más conocida por Ley Moyano que se puso en marcha en 1857.

resulta cuantitativamente mucho mayor, lo que en parte podría explicarse por el efecto sustractivo de sanitarios que supuso la primera contienda carlista. Debo destacar que la movilización de personal sanitario durante los prolegómenos de la epidemia de 1855, tanto para la provincia como en la ciudad de Vitoria, fue general, creándose inicialmente bolsas de médicos, cirujanos, sangradores y enfermeros de toda la provincia con el objeto de poder desplazarlos donde y cuando conviniera en función de las necesidades sanitarias de los pueblos; si bien luego en la práctica, a medida que una población con dotación sanitaria se sentía amenazada o invadida, se articularon medidas locales para retener sus propios recursos.

Al igual que en la epidemia anterior, al superarse ésta, los profesionales sanitarios que intervinieron en ella serían elogiados y recompensados tanto por ayuntamientos⁷⁷² como por Diputación.⁷⁷³

⁷⁷² A.M.V. AA.MM. Acta del 17-11-1855. *“Para concluir solo me resta hablar de las personas que han prestado mejores servicios en esta ocasión [...] Unicamente haré observar que los cuatro facultativos titulares merecen en mi concepto, una recompensa inmediata, no tan solo por los trabajos verdaderamente extraordinarios, á que han tenido que dedicarse y que no estaban ni podían estar previstos al otorgar sus respectibas escrituas de servicio, sino tambien para proceder en esta parte como se ha procedido en otras poblaciones y aun en esta misma Provincia”.*

Acta del 14-11-1855. *“Se acordo librar por hallarse las reclamaciones suficientemente justificadas, las cantidades, que á continuacion se espresan:*

1ª 1500 reales á cada uno de los profesores en Medicina [...]

2ª 800 reales por igual causa, y con un voto de gracias tambien, á cada uno de los profesores de cirujia [...]

3ª 200 reales por el propio motivo á los Sangradores [...]

4ª 320 reales por identico concepto á cada una de las viudas de los Sangradores [...] los tres Farmaceuticos [...] merece tambien recompensa”.

⁷⁷³ A.T.H.A DH 959-2. *“...la generalidad de los profesores como asi mismo el numeroso personal de sangradores y enfermeros que estaban destinados a la asistencia de los atacados del colera morbo en los pueblos de esta Provincia constando en esta Secretaria, que todos los profesores y auxiliares de medicina como así mismo los Sangradores y enfermeros, salvo algunas excepciones, han cumplido y llenado sus deberes á satisfacción de los respectivos ayuntamientos de los pueblos a donde han estado destinados, según consta por las certificaciones, [...] sin más reposo que el necesario para no rendirse...”.*

La tercera gran diferencia con 1834 radica en la inspección de la ciudad. Ésta es realizada por los médicos y centrada en su perspectiva de lo insalubre. Como he señalado, estuvo más centrada en lo doméstico que lo documentado en las inspecciones de 1832 y 34, lo que he interpretado como una paulatina intromisión de la medicina en la vida privada de los alaveses y el comienzo de las preocupaciones por el entorno doméstico y los hábitos de vida como elementos de riesgo patológico.

Aunque apuntada por los ilustrados del XVIII y con tímidos avances en la primera mitad del XIX, es al finalizar esta segunda epidemia cuando Vitoria va a conocer la verdadera superación de la ciudad medieval, expandiéndose hacia el sur en lo que va a ser durante mucho tiempo una segunda ciudad paralela. Esta nueva urbe tendrá como horizonte la triada higienista clásica de aire, luz y agua, principios en los que el conjunto de los médicos se había actualizado ya con la universalización del discurso higienista durante la primera epidemia, asumiendo implícitamente un papel en un nuevo urbanismo. Tras la trágica epidemia de viruela de 1866 y 67 Roure sentenciará la necesidad de esa medicalización de los espacios urbanos al evidenciar las grandes diferencias de incidencia en la ciudad vieja y arrabales frente a la nueva ciudad neoclásica.

Colá y Goiti a finales de siglo escribirá sobre Vitoria en unos términos muy parecido a como lo había hecho cien años antes Foronda en *Cartas escritas por Mr. de Fer...*, señalando la ciudad como lugar de degeneración del “orden natural”, que todavía se apreciaría en el entorno, causado por la ignorancia humana de aquellas leyes naturales.⁷⁷⁴ Si tras la epidemia de 1832-34 se otorga a la Medicina la autoridad experta sobre esas leyes, el discurso sobre la

⁷⁷⁴ “Difícilmente habrá en España muchas comarcas que reúnan tan buenas condiciones higiénicas naturales como la en que se halla nuestra ciudad. [...] Pero, si la comarca tiene tan buenas condiciones para la salud pública, al edificar la población nos hemos arreglado de manera que aquellas queden destruidas, y que la ciudad sea un foco perenne de malos miasmas, causa poderosa de epidemias pertinaces y terribles; por ejemplo, la variólica y la tifoidea” (COLÁ Y GOITI, J. *El futuro Vitoria*, pág. 161).

habitación del pobre, que es el tema médico central durante la segunda mitad de siglo, es la constatación práctica de la asunción de ese objeto en el cuerpo competencial de la Medicina.

Finalizada la epidemia de cólera de 1855 va a lograrse de manera efectiva la división de la provincia en 38 partidos médicos. El salto cuantitativo y cualitativo de estos profesionales es claro. En Vitoria implicó una reordenación de la Beneficencia Pública Domiciliaria en un momento en que la tendencia era la opuesta: abandonar la asistencia en el domicilio de los pobres censados a favor del ingreso hospitalario, lo que es interesante recalcar en este momento porque con posterioridad habrá una encendida defensa de esta asistencia domiciliaria por los médicos vitorianos.

Un ejemplo del desarrollo de la medicalización en los ámbitos cotidianos serían las recomendaciones dadas a los pueblos por el diputado general ante la amenaza del cólera en 1865. El discurso, como ya he anticipado, es sorprendente por tres razones: su contenido netamente médico, la ausencia de los tradicionales asuntos de higiene pública y la recomendación de someter todos los actos cotidianos a las orientaciones de la *dietetica* o higiene privada.

En dicho discurso, aplaudido nacionalmente,⁷⁷⁵ los contenidos sólo y exclusivamente hacen referencia a cuestiones clínicas: sintomatología, recomendaciones terapéuticas, dietéticas y, más profusamente, medicamentosas. Ni siquiera hay mensaje político, que es lo esperable al menos en la introducción, porque el mensaje lo firma a solas el diputado general de Álava y no la Junta de Sanidad u

⁷⁷⁵ La Circular de la Diputación Foral a los pueblos ante la previsión de una epidemia colérica ese año se publica en *El Porvenir Alavés* el día 8 de noviembre de 1865. El viernes 10, aparece en el periódico *La España*, de Madrid, edición de tarde, con la siguiente introducción: “*Es envidiable y digno de toda alabanza el celo con que la diputación de Alava esta previniendo con toda clase de acertadas disposiciones el peligro de que el colera penetre en aquel territorio*”. El 14 lo hace el periódico *El Guipuzcoano* de San Sebastián, politizando la introducción: “*Aplaudimos la previsor conducta de la dignísima corporación á cuyo frente se halla el Exmo. Sr. D. Pedro de Egaña, defensor constante de la causa [foral] de nuestro pais y una de las glorias imperecederas del solar Vascongado*”.

otro organismo sanitario. La impresión es que las propias autoridades asumen como prioritario el cumplimiento de las indicaciones médicas, y no de manera puntual, sino guiando todos los actos de la vida diaria. También la ausencia de las cuestiones medioambientales y públicas resulta chocante, centrándose las recomendaciones de la Diputación en aquellos elementos clásicos de predisposición individual que, como he destacado, a partir de la amenaza colérica de mediados de siglo pasan a considerarse como favorecedores o mantenedores de la epidemia cuando confluyen en el hogar del menesteroso.

Dentro de las recomendaciones expuestas aparentemente no hay nada novedoso en el contenido; sin embargo, en las formas, el cariz médico es tan llamativo y dichas recomendaciones dietéticas se encuentran tan a la par de los remedios terapéuticos y el largo listado de farmacopea, que impresiona de una concepción única, esto es, que la esfera de la alimentación, vestido o estado de ánimo parecen quedar bajo la directriz del médico como si de aplicación de sanguijuelas o administración de laúdano se tratara.

Así pues, en cuanto que la máxima autoridad política de la Provincia se muestra seducida por el consejo médico y hace proselitismo de una vida regida por los principios de la Medicina, probablemente sea esta Circular de la Diputación la que mejor represente el grado de permeabilización social de tales principios.

Entre las posibles explicaciones a esta reducción discursiva -en comparación con las tradicionales orientaciones anticoléricas- podría estar el referido deterioro en las formas tradicionales de vida familiar y social que acontecía en Vitoria, y que he ejemplificado en la desaparición de los mecanismos de control social dependientes de las organizaciones vecinales. Deterioro que se agudizará en los años siguientes, ya que a la prosperidad vitoriana y alavesa de la década de los sesenta le siguió el amargo despertar de la segunda guerra carlista y, luego, el paulatino desencanto de no haber sido capaz de subirse al tren de la modernidad.

En ese contexto tendrá lugar la última epidemia de cólera del siglo, en 1885. El primer cambio a reseñar es el de la personificación

o protagonista médico, pues la referencia sanitaria, fallecido tempranamente Roure, es Ramón de Apraiz. Éste es quien mejor simboliza la unión medicina/poder por sus relaciones familiares y su extracción burguesa,⁷⁷⁶ y si a Roure puede destacársele por actualizar las capacidades profesionales de los médicos vitorianos, a Apraiz puede señalársele como el organizador de la medicina alavesa en cuanto Clase.

De Apraiz he destacado su obra *La vivienda del pobre* en relación a la toma en consideración del hogar del menestral y el desposeído como peligro público en un sentido sanitario, lo que autoriza el allanamiento de sus moradas en nombre de la salubridad y por tanto su medicalización. Pero junto a ese tema su discurso contiene verdaderas perlas en relación al pensamiento médico finisecular en otras dos cuestiones relacionadas: la defensa de la Beneficencia Domiciliaria y la “cuestión social”.

Al menos desde la apertura del nuevo hospital de Santiago en Vitoria en 1821 se discute sobre la conveniencia de asistir en él a los enfermos pobres en lugar de en sus domicilios, alegándose el tiempo y comodidad de la visita médica. Sin embargo, “*la Ley de Beneficencia de 1822 contemplaba la asistencia sanitaria dando más importancia a la «hospitalidad domiciliaria» que a los hospitales»*,”⁷⁷⁷

⁷⁷⁶ Ocupa sillones en las Juntas sanitarias y benéficas, es presidente del Ateneo, encabeza la profesión médica como primer presidente del Colegio de médicos (creado en 1898) y como director de la *Revista Médica Vasco Navarra* (editada entre 1882 y 1887), órgano de la Academia de Ciencias Médicas de Vitoria (fundada en 1881), en la que se recogen interesantes comentarios y objeciones a las leyes sanitarias, siendo de destacar las continuas proclamas a la necesidad de una organización médica por provincias, la disposición a crear convenios de médicos, cirujanos y farmacéuticos en Vitoria, o su posición favorable a la formación de un Montepío provincial o regional, dentro de la reivindicación económica, recurrente en la revista.

⁷⁷⁷ FRESQUET FEBRER, J.L. *Francisco Méndez Álvaro...*, pág. 41. Apraiz, alude a la misma Ley, “*hace ya más de 50 años en uno de tantos proyectos de ley sobre beneficencia pública [se establecía que] existiera un Hospital para la curación de enfermos que no pudieran ser asistidos en sus casas*” y recalca a continuación en cursiva: “*si bien la hospitalidad domiciliaria debiera ser la regla y la pública la excepción*” (*La vivienda...*, pág. 8).

probablemente en relación a las muchas carencias de estos últimos en todo el país, lo que no debía ocurrir en Vitoria a tenor de la propia defensa del hospital vitoriano que hace Apraiz. De hecho reconoce la posibilidad de una buena asistencia de los pobres en el hospital, tal como habían pedido sus antecesores. No obstante, en el momento en que escribe Apraiz, a últimos de siglo, la percepción del riesgo sanitario es la vivienda del pobre: *“Nada puede hacer la higiene pública, si la del hogar no la secunda”* (pág. 12), de ahí que *“el remedio más urgente y preciso [sea] el hacer que la vivienda del pobre tenga las condiciones exigidas por la ciencia”* (pág. 11) *“siendo espaciosa, bien ventilada y bañada por la luz solar; en favorables condiciones de calefacción, libre de toda humedad y teniendo el número de piezas suficiente con relación á los individuos que componen la familia, sin que el lecho ni aún la alcoba ocupada por un enfermo sirvan de albergue á los demás individuos de la casa, como desgraciadamente ocurre en bastantes ocasiones”* (Págs. 13 y 14). Se hace pues imprescindible la asistencia en el domicilio para corregir los defectos higiénicos que, en caso contrario, pasarían desapercibidos. Apraiz establece por tanto una sistemática acción supervisora y educadora mediante la visita domiciliaria independientemente de la existencia o no de epidemias.

Otro asunto que presenta Apraiz, cierto que de manera tangencial, es la cuestión obrera. Para Rodríguez Ocaña⁷⁷⁸ *“Sólo el concurso de la Higiene parecía capaz de obstaculizar el cataclismo que parecía anunciarse en 1871, interponiéndose entre el «egoísmo del capital» y el «torrente pronto a desbordarse» de la lucha obrera”*, lo que en cierta manera expresa también Apraiz al recordar que las *“bullangueras huelgas ó la máquina explosiva”* (pág. 7) requieren medidas de control que, según él, pasan por dotar de buenas condiciones higiénicas a su hogar. Mirada que debe contextualizarse dentro de las primeras manifestaciones de poder de los partidos de izquierda a lomos del sufragio universal masculino.

⁷⁷⁸ RODRÍGUEZ OCAÑA, *La constitución de la medicina social...*, pág. 27.

Será Apraiz también quien participe en otra gráfica representación del auge médico en todo tipo de actividades, en este caso como perito forense en el suceso del “Sacamantecas”. Su enfrentamiento dialéctico con el psiquiatra J. Esquerdo y Zaragoza, director del manicomio de Carabanchel, acerca de la enajenación mental del asesino en serie Juan Díaz de Garayo, “El Sacamantecas”,⁷⁷⁹ circuló por toda Europa.

Las teorías psiquiátricas a lo largo del XIX, en relación al peritaje criminal, se orientaron hacia las teorías regeneracionistas y del criminal nato, en las que concluían la existencia de una estrecha asociación entre los rasgos psíquicos y las malformaciones físicas, y Garayo, “*cuya cabeza horriblemente deforme y cuya cara fruncida y confusa, retratan fielmente lo monstruoso de su cerebro y lo turbulento de sus pasiones*” -en palabras de Esquerdo-,⁷⁸⁰ encajaba perfectamente en esas teorías. El peritaje de Esquerdo (y F. Sánchez, director del manicomio de Toledo) fueron favorables a la enajenación mental, pero frente a ellos se alzó Apraiz que, defendiendo las conclusiones de un informe solicitado a los médicos de Vitoria, concluía la normalidad de sus facultades y que las acciones criminales se realizaron con “*verdadera libertad moral*”. Apraiz saldría victorioso en el debate al dictaminar el juez la culpabilidad de Garayo y condenarle a muerte por garrote vil.

El ejemplo del “Sacamantecas” no puede desligarse de la “*concatenación pobreza-degeneración física-degeneración moral-peligro social*”⁷⁸¹ que se produce durante el XIX. Tampoco de las teorías del regeneracionismo y la eugenesia que tan amargo recuerdo dejarían en el siglo siguiente y, al respecto, ya en el límite del siglo, se

⁷⁷⁹ A Garayo se le acusó de asesinar a una decena de mujeres en los alrededores de Vitoria desde 1870 hasta ser detenido en 1879.

⁷⁸⁰ REY GONZÁLEZ, A.M. *Estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990. Incluye en su apéndice documental el discurso de Esquerdo y Zaragoza de 1881 titulado “Locos que no lo parecen, Garayo el sacamantecas”. Págs 197 y ss.

⁷⁸¹ RODRÍGUEZ OCAÑA, *La constitución de la medicina social...*, pág. 26.

premia en Vitoria el trabajo citado de Juan Perfecto Zulueta, que abre las puertas a esos espacios a explorar por la medicina.⁷⁸²

VI.4.2. La vigilancia de las costumbres.

*“Una vez más, en la terrible epidemia [de cólera] de 1832 se encuentra el origen de una estrategia nueva. Al anunciarse la inminencia de la plaga, se formaron comisiones de barrios; tuvieron por misión la de visitar todas las casas, hallar las causas de insalubridad y obligar a los propietarios a que aplicaran los reglamentos de policía”.*⁷⁸³ El texto pertenece a Corbin analizando el caso francés, pero el proceso que describe es milimétricamente idéntico en Vitoria el mismo año, salvo que aquí la participación médica es más anecdótica.

En abril de 1832, ante la llegada del cólera al sur de Francia, la percepción del riesgo aumenta en las autoridades alavesas, que activan la constitución de Juntas de Sanidad. En la formada en Vitoria va a tomarse la decisión de encargar a sus miembros que inspeccionen la ciudad, para lo cual se distribuyen por distritos y se hacen acompañar de los mayores de vecindad para recorrer los días siguientes las calles, adentrándose en casas, cuadras y patios, visitando caños y evaluando el estado de ríos y arroyos. Al igual que en el caso francés, se coarta a los vecinos a eliminar los focos de inmundicia bajo la amenaza de multas.⁷⁸⁴

El objetivo es descubrir los focos de insalubridad, pero ésta, en 1832 y 1834, es objetivada por vecinos ilustres no médicos que traspasan el umbral de las viviendas bajo la protección de la autoridad competente en ese espacio doméstico: los mayores de vecindad.

⁷⁸² ZULUETA FERNÁNDEZ, J.P. “El Pauperismo en Alava: inmigración a la capital, medios de combatirla”, Imprenta Provincial de Álava, Vitoria, 1900.

⁷⁸³ CORBIN, A. *El perfume o el miasma...*, pág. 176.

⁷⁸⁴ A.M.V. 17/27/15 y A.T.H.A. DH 218-3.

Las vecindades⁷⁸⁵ eran estructuras sociales de apoyo mutuo constituidas por agrupaciones familiares que compartían un determinado espacio generalmente urbano (aunque existen similitudes con el funcionamiento de los pequeños concejos rurales): una calle, una cuadra o manzana -caso de Vitoria-, un barrio, una plaza, etc.

*“Vitoria tenía y conserva repartida toda su vieja ciudad por Vecindades, a manera de tribus y familias, y en cada Vecindad hay dos fieles de ella que llaman ‘Mayorales’ y un ‘Sobre Mayoral’, o cabezas de Vecindad, los cuales cargos son elegidos a votación entre los vecinos de su respectiva Vecindad. [...] Inspeccionaban si los vecinos viven moralmente; si hay enemistades, amancebamientos, revoltosos o de otros vicios. Llevan la estadística de casadas, viudas y solteras, modo de vivir de cada familia, cuántos habitan cada casa, número de pobres y enfermos, de todo lo cual tenían que dar cuenta al Senado (Ayuntamiento) reuniéndose al efecto, con él, por San Miguel, y exponiendo en la reunión todos los pecados públicos que durante el año hallaban. [...] En las defunciones había que conducir y acompañar el cadáver hasta la puerta de la iglesia, abriendo y cerrando la sepultura, con la herramienta que al efecto disponía la Vecindad. [...] En toda época cuidaba de reponer la cera, ordenaba la conducción de enfermos al Hospital, así como los enterramientos, e inclusive cavar la sepultura; ordenaba los trabajos para extinción de incendios, a los que se acudía con las herradas de cada Vecindad, picachones, etc.”*⁷⁸⁶

El texto es bastante elocuente de la función de control social que ejercían⁷⁸⁷ y, con lo dicho ya en relación al acceso de los médicos al

⁷⁸⁵ VELASCO, L. *Memorias del Vitoria de Antaño*, pág. 121. “En los tiempos pasados, en que ni el Estado ni el Municipio se cuidaban cual hoy de la seguridad de las personas y de las cosas, de la asistencia á pobres y enfermos, ni siquiera de la policía ó limpieza de las calles, los vecinos de éstas para su mutua protección y buen órden se constituyeron en pequeñas agrupaciones ó hermandades, que en Vitoria se denominaron con mucha propiedad, Vecindades”.

⁷⁸⁶ IZARRA RETANA, J. *Vecindades, Cofradías y Gremios. Artesanado de Alava*, Imprenta Hijo de Iturbe, Vitoria, 1940.

⁷⁸⁷ “las autoridades vitorianas desde finales del siglo XV desplegaron todo un arsenal de medidas tendentes a controlar a sus administrados, y las vecindades

interior de los hogares, puede entreverse el paralelismo al que aludía al inicio.

En 1834 las vecindades vitorianas todavía conservaban buena parte de sus atribuciones y sus rentas,⁷⁸⁸ permaneciendo, sobre todo, la vigencia de su organización al modo gremial. Y como tal, sus miembros mantienen una disciplina férrea y una obediencia fiel a la finalidad instituida en sus ordenanzas: el apoyo mutuo. Sin embargo, su influencia va más allá, y no son extrañas las recomendaciones de tipo privado, como el vestir con dignidad,⁷⁸⁹ especialmente en los actos religiosos y funerarios, y la citada vigilancia sobre la moralidad de sus miembros. Además, las vecindades suponían un perfecto sistema de depuración de vagos, maleantes y gentes de mal vivir que, no aceptados por éstas, debían retirarse a los arrabales. Para el Ayuntamiento, y Ladislao de Velasco así lo reconoce,⁷⁹⁰ además de por lo dicho, su principal atractivo era su rápida y organizada capacidad de maniobra ante sucesos imprevistos (incendios, robos, crímenes, etc.), cuyo valor se vio multiplicado ante sucesos como el cólera. Su estructura piramidal, con un líder electo y un número de miembros relativamente reducido,⁷⁹¹ todos ellos conocidos entre sí,

fueron uno de los puntales en los que se sustentó esa política". BAZÁN DÍAZ, I. "La criminalización de la vida cotidiana", en Imizcoz Beunza, J.M. *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Txertoa, 1995. Pág. 120.

⁷⁸⁸ En su paulatino declive, además del aumento de competencias públicas por parte del ayuntamiento, influyó notablemente las leyes desamortizadoras que enajenaron buena parte de sus bienes, acumulados muchos como donaciones testamentarias de sus propios miembros, que servían para mantenerse y cubrir los gastos de sus actividades, sin obligar a sus miembros a desembolsos económicos continuos.

⁷⁸⁹ A.M.V. Vecindad de Santo domingo dentro. Acta del 11 de junio de 1865. *"Todos los vecinos de esta Vecindad, asistiran el dia de festividad de la Calle con aquella decencia que Corresponde a todo acto de Vecindad"*.

⁷⁹⁰ VELASCO, L. Op. Cit. Fue Mayoral de su vecindad y luego alcalde y síndico de la ciudad. *"En días y circunstancias extraordinarias, las hemos utilizado con buenos resultados para muy diversos fines"*. Pág. 122.

⁷⁹¹ A.M.V. Libro de actas de la segunda vecindad de la calle de la Herreria. Junta de vecindad del dia 1-5-1808. *"se componen los treinta y nueve vecinos, viudas, moradores y sacerdotes que havitan en esta Segunda Vecindad de la Herreria"*. Podría servirnos como orientación del tamaño medio de una vecindad a primeros del XIX.

resultaba mucho más eficaz que cualquier otro intento de estructuración que intentaran las autoridades municipales. No hubo duda, pues, al contar decididamente con ellas desde la primera epidemia colérica. En 1832-34, ante la preocupación higiénica, franquean las puertas de sus vecinos en las inspecciones de la ciudad, quedando encargados de supervisar las conductas privadas de sus miembros.⁷⁹²

La imagen que doy de la organización vecinal es pues la de una estructura asentada, reconocida y valorada que cumple bien sus papeles. Éstos pueden agruparse en relación a los sucesos ordinarios y extraordinarios: referente a los primeros, su papel tiene que ver con el control de las formas sociales cotidianas; en cuanto a los segundos, su función es dar una respuesta organizada y rápida aunque no profesionalizada en situaciones de emergencia.

En su acción diaria he aludido a las formas en su acepción de externo, de envoltorio, pues los criterios de propiedad privada regían también para las vecindades.⁷⁹³ Lo que se controlaba es que la expresión externa del comportamiento fuera acorde con los valores que la sociedad entendía como correctos, interesaba la apariencia del vestido limpio y bien remendado, la asistencia a los rituales religiosos, la abstinencia pública de cualquier vicio o exceso..., en definitiva, la regla que dominaba era la hipócrita de que si lo parece lo es. Esta apariencia no deja de tener cierto paralelismo con la idea higienista de la ventilación aérea o del agua en movimiento constante: la finalidad era impedir la condensación de efluvios malolientes en el infantil pensamiento de que lo que no se percibe por los sentidos no existe.

La documentación de 1834 no acompaña, pero probablemente cumplieron con su labor de supervisar que las reformas de encañados y comunes que afectaban a las viviendas de sus respectivas vecindades

⁷⁹² A.H.P.ALAVA/47//25100: “*quedan encargados de velar sobre le puntual cumplimiento de estas disposiciones el Ayudante de Policia D. Julian de Celaya, los Mayorales de las vecindades y los inspectores de distrito*”.

⁷⁹³ Había una excepción que era el riesgo de incendio, por lo que se controlaba fehacientemente el número de fuegos en los hogares o el acúmulo de paja en las viviendas.

se realizasen. Probablemente también advertirían sobre los comportamientos individuales considerados por los médicos como predisponentes del cólera. Y, sin lugar a dudas, cumplieron con los enfermos y los muertos.

En la epidemia de 1855 la división de la ciudad en distritos sanitarios modifica el esquema de las vecindades, requiriéndose a las mismas que se adscriban a la división superior de parroquias o distritos y a las casas de socorro dispuestas en varios puntos de la ciudad. Pierden por tanto autonomía y se ponen a las órdenes de una autoridad profesional, la Medicina. Se les adjudica tareas concretas, por ejemplo se les dota de camillas⁷⁹⁴ para que, en caso de que algún vecino no pueda ser atendido en su casa, o por las condiciones de su estado, sea trasladado con ellas al hospital de Santiago. Durante la epidemia muchos vecinos fueron reacios a ser trasladados al hospital, ya que se iba a morir, pero la utilidad de las camillas debió ser bien valorada, porque se continuaron usando y renovando.⁷⁹⁵

Aunque mantienen su presencia en la inspección de la ciudad en esta epidemia de 1855, es el ojo y el olfato del médico el que escudriña los elementos de riesgo, que van a centrarse en el interior de las viviendas, territorio vedado hasta ahora y que a partir de entonces sólo estará a merced y alcance del médico y el practicante. La configuración de los partidos médicos y de la Beneficencia Domiciliaria dotará de este personal a la ciudad en número suficiente para examinar cotidianamente unos espacios que comienzan a escaparse a los mayores de las vecindades. Se les escapa doblemente: por un lado el control de la apariencia externa se objetiva

⁷⁹⁴ A.M.V. Libro de actas de la vecindad de la Plaza Nueva. 8-1-1855. *“Habiendose congregado los Sres vecinos en este dia prebio abiso por los Mayorales para hacerles ver por disposición del Sr Alcalde de esta ciudad, se contruyese una Camilla acosta de la vecindad para conduccion de enfermos al Sto Hospital [...] lo cual se hizo y se alla en poder de los Mayorales con los demas Efectos de la vecindad”*.

⁷⁹⁵ A.M.V., AA.MM. del 11/11/1868 (462 recto). *“...seis mil doscientos sesenta y cinco reales treinta céntimos á D. Florencio Martínez para pago de las treinta camillas para el servicio de las vecindades que ha ejecutado con arreglo á contrata”*.

y profesionaliza a manos de médicos y practicantes domiciliarios, que se adentran en los hogares y en los cuerpos; por otro, la ciudad intramuros crece por encima de las posibilidades de control de las vecindades con gentes ajenas a la estructura vecinal vitoriana, mientras que la nueva se desentiende de la histórica organización.⁷⁹⁶

Las vecindades continuarán perdiendo poder político, en cuanto que el Ayuntamiento asume las históricas y más valoradas funciones de protección de aquéllas con servicios estables de bomberos y policía; poder económico, en cuanto que sus bienes son enajenados víctima de desamortizaciones; y poder social, en cuanto que una paulatina mayoría popular, fundamentalmente inmigrante, es ajena a su funcionamiento y objetivos.

Así pues, sólo el médico continuará con la visita domiciliaria al hogar del pobre y menesteroso, vigilante sobre las costumbres diarias, perpetuador de un esquema social que a finales del siglo comienza a pivotar hacia la problemática obrera. Con el paso al siglo XX, la higiene básica -doméstica y corporal- en un sentido de limpieza, tras décadas de vigilancia y control y apoyada por las mejoras en la canalización de agua corriente a los hogares o la implantación de inodoros, perderá paulatinamente protagonismo. El nuevo concepto de higiene sanitaria se desviará hacia la inculcación de las ventajas de la desinfección y la esterilización, especialmente en la lactancia, lo que dará lugar al primer gran exceso de la higiene: la tendencia a la supresión de la lactancia materna en las clases sociales acomodadas. El alcohol seguirá siendo inmoral, pero ahora para la religión del trabajo capitalista, mientras que la sexualidad irá recluyéndose en la legalidad del orden fabril, de la seguridad de una vivienda, del pecado católico y de la disminución del contingente militar. Y, sobre todo ello, estará la vigilante visita domiciliaria de médicos y practicantes.

⁷⁹⁶ Las vecindades están en peligro de extinción y la prueba más evidente estará en esta ciudad nueva: mientras todavía el primer ensanche de finales del XVIII y de 1821 recrea las estructuras vecinales, el ensanche definitivo de la segunda mitad del XIX les da rotundamente la espalda.

A la par del declive de la organización vecinal, el ayuntamiento vitoriano reordena la Beneficencia Pública creando seis plazas médicas (cinco de número y un supernumerario) en la ciudad,⁷⁹⁷ otras cinco para los pueblos de su jurisdicción⁷⁹⁸ y cuatro plazas de practicante.⁷⁹⁹ En sus reglamentaciones se les encarga que cuiden “*en sus respectivos distritos de estudiar las causas de insalubridad y medios de evitarlas, dando conocimiento á la expresada Comisión*”,⁸⁰⁰ se les encomienda especial vigilancia para las enfermedades potencialmente epidémicas o contagiosas⁸⁰¹ y se regula el control vacunal. Como motivación, el Ayuntamiento les oferta recompensas honoríficas si presentan por escrito propuestas “*para mejorar todo cuanto pueda perjudicar á la salud*”⁸⁰² en las dos reuniones anuales del cuerpo facultativo. Es interesante también la autoridad con la que se les inviste: “*Cuando alguno de los enfermos pobres ó sus familias se oponga al cumplimiento de las prescripciones facultativas [...] ó faltaran él ó su familia á las consideraciones sociales que merece todo médico en el ejercicio de su profesión, el Titular suspenderá la visita, dando cuenta á la Comisión para que ésta tome las medidas que crea oportunas*”,⁸⁰³ tales como la expulsión del censo de pobres y, en consecuencia, la pérdida del derecho gratuito de asistencia. Si los Mayorales de las vecindades tenían en su mano un arma de coacción efectiva para estimular el acatamiento de las normas sociales y morales, como era la capacidad de otorgar el

⁷⁹⁷ AYUNTAMIENTO DE VITORIA. *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal de la ciudad de Vitoria*, Imp. de Elías Sarasqueta, Vitoria, 1884.

⁷⁹⁸ En 1896 vuelve a reorganizarse, en la ciudad serán seis médicos de número y un supernumerario mientras que en los pueblos se baja a tres médicos. AYUNTAMIENTO DE VITORIA. *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal de Vitoria*, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1896.

⁷⁹⁹ AYUNTAMIENTO DE VITORIA. *Reglamento para los practicantes de la Beneficencia Municipal de la ciudad de Vitoria*, Imp. de Elías Sarasqueta, Vitoria, 1884.

⁸⁰⁰ *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal...*, 1884, pág. 8.

⁸⁰¹ Se mantienen las dos expresiones, pero es dudoso que se utilicen en el sentido de primeros de siglo en relación a la transmisibilidad aérea o de contacto.

⁸⁰² *Ibidem*.

⁸⁰³ *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal...*, 1896, pág. 5.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

derecho de vecindad, el médico se arropa de otras para el mismo fin, pues para esas fechas ya pocos comportamientos cotidianos escapan a ser evaluados desde la sospecha patológica.

Conclusiones

Conclusiones.

Ante condiciones favorables, como sucedió en Europa durante el siglo XIX, el cólera es una enfermedad de fácil transmisión y diseminación que le permite expandirse de manera epidémica y pandémica. El relato de los coetáneos de aquellas epidemias, que podrían confundirse perfectamente con el de la peste negra, y el determinismo de las revisiones históricas contemporáneas insistiendo en la pervivencia, en la Europa del XIX, de unas intemporales condiciones higiénico-sanitarias prebacterianas que explican el cólera como algo casi inevitable, sitúan a aquellas epidemias en un contexto de apariencia lejano y totalmente superado hoy día. Y, si embargo, el cólera tiene plena vigencia y actualidad en amplias regiones del planeta constituyendo una amenaza potencial para el resto, de lo que deja constancia el hecho de que se incluye dentro del grupo de enfermedades de declaración obligatoria por la O.M.S.

Desde su redil en las llanuras y delta del Ganges en aquellas epidemias del ochocientos a la actualidad, el vibrión colérico ha colonizado de manera estable el sudeste asiático, y vastas zonas de

América y África subtropical, en los que se presentan cíclicos brotes de carácter endémico.

El actual conocimiento de la fisiopatología y epidemiología del cólera permite corregir de forma eficiente los determinantes de salud implicados en su aparición y propagación en países con mínimas estructuras de desarrollo técnico y económico, si bien la fragilidad de estas medidas en algunas naciones les hacen susceptibles de padecer verdaderas epidemias en contextos de crisis -como los desastres naturales- y, en cualquier caso, no suponen una garantía de inmunidad ni siquiera en los países más desarrollados, pues resulta imposible poner fronteras al cólera.

Este conocimiento sobre el cólera tiene unos orígenes remotos, considerándose que algunas descripciones hipocráticas pudieran aludir al cólera del Índico, aunque sólo adquiere protagonismo en la literatura científica a partir de las invasiones europeas del siglo XIX. Aunque Snow vinculó el cólera con el suministro de agua en 1849, ello apenas incidió en los mecanismos de profilaxis, siendo la fecha de corte para una lucha efectiva contra la enfermedad el descubrimiento del agente biológico causal en 1883, si bien la epidemia entonces en curso no se vio todavía beneficiada -como tampoco con la vacuna ensayada por Ferrán en 1885-, finalizando el siglo con esquemas de respuesta que, en lo básico y fundamental, llevaban desde la primera epidemia manifestándose como inútiles.

Efectivamente, desde la primera gran experiencia pan-europea con el cólera -en propiedad la segunda pandemia iniciada en 1829- se articuló una respuesta basada en las teorías higienistas prebacterianas que, útiles en otras enfermedades, no acertaron a atacar los elementos implicados en la cadena epidemiológica del cólera.

En Álava, la llegada de esta primera epidemia aconteció unos meses después de iniciarse la primera guerra carlista por lo que, dividida la provincia y rota la estructura administrativa, la información recogida sobre los efectos de la epidemia resultó muy reducida y parcial. A esa limitación se unirían los errores diagnósticos y el ocultamiento voluntario de casos, amén de los intereses económicos,

políticos y militares para no declarar la epidemia en algunas zonas o en determinados momentos, que son constantes en los estudios sobre el cólera. Estas mismas limitaciones plasmaron una extensión geográfica de la epidemia por Álava muy reducida respecto a lo que conoceremos en los siguientes embates del cólera, minimizándose así la percepción del impacto de la epidemia tanto entre los cronistas del XIX como entre los investigadores más actuales.

Tal es así que incluso encuentro estudios demográficos del periodo que ni siquiera tienen en cuenta la epidemia colérica de 1834, y los que la señalan apenas lo hacen en la idea de un artefacto demográfico menor, reduciendo a la unicausalidad bélica del conflicto carlista la evidente depleción en las curvas demográficas de población, fecundidad o nupcialidad. Y sin embargo, la curva de mortalidad del decenio 1830-1839 ofrece un sobresaliente pico en el año 1834 claramente superior a la mortalidad media de los años bélicos; además, un 72,5% de la mortalidad de ese año se concentra en la segunda mitad del mismo, dentro de la temporalidad conocida de la epidemia de cólera, con un índice Dupâquier de 7,94 que representa una mortalidad de magnitud fuerte.

Con este punto de partida de nula confianza en las cifras manejadas hasta el momento, se planteó una revisión indirecta de la totalidad de las localidades alavesas a través de los registros parroquiales de defunciones, partiendo de la hipótesis de que la sobremortalidad acaecida durante parte del verano y otoño de 1834, ponderadas las acciones bélicas de importancia conocidas y minimizadas otras variables, como el hambre, debían obedecer a causas extraordinarias que, en ese periodo y estacionalidad, hubieron de estar necesariamente relacionadas con el cólera.

Estudio estadístico a partir de la mortalidad sacramentada.

Sin embargo, aislar las dos variables extraordinarias que interfieren con el cólera ese año, guerra y hambre, es una cuestión imposible, lo que me ha obligado a perseguir un objetivo más operativo: el de tratar de demostrar que la mortalidad atribuible al

conflicto bélico y al hambre hubieron de ser mayores entre 1835 y 1839 de lo que pudo haber sido en 1834; e igualmente que no constituyeron variables relevantes en los años previos 1830-1833.

Las conclusiones alcanzadas a partir de la revisión bibliográfica y de las gráficas de mortalidad elaboradas para este fin determinan que el hambre, como posible elemento perturbador en la mortalidad, juega un papel muy secundario en 1834, probablemente mayor que su peso ordinario en el intervalo 1830-1833 pero muy inferior al que tendrá en los años siguientes, 1835-1839, en relación al aumento de la intensidad bélica y al descenso evidenciado de la producción y distribución. Igualmente, la baja intensidad del conflicto carlista durante 1834, junto al mal registro de la mortalidad bélica fuera de los entornos locales de los fallecidos (ejecuciones, por ejemplo) -lo que hace que apenas se perciban perturbaciones en la curva de mortalidad en torno a las fechas de las acciones bélicas más importantes-, me lleva a concluir también que la mortalidad atribuible a la guerra fue menor en 1834 que en los años siguientes del conflicto. Finalmente, algunas causas ordinarias de muerte, como la vejez o la enfermedad, se ven reducidas durante las crisis epidémicas ya que éstas producen un adelantamiento de su fallecimiento, lo que es perceptible por ejemplo en el descenso de la mortalidad en 1835, en pleno apogeo bélico. Luego puede señalarse igualmente que las causas ordinarias de mortalidad tienen también menor peso específico en 1834 -durante el cólera- que en el resto del decenio (excepto 1835).

Por tanto, la sobremortalidad de 1834 por encima de la media del decenio 1830-39 sin contar el año a estudio, puede atribuirse al cólera con suficientes garantías como para utilizar un sistema de contabilidad indirecta como el que había propuesto.

No obstante, se ha pretendido ser aún más restrictivo relacionando la mortalidad de ese periodo de 1834 con el promedio de los restantes años del decenio teniendo en cuenta la desviación estándar de cada uno de ellos, siguiendo por tanto la fórmula propuesta por Dupâquier, así como atendiendo al periodo seguro de cólera -entre agosto y noviembre-.

A partir de esos resultados se procedió a clasificar las distintas localidades alavesas en función de la probabilidad de que hubieran sido invadidas o no por el cólera, aumentando aún más el filtro a partir de unos criterios de validez que han buscado primar la sensibilidad sobre la especificidad, tratando de determinar los verdaderos positivos aun a riesgo de perder localidades dudosas. Estos criterios han sido los siguientes: Constatación documental de casos de cólera en dicha localidad, o índice de Dupâquier superior a 1 para la mortalidad de 1834 en dicha localidad y que al menos un 45% de la mortalidad de ese año esté concentrada entre los meses seguros de cólera (agosto y noviembre).

Se obtuvieron resultados de 442 parroquias que se corresponden con 405 localidades existentes en 1834 y 390 del nomenclátor actual de Álava (un 91,3%), a las que sumé el caso de Peñacerrada en la que, documentándose la presencia de cólera, es una de las 37 poblaciones de las que no se cuenta con registro de defunciones.

Aplicando los criterios de validación propuestos, se obtuvo que de las 406 localidades analizadas un 36%, 145 localidades, cumplieron con dichos criterios. De ellas se marcaron 28 localidades en relación al claro o completo predominio de defunciones masculinas en el periodo de agosto a noviembre -que pudieran indicar una causa bélica-, o bien porque la curva diaria no evidenciaba un pico sugerente de mortalidad epidémica.

Como era de esperar, los casos positivos copan la mayor parte de la mortalidad, tanto absoluta como relativa. De las 3.869 defunciones registradas en Álava durante 1834, el 65% se halla en poblaciones que cumplen los criterios; porcentaje que asciende al 72% si lo referimos al periodo seguro de cólera en Álava (agosto-noviembre).

La buena correlación entre los casos positivos mediante la documentación y los positivos estadísticos sirve de validación para la metodología empleada.

Se ha estimado que al menos 145 localidades alavesas fueron afectadas por la epidemia, frente a las aproximadamente 38

documentadas hasta ahora, lo que confirma la hipótesis de que la guerra carlista influyó notablemente en el mutismo de numerosas localidades. Aunque buena parte de los fallecimientos se corresponden con localidades ya documentadas -Vitoria p. ej.-, se confirma el mal registro de las defunciones por cólera durante y después de la epidemia, aunque con desigual grado de fiabilidad.

Proporcionalmente, el predominio de pequeñas aldeas entre las localidades estudiadas ha supuesto manejar, en esas poblaciones, mortalidades muy reducidas sobre las que no se ha podido utilizar criterios como los de género o la curva gráfica en la forma inicialmente prevista.

Las defunciones por cólera en Álava en 1834 deben situarse como mínimo en 1.166 muertes frente a las aproximadamente 400 que se registraron inicialmente.

Aunque la mortalidad absoluta propuesta para Álava no suponga en su conjunto una catástrofe demográfica, existe una gran disparidad en su impacto a nivel local, destacando que cinco localidades, según la fórmula de Dupâquier, sufrieron durante 1834 una crisis de mortalidad de intensidad importante o mayor (Onraita, Salvatierra, Gaceo, Sabando y Ariñez), 27 de intensidad fuerte, 55 de intensidad media y el resto de intensidad menor.

Salvatierra sería el pueblo con mayor impacto demográfico, ya que se sitúa en el segundo puesto tanto por la intensidad de la mortalidad como por el valor absoluto de la misma, seguido de Santa Cruz de Campezo y, ya con intensidades de carácter fuerte, las localidades de Zambrana y Labastida destacan sobre el resto. Como suele ser habitual en nuestra provincia, los sucesos de Vitoria quedan magnificados en la documentación y por quienes hacemos uso de ella, y, aunque efectivamente es la localidad con mayor mortalidad absoluta, su índice de 2,98 le sitúa en el puesto 53 del listado, con una intensidad de la mortalidad de carácter medio, por debajo incluso de la media provincial con un índice de 4,33.

En su conjunto, las nuevas cifras propuestas orientan a la necesidad de abrir un debate sobre la influencia de la epidemia de

cólera de 1834 en la evolución demográfica de la provincia durante el siglo XIX. Sobre todo en el segundo tercio del siglo, es decir, entre los censos de referencia más utilizados de 1825 y 1857, tomando en mayor consideración el factor epidémico frente al clásico del conflicto carlista.

Estudio estadístico a partir del estadillo de Vitoria.

De entre los registros de invadidos por el cólera existentes, el realizado por el ayuntamiento vitoriano para su zona urbana (realiza otro para los pueblos de su jurisdicción) es el que reúne mejores condiciones para su estudio, permitiéndonos un acercamiento a cuestiones de morbilidad. No obstante, no es un registro fiel de lo acontecido, pues responde en esencia a un interés fiscal que sólo anotaría los casos que suponen un gasto extraordinario a las arcas de Ayuntamiento. Así, encontraremos en falta la inclusión de vecinos acaudalados o bien los considerados pobres de solemnidad.

En consecuencia, no es una muestra fidedigna y los resultados obtenidos de su análisis no pueden extrapolarse directamente al conjunto vitoriano. Pero es lo único con lo que se cuenta para realizar un acercamiento a cuestiones epidemiológicas y de morbilidad.

La relación conservada recoge 114 casos de afectados por el cólera entre el 15 de agosto y el 20 de noviembre, de los cuales 62 aparecen también como fallecidos, un 54%, siendo la duración media entre la entrada en el estadillo y la defunción de 1,39 días, si bien la mediana es de 1 día, con treinta casos que fallecen al día siguiente de ser anotados en el registro. Más llamativo aún es que quince fallecen el mismo día de su entrada.

Hay un claro predominio femenino, llegando a ser casi el doble entre los fallecidos, lo que resulta excesivo en relación a otras series de cólera clásico que hablan de ligera sobremortalidad femenina.

La edad se muestra claramente como factor de mal pronóstico: un 25% de mortalidad en los menores de 15 años, 34,3% en el grupo entre 16 y 30 años, 53,3% en 31-45, 76% para el grupo 46-60, y

finalmente un 100% de fallecimientos en los mayores de 61 años que resultan infectados. Esto confirma que efectivamente se produjo una anticipación en el fallecimiento de ancianos que, de no haber sido por el cólera, engrosarían la mortalidad de 1835 por causas ordinarias.

Las gráficas extraídas de este estadillo muestran una línea de ataque muy larga que cuadra bien con la idea de varios focos poco importantes cuantitativamente, lo cual relaciono con la aparición de casos aislados importados y con la peculiaridad del abastecimiento de agua en Vitoria a través de centenares de pozos abiertos en la colina medieval.⁸⁰⁴ Apoya también esta idea la distribución de los picos por calles, ya que no concuerdan con el global de la ciudad en octubre. Así, considero que estos focos a partir de casos importados comenzarían a generar contagios a pequeña escala modificando la tendencia de la mortalidad global desde julio -claramente en agosto-, pero que no llegan a generar un brote epidémico llamativo antes de septiembre, mes en el que bien por la natural progresión de estos primeros contagios, o más probablemente por un solapamiento de la verdadera ola epidémica que se desplaza desde el Ebro, evidencia ya el estado de epidemia generalizada cuyo pico se alcanzará en la primera quincena del mes de octubre.

Análisis de los márgenes temporales de la epidemia.

En los resultados obtenidos se manifestó un cambio de tendencia en la mortalidad a partir del mes de julio con un paulatino aumento de los fallecimientos hasta el pico de octubre, seguido de un descenso que todavía en diciembre se mantiene por encima de la primera mitad del año. Esta secuencia temporal no encaja en la idea asumida de que el cólera invadió la provincia por la línea del Ebro a partir de finales de agosto y, por contigüidad, fue atravesando el resto del territorio, lo que ya había puesto en duda al señalar que Vitoria

⁸⁰⁴ Aquellas poblaciones que contaban con diferentes suministros de agua para el consumo, en general las localidades más grandes, tuvieron más oportunidades de no generalizar la epidemia frente a aquellas más pequeñas que contaban con una única fuente común que, de contaminarse, provocaba contagios generalizados.

declara casos quince días antes que Labastida. Además, llamaba la atención sobre la peculiaridad de la curva de mortalidad de Vitoria, que muestra un largo periodo de ataque que no se corresponde con un debut epidémico de contagios masivos, del tipo holomíantico, pero sí con un inicio insidioso a partir de contagios reducidos provenientes de casos importados.

Esta distorsión llevó a la necesidad de plantearse mecanismos complejos en la propagación de la enfermedad, que yo he propuesto explicar mediante la consideración de dos velocidades en la invasión del cólera en la provincia: se darían dos invasiones, una temprana que disemina casos importados aislados a algunas poblaciones desde julio, especialmente a Vitoria como centro militar y comercial, a partir de los cuales se producirían contagios puntuales iniciándose una lenta progresión de la epidemia en varias direcciones; y una tardía de carácter claramente epidémico que, efectivamente, venía desde el sur y se propagó por contigüidad, llegando a las poblaciones bañadas por el Ebro a finales de agosto o primeros de septiembre provocando contagios masivos y picos epidémicos rápidos (20 localidades tienen pico de mortalidad en agosto y 28 en septiembre). Finalmente, ambas líneas confluirían sinérgicamente en la mayor parte de la provincia durante el mes de octubre (85 localidades en pico) para perder intensidad durante el mes de noviembre (23 localidades), aunque persistirían aún casos durante diciembre (6 pueblos en pico).

Análisis de la distribución geográfica de la epidemia.

Descriptivamente, las localidades positivas a cólera en el estudio previo se distribuyen prácticamente por todo el territorio provincial (sólo nueve municipios no presentan casos positivos), si bien no lo hacen de manera uniforme. Es llamativa la condensación de casos en torno a Vitoria que mantiene continuidad hacia el norte, en clara relación con el camino hacia Guipúzcoa, y hacia el noreste, en este caso tanto por el camino real hacia Navarra como por la ruta de las poblaciones sobre el río Zadorra, principal arteria fluvial de la provincia. Destaca también la relativa concentración de poblaciones

positivas al este, zona montañosa y mal comunicada con Vitoria pero de intensa actividad bélica. Al sur y suroeste de la provincia los casos se producen, con excepciones importantes, en las localidades ribereñas al Ebro sobre el camino a Logroño, no quedando bien marcada una continuidad entre esta área y la central de Vitoria, tanto por el camino desde Miranda como por la ruta del vino desde Lapuebla de Labarca, dispersándose los casos a medida que nos alejamos del Ebro o siendo dudosos. Al oeste la concentración en la zona de Valdegobía hay que tomarla con prudencia dado el predominio de casos dudosos. El noroeste destaca por presentar casos más aislados, tanto en la zona de Ayala como sobre la línea entre ésta y Vitoria; si bien los casos positivos se ajustarían al camino hacia Vizcaya de no ser por la importante solución de continuidad que supone Amurrio. Finalmente, la franja más septentrional, de predominio montañoso, apenas presenta casos.

Posee cierta relevancia la distribución de casos sobre las cuencas hidrográficas, ya que la cuenca del norte o no tiene casos o éstos son muy dispersos. Sin embargo, a pesar del estrecho vínculo del cólera con el agua, no puede hacerse tal reducción en este caso, pues aquella área tiene otros elementos de interés epidemiológico como es un hábitat disperso en caseríos aislados que podría haber actuado como factor de protección por encima de la potencial influencia de las cuencas hidrológicas.

En este sentido, las vías de comunicación terrestre y los hábitat concentrados aparecen más claramente como influyentes que los ríos, lo que resulta acorde con el actual conocimiento de la importancia determinante que posee la densidad de población en la propagación de epidemias como el cólera, donde el principal reservorio es el hombre y los medios de transmisión, tanto directa como indirectamente, dependen esencialmente de su actividad.

Análisis de la nupcialidad, fecundidad y mortalidad infantil.

La cifra que barajo de 1.166 defunciones achacables a la epidemia son un mínimo y referido al espacio de cuatro meses, entre

agosto y noviembre, lo que confiere al cólera un impacto demográfico directo en Álava mayor que el representado por la guerra civil. No obstante, es evidente que estas cifras de mortalidad directa no son cuantitativamente devastadoras en el conjunto provincial, o por lo menos no tanto como para influir decisivamente y por sí solas en un cambio de tendencia demográfico a medio o largo plazo. Pero tampoco las cifras directas atribuidas a la guerra lo son y, sin embargo, mientras que al cólera de 1834 no se le presta ninguna atención -bien es cierto que sobre la contabilidad de 400 fallecimientos- a la guerra se la ubica como única causa explicativa del bocado que presenta la pirámide poblacional alavesa esos años, aún cuando la deplección se inicia un poco antes de iniciado el conflicto.

La explicación a la importancia de la guerra carlista no proviene de sus cifras de mortalidad directa, o por lo menos no sólo, sino sobre todo de su repercusión sobre el hundimiento de las tasas de nupcialidad y fecundidad, lo que me indujo a estudiar esos aspectos sobre las cuatro poblaciones mayores de Álava y analizarlos teniendo en cuenta también la variable del cólera.

Según mis resultados, no existe uniformidad en el comportamiento de la nupcialidad en las localidades a estudio y su desplome no se mantiene durante toda la contienda, sino que es eminentemente inicial. La curva durante el decenio tiende a ser una V en todas las localidades, presentándose los valores más bajos entre 1834 y 1835 pero iniciándose el descenso con anterioridad al estallido bélico, en más que probable relación a la reducción del contingente fértil heredado de la generación hueca de la guerra de independencia. Así, la propia dinámica poblacional se presenta como la más importante variable demográfica explicativa de la nupcialidad durante los años del largo conflicto carlista, por encima incluso de la propia guerra. Y por supuesto del cólera, que probablemente fue un factor menor en la retracción de la nupcialidad, dada la corta duración de la epidemia.

A diferencia de los matrimonios, parece claro que en el desplome de los nacimientos la variable más decisiva es la guerra en

cuanto que la natalidad mantiene tasas bajas a lo largo del conflicto, lo que unido a la recuperación de los matrimonios determina claramente la caída de la fecundidad. Respecto al cólera, su brevedad en el tiempo no permite ver un potencial impacto directo sobre los nacimientos, siendo el impacto diferido apenas intuido a los nueve meses del mes álgido de la epidemia, octubre del 34, y sólo en Vitoria, ciudad donde, por otra parte, se constata un incremento del número de expósitos durante la duración de la epidemia. No obstante, en el conjunto del decenio el aumento del abandono está ligado al conflicto bélico, donde probablemente buena parte sería debido al efecto colateral de la vida social militar ligada a prostitución e ilegitimidad.

Si la caída de la tasa de fertilidad tiene a la guerra como su mejor elemento explicativo, el cólera por su parte sumaría su efecto sobre la generación hueca, evidenciada para los nacidos en el decenio 1832-1842, a partir de la importante mortalidad infantil que se le atribuye, lo que desgraciadamente no puedo establecer de manera objetiva para Álava por la ausencia de datos. Indirectamente he aludido a datos vizcaínos que establecen una manifiesta influencia del cólera sobre la mortalidad infantil, siendo el grupo más afectado por la epidemia del 34 el de 1 a 4 años, lo que destaco señaladamente porque esa peculiaridad explicaría por qué el inicio del bocado en la pirámide de población se inicia con anterioridad al estallido de la guerra y al descenso de la natalidad a causa de ésta.

Luego con las debidas reservas, a la espera de poder constatar también en Álava este comportamiento de la mortalidad infantil durante la epidemia de 1834, considero plausible mantener la hipótesis de que el cólera tuvo un papel destacado en el inicio de la generación hueca y que, en modo alguno, puede reducirse su conformación sólo a la causalidad bélica.

Comparativa de la epidemia de 1834 con la de 1855.

Frente a las 1.166 víctimas -aunque sean un mínimo- que barajo para la epidemia de 1834 en Álava, la mortalidad atribuida a la de 1855 vendría a duplicar esa cifra, dejando claro en términos de

mortalidad bruta que el cólera de 1855 fue más devastador. Sin embargo, han de matizarse estas cifras, ya que tanto la duración como la extensión geográfica de ambas epidemias fueron diferentes, y aunque la población total de la provincia no variara mucho entre 1834 y 1855, sí lo hizo su distribución, por lo que desde una óptica local sería exagerado ceder todo el protagonismo a la epidemia de mediados de siglo. En cuanto que la epidemia de 1855 duró siete meses mientras que en el estudio estadístico de 1834 se han contabilizado cuatro y sobre todo, porque 688 defunciones registradas en 1855 se dan en localidades consideradas como no afectadas en 1834, puede considerarse que en términos relativos el efecto de ambas epidemias sobre la mortalidad están más equilibrados de lo que sugieren las cifras totales. El ejemplo más visual sería Vitoria que, a pesar del crecimiento poblacional tras la crisis bélica, presenta una mortalidad prácticamente idéntica: 233 fallecidos contabilizados por Roure en 1855 y 231 calculados estadísticamente para 1834.

Crónica de la epidemia.

La amenaza del cólera había despertado un enorme interés dos años antes de su invasión efectiva en el verano de 1834. Desde abril de 1832, ante la llegada del cólera al sur de Francia amenazando la frontera con Guipúzcoa, se produjo una temprana reacción de las autoridades políticas, tanto de Diputación como de algunos ayuntamientos, con discursos, bandos y normativas, pero, sobre todo, con acciones directas y urgentes sobre aquellos elementos que se consideraban predisponentes o facilitadores de la aparición del mal. En Vitoria y Laguardia, por ejemplo, se procede a inspeccionar la urbe en busca de zonas insalubres desde el punto de vista del higienismo miasmático dominante.

La tensión aumentó aquel año con la llegada del verano, pues en Lapuebla de Labarca dio comienzo un brote epidémico del que se sospechó que pudiera ser cólera. La movilización es patente en la documentación, enviando a médicos y recogiendo pormenorizados informes de cuanto sucedía. Finalmente etiquetada vagamente como

“*Fiebre mucoso-nerviosa*”, se dio por finalizada la crisis al inicio del verano siguiente.

Tras el estío, un asunto más grave copó todas las preocupaciones alavesas hasta hacer enmudecer cualquier otra cuestión. Había estallado la anunciada guerra civil por la sucesión al trono.

Esta circunstancia será decisiva en el discurrir del cólera, pues las estructuras administrativas de la provincia estaban esencialmente concentradas en Vitoria, y ésta quedó desligada de la mayor parte del territorio alavés. Por tanto, durante el resto de 1834, el gobierno provincial oficial apenas tuvo un alcance efectivo más allá de Vitoria y el corredor del Camino Real. El resto de la provincia, bajo la tutela de los sublevados, quedó durante ese año sin ningún tipo de estructura administrativa o política que asumiera el control de la epidemia, factor explicativo del reducido aporte documental que generó el cólera de 1834 en Álava. Lo mismo sucederá con la Junta Superior de Sanidad de Álava, que teóricamente debía asumir el papel de referente provincial durante la epidemia; pero creada a finales de julio en Vitoria y a exhortación del comisario regio, en la práctica tuvo un valor testimonial fuera de Vitoria y su inmediato entorno.

La principal consecuencia de esta ruptura fue la del abandono de la mayor parte de la provincia a su suerte, contándose apenas dos ejemplos en los que la Junta Superior envió recursos sanitarios a zonas bajo control carlista, a Labastida y a Santa Cruz de Campezo. Y en cualquier caso siempre en función de las necesidades de Vitoria y de las reticencias de los profesionales sanitarios para adentrarse en territorio bajo control rebelde.

Documentalmente no se muestra una preocupación clara hasta el 21 de julio, fecha en la que el comisario regio informa de que el cólera ha invadido Madrid y señala la necesidad de crear ya en Álava una Junta de Sanidad Provincial. La respuesta burocrática para la conformación de las Juntas es inmediata, pero esta aparente celeridad no debe ocultar que es tardía, y la diferencia con la previsión de 1832 evidente. La provincia crea cordones sanitarios tratando de aislarse por los límites con Burgos y La Rioja del peligro que teóricamente

estaba atacando a Madrid pero, para esas fechas, es más que probable que Vitoria ya hubiera importado casos aislados de cólera y estuviera corriendo el riesgo de incubar un brote a tenor de las graficas de defunción utilizadas.

Como única puerta de entrada a la provincia desde la meseta se declaró la de Miranda de Ebro, forzando al paso por ella a todo viajero que se localizara en las poblaciones cercanas, solicitándose al menos a Salinillas, Zambrana, Armiñón y Peñacerrada que rechazaran los viajeros procedentes de Rioja y Castilla y los desviarán hacia Miranda. A quienes se les facilitaba el paso eran conducidos directamente a una casa de observación abierta a extramuros de Vitoria, en la dehesa del Prado, donde obligatoriamente todo viajero habría de sufrir cuarentena.

Con evidente lentitud, trece días después de la exhortación del comisario regio, la ciudad de Vitoria publica un bando con diversas ordenanzas en línea a lo publicado dos años antes. El discurso no es muy diferente al de 1832 en cuanto al planteamiento higienista, pero el cambio de tono es palpable. Lo que en aquel año eran recomendaciones pasaron a ser obligaciones y la entonces posibilidad de multas se formaliza y concreta en cantidades individuales para cada uno de los artículos, lo que evidencia una percepción del riesgo inmediata.

Unos días después los acontecimientos se aceleran, Logroño y Burgos capital declaran la enfermedad en un claro sentido epidémico, estimulando una huida de su población que satura los centros de control alaveses a la vez que dificulta el control del cordón. Quizá tratando de frenar la llegada de tanto huido desconocido a una ciudad liberal-conversa que, militar y políticamente, se sentía rodeada, Vitoria declarará los primeros casos graves en la ciudad apenas una semana después de Burgos, el 15 de agosto. A pesar de ello, se niega a levantar los cordones sanitarios en contra de la Orden de supresión del 24 de agosto, y los mantendrá al menos hasta primeros de septiembre. Un aparente sinsentido salvo que pensemos en los foráneos como riesgo político y militar, en lugar de sanitario y social.

Vitoria registra en su estadillo un pequeño goteo de fallecidos por cólera el resto del mes agosto (el 16, el 21, el 24 y el 27) muy por debajo de lo que señalan los registros de defunción total, quizá todavía pretendiendo salvar los cordones. A últimos de mes, la línea del Ebro está completamente invadida por la ola epidémica.

Nadie de la Junta Local de Vitoria y menos de la Superior de Sanidad acude a averiguar *in situ* lo que sucede fuera de los muros de la ciudad. Según la documentación, todo el conocimiento que poseen de lo que sucede en los pueblos proviene de cartas, enviadas en general por los párrocos de las aldeas de la jurisdicción vitoriana.

La estampa trágica de los pueblos alaveses ajenos al control gubernamental la ofrece Labastida a primeros de septiembre, que no duda en clamar ayuda a la Junta Superior de Sanidad, teóricamente con la competencia provincial, por encima de las disensiones políticas. Desde Vitoria se mandan un médico y un cirujano, pero apenas unos días después son reclamados por la Junta Local de Sanidad de Vitoria ante el aumento de la epidemia dentro de la propia ciudad. Esta Junta, en cuanto reúne a la plantilla completa de sanitarios, les prohíbe salir de la ciudad so pena de quedar privados de su plaza.

A lo largo de septiembre los casos van en aumento. No está claro el recorrido geográfico de la oleada epidémica, pues desde su potencial entrada por la línea del Ebro no hay una continuidad definida hacia Vitoria, ni por el camino de Castilla ni por la ruta del vino, o por lo menos no tan nítida como la que se ve desde la capital hacia el norte por el camino de Francia y hacia el oeste por el camino a Navarra y el río Zadorra. Pero es evidente que al finalizar ese mes el cólera ya había alcanzado todos los extremos de la provincia.

Durante septiembre, la vía epistolar de las aldeas de Vitoria con el Ayuntamiento, que todavía se mantiene, incorpora verbalizaciones de abandono en boca de sus párrocos. En acción ridícula dadas las circunstancias, el Ayuntamiento de Vitoria, casi dos meses después de publicar las ordenanzas contra el cólera para la ciudad, emite un bando a los pueblos el 25 de septiembre, ya muy avanzada la epidemia por su jurisdicción, de enfoque claramente rural con alusiones a la práctica

agroganadera. Lo que no es sino una nueva constatación de la dificultad de los regidores para ver más allá del ombligo de Vitoria.

Unos días después es el silencio el que documenta: la única alusión al cólera es la contenida en el estadillo de Vitoria; el correspondiente a los pueblos enmudece, tampoco llegan cartas ni ninguna otra documentación a la Junta de Sanidad o al Ayuntamiento de Vitoria. Éste último se encuentra enterrando una decena de vecinos por día.

Pero no es sólo Vitoria. Por mucho que sea ésta la que constata mejor sus víctimas, el mes de octubre -especialmente su primera quincena- es el periodo álgido de la epidemia en la mayor parte de la provincia según el estudio previo sobre la mortalidad. Y es precisamente en el medio rural, tal como apreciaba al comparar los índices Dupâquier de las localidades estadísticamente positivas a los criterios de cólera, donde se dan las mayores intensidades de mortalidad.

A medida que se adentró el otoño la situación fue mejorando, aunque aún se registran numerosos picos durante el mes de noviembre. El día 20 Vitoria da la última entrada en su estadillo, lo que se ha tomado oficialmente como el fin de la epidemia para toda la provincia; no obstante, aún se registra una sobremortalidad durante el mes de diciembre susceptible de ser interpretada desde el cólera; incluso la propia Vitoria habla de algunos casos de diarrea en la ciudad.

Por tanto, si habría que buscar alguna fecha de fin de la epidemia, probablemente sea más cercana a la realidad la reunión celebrada el 10 de diciembre por la Junta Superior de Sanidad declarando que el estado sanitario de la ciudad es satisfactorio.

Análisis de los determinantes de salud.

A lo largo de todo el estudio he insistido pesadamente en el excesivo seguidismo que los historiadores han mostrado en sus acercamientos hacia el cólera con las referencias legadas por los

coetáneos de las mismas, llamando la atención de manera singular por cuantos argumentos de corte higienista enarbolaron los teóricos del XIX para hablar de la causa, la predisposición, la profilaxis e incluso la cura del cólera.

Mi punto de partida fue entender que si las medidas tomadas por aquellos no lograron frenar mínimamente la expansión del cólera, fue por su inutilidad práctica frente a la misma. Por tanto, por mucho que tengan sentido desde nuestra actual concepción de lo sanitariamente correcto y colateralmente tuvieran su eficacia frente a otras enfermedades de no menor importancia (viruela o tuberculosis, por ejemplo), no puede reconocerse, hablando del cólera, que las medidas sugeridas o practicadas durante sus embates fueron beneficiosas para el control de la enfermedad o, lo que es más habitual pero aún más erróneo, que la ausencia de tales medidas era la responsable de la aparición de la epidemia.

En virtud de ello procedí a incorporar una revisión, con vocación de analizar qué elementos realmente pudieron servir como facilitadores o predisponentes, y cuáles como protectores, en la epidemia de cólera de 1834 en Álava, partiendo del modelo propuesto por Lalonde sobre los determinantes de salud.

Los resultados obtenidos señalan que en relación a los determinantes de biología humana, las consideraciones de los teóricos del XIX sobre la influencia de los llamados “afectos del ánimo” carecían de sentido. Tampoco fueron acertadas las recomendaciones alimenticias orientadas a reducir la acidez gástrica, ya que al contrario de ello, un pH ácido minimiza la posibilidad de desarrollar la enfermedad. La especial afinidad del cólera por las personas con grupo sanguíneo O no parece que tuviera importancia en Álava, ya que cuantitativamente se encuentra entre la media vasca y la peninsular, no existiendo en cualquier caso esa preocupación en 1834. Sí podría haber influido la mayor tasa de fecundidad de entonces en la sobremortalidad femenina vía la producción de abortos, pero tampoco se tenía tal conocimiento en el XIX ni se actuó sobre ello. Igualmente tampoco se actuó sobre los grupos de mayor riesgo en el cólera en relación a los efectos de la deshidratación, ya que no llegó a

considerarse el efecto del agua sobre la enfermedad, e incluso se aumentó la pérdida de volumen con la práctica supuestamente curativa más utilizada, la sangría. Así, los niños en edad de destete y los ancianos infectados tuvieron pocas posibilidades de supervivencia.

Respecto a los determinantes medioambientales, insistía en que su control en el cólera es fundamental ya que intervienen en los tres eslabones principales de la cadena epidemiológica (reservorio, mecanismos de transmisión y huésped susceptible). De hecho, el control sobre el cólera en las sociedades occidentales ha estado mucho más íntimamente relacionado con el control de estos determinantes que con el desarrollo de estructuras sanitarias modernas y de su arsenal terapéutico.

En Álava y en 1834 las medidas contra el reservorio del cólera pueden reducirse a los mecanismos de aislamiento tradicionales que, desconociéndose todavía la etiopatología del cólera, resultaron del todo ineficaces. Igualmente, algunas prácticas sobre desecación de humedales, que efectivamente eran más proclives al desarrollo del vibrión, se realizaron arbitrariamente guiados por su mayor o menor impacto olfatorio en relación a los procesos de putrefacción y fermentación que acontece en ellos, lo que en la práctica no supuso ninguna limitación al cólera. Tampoco existió ninguna acción sobre el reservorio fundamental del cólera, el ser humano.

Esto último tuvo una especial significancia, ya que además de ser el reservorio principal, el ser humano es el responsable de uno de los dos mecanismos de transmisión más importantes, la vía directa fecal-oral, responsable generalmente de progresiones lentas de los contagios que no llegan a provocar brotes epidémicos hasta que se transfieren al segundo mecanismo de transmisión, la vía hídrica, que es la que suele aportar los contagios múltiples que desembocan en epidemia. En 1834 ambas vías pueden considerarse como desconocidas y dentro de las recomendaciones que se dieron apenas alguna pudo ser parcial e indirectamente efectiva, como el obligar a que los comunes se orientaran a los caños y que éstos fueran cubiertos, obras que se acometieron tanto en 1832 como en 1834, pero parcialmente y orientadas a evitar la “corrupción aérea”, esto es, a que

sus contenidos ni se vieran ni sobre todo se olieran. Lo cual no impidió lo más importante, que restos contaminados en las deposiciones se filtraran hacia puntos de abastecimiento, tal como he analizado para Vitoria en cuyo sistema de gestión de los desechos no existió ninguna frontera firme entre heces humanas y aguas de consumo. Es más, puede concluirse que el modelo de eliminación de las excretas humanas en Vitoria favoreció la transmisión hídrica del cólera en 1834 y que las medidas que se tomaron al respecto no actuaron eficazmente sobre este crucial eslabón de la cadena epidemiológica.

Desconocidas esas vías de transmisión de la enfermedad, los teóricos del higienismo otorgaban por el contrario una gran influencia en la propagación de las epidemias a otros elementos meteorológicos, los vientos por ejemplo, que no participaron ni en la génesis ni en el desarrollo del cólera.

Si las orientaciones de higiene pública no acertaron a corregir el mecanismo más peligroso, la mezcla de aguas residuales con las de abastecimiento, otro tanto habrá de decirse de los estilos de vida. Las recomendaciones que aparecen sobre todo a partir de 1855 en relación a la higiene doméstica y personal fueron igualmente inútiles porque no actuaron eficazmente sobre los mecanismos de transmisión directa fecal-oral, centrándose en las mismas prácticas de desodorización que se recomendaban para los espacios públicos, pero aplicadas a los entornos domésticos y corporal. La alusión expresa al lavado de manos, en cuanto medida básica en la actualidad para reducir la transmisión directa, es inexistente en la documentación alavesa relacionada con las epidemias de cólera, lo que no quiere decir que en la vida cotidiana no se realizase. Al contrario, las partes visibles eran objeto de cuidado y apariencia. Manos y cara limpias junto a una vestimenta pulcra, fuera de la práctica laboral, eran reflejo de normalidad moral y del acatamiento a las normas de socialización. Igualmente, como parte del ritual religioso cotidiano, el alimento debía recibirse con las manos limpias, purificadas. Así, el uso de aguamaniles será frecuente en las mesas; sin embargo, ello dista mucho de que en 1834 pudiera ser claramente protector del cólera por

el simple hecho de que el agua carecía de elementos desinfectantes y porque además tenían un uso colectivo, pudiendo por tanto ser fuente de transmisión.

En relación a la defecación, la ausencia de infraestructuras facilitadoras de comportamientos higiénicos óptimos, desde el punto de vista de ser eficaces frente al cólera, fue la norma en las viviendas de menestrales y labradores, reducidas éstas a la existencia de un mero conducto de evacuación para sus excretas (y no siempre) y al uso de bacinetas.

Para cuando la epidemia llegó a nuestras latitudes ya se había identificado que el cólera mataba más a los que carecían de alimento que a los bien nutridos, dejando clara la existencia de una asociación cierta entre ambos sucesos. Al igual que con la vinculación hecha con la pobreza, se terminó otorgando a esa asociación real una relación de causalidad unidireccional falsa, que es recogida por muchas revisiones de aquellas epidemias en claro asentimiento.⁸⁰⁵ Aunque no haya causalidad, de lo que si hay evidencia es que toda desnutrición se acompaña de un deterioro en la competencia inmunológica, más evidente aún en el cólera, pues su especial sintomatología gastroentérica determina que los desnutridos se vean afectados más rápidamente por el desequilibrio electrolítico y el shock hipovolémico y, en cualquier caso, de superar la infección carecerían de los aportes plásticos, como las proteínas, para asegurar una convalecencia exitosa.

Para determinar la posible influencia de una desnutrición generalizada en la población he procedido a analizar los aportes nutricionales de cinco dietas extraídas del hospicio y del hospital

⁸⁰⁵ Por el contrario, pasa desapercibido en la práctica totalidad de los estudios el más probable suceso inverso: que el cólera produjo hambre. Lo hace en la actualidad y sin duda lo hizo en 1834, directamente entre sus afectados con la manifestación clínica del hambre, la desnutrición, mediada por el cuadro gastroentérico característico y por la deshidratación inherente; pero también indirectamente sobre la población general por sus repercusiones sobre la producción (elevada morbimortalidad en época estival de cosecha), sobre la distribución (cordones sanitarios) y sobre los salarios (paralización manufacturera y comercial).

Santiago de Vitoria, en la consideración de que pudieran ser reflejo de la dieta ordinaria de los menestrales. Los resultados obtenidos deparan unas dietas claramente por encima de 2.000 calorías -valor de corte establecido por Livi-Bacci para poblaciones históricas-, si bien en todos los casos a base del aporte energético del pan, sin el cual las dietas bajarían claramente de las 2.000 calorías e incluso en algún caso de 1.000. La dependencia de los panificables es de gran importancia dada la confluencia de la guerra y su afectación a la producción y distribución, si bien en 1834 todavía se contaba con la producción previa de un año normal. Respecto al aporte proteico, las dietas estudiadas cubrirían satisfactoriamente las necesidades normales. En consecuencia, de poder generalizarse estas dietas a la población general o a gran parte de ella y mantenerse durante el verano y otoño de 1834, la población alavesa no partió de una situación de desnutrición que pudiera haber aumentado la virulencia y letalidad del cólera; e, igualmente, contó con los necesarios aportes energéticos y plásticos para afrontar una convalecencia exitosa.

En relación a la alimentación, las recomendaciones fueron muy profusas durante el cólera, atribuyendo efectos profilácticos o de predisposición en función de la acción conocida sobre la dispar sintomatología que presentaban los enfermos, ensalzando por ejemplo alimentos astringentes frente a los ricos en residuos, alcalinizantes frente a ácidos, dietas blandas frente a indigestas, flatulentas o irritantes, etc., en un amplio repertorio de recomendaciones que resultaron, mayoritariamente, inútiles.

Finalmente, respecto a los determinantes de la estructura sanitaria, la sanidad alavesa, como la del resto de España, sólo demostró ante el cólera sus carencias. Y esa evidencia fue la que precisamente permitirá, con posterioridad a la trágica experiencia del cólera, y tras la guerra, emprender una importante transformación de la misma. Así pues, los determinantes dependientes de la estructura sanitaria, al margen del innegable esfuerzo y sacrificio de su personal, jugaron un papel absolutamente ineficaz durante la epidemia de 1834, empezando por los errores diagnósticos y acabando por el uso de un arsenal terapéutico centrado todavía en traumáticas prácticas de

sangrías, vejigatorios, sanguijuelas, etc. En las siguientes epidemias el arsenal farmacológico se amplió extensamente evidenciando el desarrollo de la química, aunque la finalidad continuó siendo la misma, purgar, y en modo alguno representó un avance significativo en la lucha contra el cólera. Es más, el desarrollo de nuevos remedios químicos impuso procedimientos de administración no menos crueles que aquellos, caso de las fumigaciones, el arma básica en la epidemia de 1885, lo que en suma supuso, como con las sangrías de la primera mitad del siglo, producir mayores males sin aportar ningún beneficio.

Analisis del adoctrinamiento higiénico-sanitario.

El énfasis en las cuestiones higiénicas que acompaña al discurso del cólera no es una construcción nueva ni responde exclusivamente a la amenaza de aquellas epidemias. El “mérito” del cólera fue el generalizar los contenidos de las teorías higiénico-sanitarias (desde el higienismo en 1834 a la bacteriología en 1885) primero entre los profesionales sanitarios y después entre la población general, hasta el punto de lograr cambiar conductas y comportamientos que terminaron por dotar al concepto de higiene de su actual vínculo con lo sanitariamente deseable, desde los contextos medioambientales a los más íntimos y personales.

Con antelación a la llegada del cólera se produjo, a finales del XVIII, una actualización de la respuesta sanitaria a la enfermedad epidémica acorde a los avances científicos, esencialmente de la física y la química, en un contexto de redefinición de las relaciones entre las estructuras de Poder. En Álava, a partir de los textos de Foronda, destaco el evidente sesgo mercantilista que mueve el interés antiepidémico y cómo su reconocimiento del papel potencial de la Medicina en su control choca con la escasa preparación de sus miembros para ejecutarlo, instigando a las autoridades a un control efectivo de médicos y cirujanos para reorientar sus competencias hacia el encaje con ese proyecto. En el mismo sentido se había manifestado Xavier M^a de Munive, alma máter de la Real Sociedad

Bascongada en cuyo seno va a tener lugar el encuentro entre Poder y Medicina en nuestro entorno.

La confluencia sinérgica de ambas estructuras lleva asociado dos elementos que he considerado fundamental: la culminación del proceso de desacralización de la enfermedad por un lado y la devoción ciega hacia el potencial de la Ciencia por otro. En Álava, serán los herederos de esta simbiosis los encargados de gestionar la epidemia de cólera de 1834 y va a ofrecer una respuesta antiepidémica conceptualmente muy diferente a la que se había dado en el pasado frente a la peste, si bien las armas utilizadas van a ser las mismas pues era aquella epidemia para la que se prepararon los ilustrados del XVIII.

La aplicación de aquellas medidas pensadas para la peste al cólera en 1832-34, que compruebo fehacientemente, respondía fielmente a la concepción miasmática predominante que generalizaba un mismo sistema profiláctico para todas las epidemias.

Luego, la base doctrinal de una nueva higiene orientada a la preservación de las enfermedades fue previa al cólera, se centró en medidas de carácter medioambiental orientadas al espacio físico público bajo dominio directo de las autoridades políticas, y tomó como arquetipo orientador de sus objetivos la erradicación de los procesos epidémicos de los que la peste era su representación máxima.

La cuestión es que no sobrevino la peste, sino el cólera, por lo que la pregunta que me formulé es si aquella base doctrinal planificada por los ilustrados desde finales del XVIII hubiera podido progresar, y a un ritmo similar al que aconteció, de no haberse desarrollado el cólera en forma pandémica.

La conclusión final es que no, porque en el proceso de aculturación higiénica se requirió algo más que publicitar las recomendaciones propuestas por los teóricos del higienismo. Para evidenciarlo, he seguido las metodologías de la Educación para la Salud que se propusieron a finales del siglo XX, las cuales determinan la necesidad de actuar a tres niveles (cognitivo, volitivo y conativo) para obtener cambios de comportamiento duraderos, como aconteció

con los hábitos higiénicos a partir de las epidemias coléricas. En este sentido, la esfera volutiva es la más claramente cubierta por el cólera, pues es evidente que aportó una plusvalía que no estuvo presente en otras epidemias coetáneas: la capacidad de sobrepasar el umbral del miedo para convertirlo en pánico.

Trayendo a colación el papel ordenador del miedo en las sociedades evidenciado por Delumeau, no me ha resultado difícil recopilar las numerosas muestras de miedo y terror que continuamente afloran en la documentación sobre el cólera en Álava, confirmando que estas epidemias sobresalen precisamente por ese contexto, generalizado y superlativo, que es el pánico.

La evidencia de la muerte no como un hecho potencial sino absolutamente real que, indistinta e indiscriminadamente, afecta a todas las edades, sexos o condiciones sociales, con sufrimiento intenso físico y emocional, que se vivió anticipadamente en una larga espera con ocultamiento de la verdad y acompañada en su terror por una guerra fratricida, en contexto manifiesto de desconocimiento de la enfermedad y nula efectividad de los tratamientos médicos, que se vió acompañada de medidas policiales de inspección y vigilancia, de fomento de la acusación intervecinal y atentando contra estructuras simbólicas y sagradas como fueron los rituales de la muerte, son todas muestras palpables de que en Álava puede afirmarse, de manera efectiva, que llegó a crearse un subconsciente simbólico común que justifica hablar de un pánico social capaz de poner en duda las ideas y creencias que soportaban la comprensión de cuanto les rodeaba, rompiendo los sistemas psicosociológicos de filtrado y favoreciendo que permeabilizaran nuevas propuestas de orden social.

En ese contexto de *shock* producido por el pánico que permite la maleabilidad de los subconscientes, la población recibió el mensaje de la estrategia higiénico-sanitaria con el refuerzo natural de las siguientes epidemias y los refuerzos artificiales de las normativas y los decretos.

El discurso formativo, acompañado de su corpus legislativo y punitivo, a pesar de su formal uniformidad evoluciona a lo largo del

siglo. En el estudio he destacado el camino seguido en cuanto al espacio físico objeto de normativización y al trasvase que, desde la predisposición a la causalidad patológica, acontece sobre los comportamientos humanos.

En primer lugar, llamo la atención sobre una importante modificación respecto a los planteamientos antiepidémicos de finales del XVIII al incluir recomendaciones provenientes de la *dietetica* individual, entendidos en su original acepción de elementos de predisposición pero colectivizados. Igualmente destaco la sutil importancia de la universalización del discurso anticolérico, tanto para la formación y uniformización médica como para la permeabilización en el subconsciente de la masa popular.

Se comprueba también cómo en Álava, a lo largo del siglo XIX y bajo la bandera de la salud, paulatinamente se adicionan nuevos espacios físicos a los considerados como factores de riesgo para la salud. Añadido ya el espacio urbano a los clásicos medioambientales de las “constituciones” neohipocráticas en el XVIII, durante la primera epidemia de cólera en nuestra provincia se percibe un cuidado escrupuloso en la separación de lo público y lo privado, dirigiendo todas las miradas acusadoras sólo y en exclusiva al primer espacio. No será hasta el examen de aquella epidemia cuando se determine que habrá de sumarse el espacio doméstico, franqueando la propiedad privada, bajo la premisa de que es en el hogar del pobre donde los miasmas del cólera encuentran acomodo para perpetuarse y mantener su amenaza sobre el conjunto de la población. Esta percepción del riesgo aumentado no es claramente perceptible en Álava hasta la década de los 60, tras la segunda epidemia de cólera, con cierto retraso por tanto a los planteamientos generales de los teóricos y la influencia clara de los textos franceses, lo que me lleva a pensar que hay una relación directa entre el abordaje de la vivienda del pobre y el proceso de pauperización creciente en el último tercio de siglo en Vitoria, habida cuenta de la interpretación que hago de Apraiz como de Zulueta ya acabando la centuria.

A la par de ello, el allanamiento domiciliario en nombre de la salubridad va a acompañarse de la creación de una estructura estable

de vigilancia y supervisión, la Beneficencia Domiciliaria, entre cuyas misiones hallo paralelismos con la acción que previamente desempeñaban las organizaciones de vecindades en Vitoria que, a la inversa del proceso de creciente medicalización de la sociedad vitoriana, van perdiendo competencias al diluirse éstas entre la conformación de estructuras profesionalizadas por parte del Ayuntamiento, como por el desarraigo de las costumbres entre los nuevos pobladores de la ciudad.

Aportaciones al conocimiento.

Entre las aportaciones al conocimiento del presente trabajo deseo destacar las siguientes:

-Demostrar que la crisis de mortalidad del año 1834 en Álava fue sustentada básicamente por el cólera, atribuyéndole un mínimo de 1.166 defunciones, el triple de lo considerado hasta ahora.

-Generar la necesidad de una revisión de las tesis demográficas alavesas en relación a la generación hueca atribuida a la primera guerra carlista y en relación al cambio de ciclo demográfico, tanto por la mortalidad total del cólera como por la sospechada de una alta tasa de mortalidad infantil.

-Demostrar que el impacto de la mortalidad atribuida al cólera fue muy desigual en la provincia, con varios pueblos que sufrieron una crisis de intensidad importante o mayor (según el índice Dupâquier), lo que supone un nuevo argumento para replantearse la evolución demográfica, social y económica de esas poblaciones y su entorno, destacando el caso de Salvatierra.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

-Ofrecer una metodología cualitativa a través de los determinantes de salud para el estudio de la historia de las enfermedades desde la evidencia científica. En este sentido, se ha demostrado que en el caso alavés de 1834 la práctica totalidad de las acciones frente al cólera fueron ineficaces, obligando por tanto a ser críticos y prudentes en la asunción de los discursos del higienismo.

-Corroborar la existencia en Álava de un proceso de adoctrinamiento higiénico-sanitario y de medicalización de la sociedad en línea a lo descrito por autores franceses, si bien con distinta temporalidad.

-Descubrir la faceta de Valentín de Foronda como precursor del higienismo y asociarlo a la evolución urbanística de Vitoria iniciada a finales del siglo XVIII.

-Aportar nuevos conocimientos sobre la dieta ordinaria de los alaveses desde el punto de vista de su acción sobre la salud/enfermedad y, de manera concreta, sobre el consumo de pan, de carne y sobre la introducción de forma estable de la patata.

-Ampliar el conocimiento sobre la estructura sanitaria alavesa en el tránsito del XVIII al XIX, a partir de documentación inédita no usada por los autores que abordan la historia hospitalaria alavesa.

-Demostrar que la enfermedad tiene una historia y forma parte de la Historia, con implicación y repercusión en los actos más cotidianos y en las transformaciones más fundamentales de las sociedades humanas.

**FUENTES DOCUMENTALES Y
BIBLIOGRAFÍA.**

Archivos y bibliotecas.

Archivo de la Real Chancillería de Valladolid. Valladolid.

Archivo del Colegio Oficial de Enfermería de Álava. Vitoria.

Archivo del Territorio Histórico de Álava. Vitoria.

Archivo Diocesano de Vitoria. Vitoria.

Archivo Histórico Nacional. Madrid.

Archivo Histórico Provincial de Álava. Vitoria.

Archivo Municipal de Vitoria “Pilar Aróstegui”. Vitoria.

Biblioteca Nacional. Madrid.

Biblioteca “Koldo Mitxelena”, UPV/EHU. Vitoria.

Casa de cultura “Ignacio Aldecoa” kultura etxea. Vitoria.

Fundación Museo Vasco Historia de la Medicina y de la Ciencia.
UPV/EHU. Leioa.

Fundación Sancho el Sabio. Vitoria.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

PARES. Portal de archivos españoles. Ministerio de Cultura.

Prensa.⁸⁰⁶

Boletín de los colegios de practicantes de medicina y cirugía.

Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia.

Boletín Oficial de la Provincia de Álava.

Boletín Oficial del Obispado de Vitoria.

El Alavés.

El Anunciador Vitoriano.

El Gorbea.

El Porvenir Alavés.

Gaceta de Madrid.

⁸⁰⁶ Aunque se ha creado un apartado destinado para fuentes de Internet, y alguno de los periódicos aquí citados se ha consultado a través de ese recurso, se han mantenido dentro de este apartado de “prensa” ya que se trata de textos digitalizados conservando el formato original, sin otra modificación que el soporte. Por contra, en el cuadro de “Internet” se cita también prensa pero, a diferencia de la anterior, son formatos y contenidos diferentes a los que ese mismo periódico editó en papel.

La Cirugía Menor.

La Concordia.

La Libertad.

Revista Médica Vasco-Navarra.

Internet.⁸⁰⁷

Organismos y organizaciones vinculadas a la salud:

<<http://www.who.int/wer>>

<www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/es/index.html>>

<<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/Cholera.htm>>

<<http://www.acnur.org>>

<<http://www.msf.es>>

<<http://www.pnuma.org>>

<http://www.crid.or.cr/crid/CD_Huracanes/pdf/spa/doc15725/doc15725-contenido.pdf>

Portales médicos:

<<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>>

<<http://www.diariomedico.com>>

<<http://www.dmedicina.com>>

<<http://www.portalesmedicos.com>>

⁸⁰⁷ No se incluye en el presente listado las direcciones correspondientes a textos que sólo son versiones digitalizadas de formatos tradicionales en papel (libro, revista, acta, etc.) que se ha preferido mantener en los apartados de bibliografía o prensa. Tampoco aparece el portal de PARES, incluido en el apartado de archivos.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

<<http://www.healthsystem.virginia.edu>>

<<http://www.revistamedica.8m.com>>

<<http://www.netdoctor.es>>

<<http://www.drauziovarella.com.br/>>

<<http://www.historiadelamedicina.org/Colerasite/colera2.html>>

Prensa:

<<http://www.scielo.cl>>

<http://www.cpds-gq.org/la_verdad53/opinion.html>

<<http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2004/12/29/pagina-6/33689398/pdf>>

<<http://www.elmundo.es/elmundo/2005/01/04/solidaridad/1104859016.html>>

<<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/09/07/medicina/1126089615.html>>

<<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/09/27/medicina/1127839310.html>>

<http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/sciencie/newsid_2656000/2656793.stm>

Divulgación organismos oficiales latinoamericanos:

<<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/21780>>

<<http://www.lapampa.gov.ar/Servicios/MBS/Salud/colera.htm>>

<<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/informaestros.doc>>

Audiovisuales.

VIDAL GALACHE, FLORENTINA. *Madrid en el año del cólera. El drama de las clases populares*, documental de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, programa 082/07-08.

RUSSELL, QUINCY (Dir.). *La fabulosa historia de la caca* (4 capítulos), Arte y Mona Lisa (productoras), Francia, 2007.

EVANS, LIESEL (Dir.). *Bacterias curativas*, BBC/TLC Co-Production, 2005.

Bibliografía.

A

ACEBAL DE LA PEÑA, ANA. *Enfermedades y medicinas en el Hospital Santiago. 1880-1890*, Tesis Doctoral inédita, 1993. Consultado el ejemplar disponible en el Archivo del Territorio Histórico de Álava.

ALCAIDE GONZÁLEZ, RAFAEL. “La introducción y el desarrollo del higienismo en España durante el siglo XIX. Precursores, continuadores y marco legal de un proyecto científico y social”, *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* nº 50, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1999.

- “Las publicaciones sobre higienismo en España durante el periodo 1736-1939: un estudio bibliométrico”, *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* nº 37, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1999.

ALFARO FOURNIER, TOMÁS. *Una ciudad desencantada (Vitoria y el mundo que la circunda en el siglo XX)*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1987.

- *Vida de la ciudad de Vitoria*, Magisterio español, 1951. Hay edición de Antonio Rivera Blanco y Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1996.

ALMENDROS TOLEDO, JOSÉ MANUEL. “Un ejemplo de medicina rural durante la epidemia de cólera: Don Tomás Valera y Jiménez. Villagordo del Júcar, 1885”, *Al-Basit: Revista de estudios albacetenses*, Nº 23, 1988, págs. 5-19.

ALONSO SECO, JOSÉ MARÍA; GONZALO GONZÁLEZ, BERNARDO. *La asistencia social y los servicios sociales en España*, Imprenta Nacional del Boletín Oficial de Estado, Madrid, 1997.

ALUSTIZA GALARZA, AINHOA. *Población, familia y vejez en la Comunidad Autónoma de Euskadi*, Departamento de Geografía, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 2003. Disponible en internet: <<http://www.ced.uab.es/jperez/PDFs/2003AAlustiza.pdf>>.

ÁLVAREZ CAPEROCHIPI, JAVIER. “Crónicas médicas de la primera guerra carlista (1833-1840)”, 2009, sin paginar, disponible en Internet: <<http://www.zumalakarregimuseoa.net/actividades/investigacion-y-documentacion/investigaciones/cronicas-medicas-de-la-primera-guerra-carlista-1833-1840>>.

ANÓNIMO. *Noticia histórica del gobierno económico y político de la Junta y Casa de piedad de la Ciudad de Vitoria*, no consta impresor, probablemente Baltasar Manteli, Vitoria, probablemente 1804.

- *Ordenanzas con que se gobierna la Real Junta, y Casa de Misericordia de la M.N. y M.L. Ciudad de Vitoria*, en Vitoria, Impresas por Baltasar Manteli, Impresor de la R.S.B., Año de MDCCXCVII.

- *Papeles relativos al proyecto del establecimiento de un Hospicio general para toda la Provincia de Alava, ó al de la admision en el de Vitoria de los pobres de la Provincia*, Baltasar Manteli, impresor, Vitoria, 1804.

APRAIZ SÁENZ DEL BURGO, RAMÓN DE. “Causas del actual malestar que experimenta la clase médico-farmacéutica y medios de combatirlas”, *Conferencias dadas en la Academia de Ciencias*

Médicas de Vitoria en el Curso de 1881 á 1882 por el sócio fundador y Secretario General de la misma Don Ramon Apraiz, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1883.

- “Garayo el sacramantecas ¿Es cuerdo ó es loco?”, *Conferencias dadas en el Ateneo de Vitoria*, Imp. Viuda de Iturbe e hijos, Vitoria, 1881.

- *La Vivienda del pobre. Su influencia en la salubridad pública y necesidad urgente de mejorar sus condiciones higiénicas*, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1893.

ARANDIA DE, ANICETO MARÍA. *El cólera nociones generales para conocerlo en sus diferentes períodos, medios de evitar su invasión, el contagio y método curativo, breve resumen al alcance do todas las inteligencias y muy útil para todos en general*, Imprenta y librería Católica de Elías Sarasqueta, Vitoria, 1885.

ARBAIZA, MERCEDES; GUERRERO, ANA; PAREJA, ARANTZA. “Mundo rural y mundo urbano en la transición de la mortalidad vizcaína (1770-1930)”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, XIV, II, 1996, págs. 19-55.

ARETA, LUIS MARÍA. “El período del racionalismo. El siglo XVIII”, en *Álava en sus manos* vol. 3, editado por Caja Provincial de Álava, Vitoria, 1983.

ARIÈS PHILIPPE. *La muerte en occidente*, Editorial Argos Vergara, Barcelona, 1982.

ARIÈS, PHILIPPE; DUBY, GEORGES (Dir.) “De la Revolución francesa a la Primera Guerra mundial”, *Historia de la vida privada*, Tomo 4, Taurus ediciones, Madrid, 1989.

ARRIATEGUI, FABIÁN DE. “Cólera y contrabando”, en *San Sebastián: revista anual ilustrada*, nº 30, 1964.

ARRIBAS PÉREZ, CARMELO. “La asistencia sanitaria popular en el siglo XVIII (I y II)”, *Jano*, Vol. LXVI, Nº 1.518 (23 al 29 de abril de 2004) y Nº 1.519 (30 de abril al 6 de mayo de 2004).

ASTRAIN GALLART, MIKEL. “La práctica médica en el medio rural

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

castellano. El *Memorial* de Vicente Crespo (1785)”, *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 2002, 22, págs. 461-472

AYUNTAMIENTO DE VITORIA. *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal de la ciudad de Vitoria*, Imp. de Elías Sarasqueta, Vitoria, 1884.

- *Reglamento del Cuerpo de Beneficencia Municipal de Vitoria*, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1896.

- *Reglamento para los practicantes de la Beneficencia Municipal de la ciudad de Vitoria*, Imp. de Elías Sarasqueta, Vitoria, 1884.

B

BARANDIARAN, JOSÉ MIGUEL DE; MANTEROLA, ANDER (dir.). *Medicina popular en Vasconia*, Atlas etnográfico de Vasconia, Instituto Labayru (ed.), Bilbao, 2004.

BARRENECHEA, JOSÉ MANUEL. *Valentín de Foronda, reformador y economista ilustrado*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1984.

BARRIOLA IRIGOYEN, IGNACIO MARÍA. “Consideraciones acerca de la fundación de la Bascongada”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao, 1985.

- “El cólera de 1834 en San Sebastián”, *Boletín de estudios históricos sobre San Sebastián*, nº 10, 1976, págs, 235-256.

- “El cólera morbo en San Sebastián: la epidemia de 1834”, *San Sebastián: revista anual ilustrada*, nº 15, 1949, págs. 41-44.

- “El Curandero Petrequillo”, *Instituto de Historia de la Medicina* nº 10, Universidad de Salamanca, 1983.

BAZÁN DÍAZ, IÑAKI. “El ritual de la muerte en la sociedad vitoriana durante la Edad Media y Moderna. La sociedad vecinal con el difunto”, *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz*, 11 de noviembre de 1995. Págs. 18-19.

- “Garayo, el sacramantecas”, *Gaceta municipal de Vitoria- Gasteiz*, nº 94 y 95, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Vitoria, 1997.

- "La criminalización de la vida cotidiana", en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

- "Los alaveses ante la muerte durante la Edad Media y Moderna (1 y 2)", *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz*, N° 76 págs. 16-17 y N° 77 págs. 12-13, Vitoria, 1996.

- "Sanidad y urbanismo de las villas vascas durante la baja edad media", *Cuadernos de sección Historia-Geografía*, 21, 1993. Págs. 71-80.

BECERRO DE BENGOA, RICARDO. *El libro de Álava*, Ediciones de ayer/Behialako argitalpenak, Diputación Foral de Álava, facsímil de la edición original de 1877, Vitoria, 1983.

- *El sacamantecas: su retrato y sus crímenes: narración escrita con arreglo a todos los datos auténticos*. Imp. Viuda e hijos de Iturbe. Vitoria, 1881.

BERNABEU MESTRE, JOSEPH; GASCÓN PÉREZ, ENCARN. *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*. Publicaciones de la Universidad de Alicante. Murcia, 1999. Disponible en la biblioteca digital de la Universidad de Alicante: <<http://publicaciones.ua.es/publica/fichael.aspx?Cod=LD9788479085131>>.

BILBAO, L. M.; FERNÁNDEZ DE PINEDO, E. "La producción agrícola en el País Vasco peninsular. 1537-1850. Tendencia general y contrastes. Una aproximación", *Eusko-Ikaskuntza/Sociedad de Estudios Vascos*, Separata, 1984.

BOMBÍN PÉREZ, ANTONIO; PORRES MARIJUAN, ROSARIO; REGUERA ACEDO, IÑAKI. "Medicina en Álava durante la edad Moderna", en Ramos Calvo, P.M. (Dir.) *Historia de la medicina en Álava*, Vitoria, 1997.

BOUZA, JERÓNIMO. "Moralidad, trabajo y capital en la industria del siglo XIX. Un informe sobre la España industrial de Barcelona en 1868", *Revista Bibliográfica de geografía y Ciencias Sociales* (Serie

Geo Crítica), vol. IX, nº 513, Universidad de Barcelona, Barcelona, 2004.

BUJ BUJ, ANTONIO. “La vivienda salubre. El saneamiento de poblaciones (1908) en la obra del ingeniero militar Eduardo Gallego Ramos”, *Scripta Nova, revista electrónica de Geografía y ciencias sociales*, Vol. VII, núm. 146(012), Universidad de Barcelona, 2003. Disponible en <[http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146\(012\).htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-146(012).htm)>.

BULLÓN DE MENDOZA Y GÓMEZ DE VALUGERA, ALFONSO. *La Primera Guerra Carlista*, Tesis doctoral dirigida por María Estíbaliz Ruíz de Azúa y Martínez de Ezquercocha, Universidad Complutense de Madrid, 1991. Disponible en Internet en la Web de la UCM: <<http://eprints.ucm.es/tesis/19911996/H/0/H0003401.pdf>>.

BURGO, JAIME DEL. *Para la Historia de la Primera Guerra Carlista. Comentarios y acotaciones a un manuscrito de la época, 1834-1839*, Institución Príncipe de Viana, Pamplona, 1981.

C

CABALLERO, FERMÍN. *Manual geográfico-administrativo de la monarquía española. Obra útil para empleados, hombres de negocios, viajeros y curiosos con 1750 artículos en orden alfabético*, Imprenta de don Antonio Yenes, Madrid, 1844.

CAPONI, SANDRA; “Entre miasmas y microbios: la vivienda popular higienizada”, *Saúde Pública*, nov./dic. 2002, vol. 18, nº 6.

CARASA SOTO, PEDRO. *Historia de la beneficencia en Castilla y León: poder y pobreza en la sociedad castellana*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1991.

CARO BAROJA, JULIO (Dir.) *Historia General del País Vasco*, vol. VIII, San Sebastián, 1980.

CARRILLO, JUAN L.; RIERA PERELLÓ, PEDRO; GAGO, RAMÓN. “La introducción en España de las hipótesis miasmáticas y prácticas fumigatorias. Historia de una polémica (J.M. Aréjula-M.J. Cabanellas)”, *Medicina e Historia*, nº 67, Barcelona, abril de 1977.

CASTRO MANRIQUE, EMILIA. “Historia de la Enfermería: los

cuidadores en el siglo XIX. Evolución académico-legislativa”, *ROL de Enfermería*, nº 209, enero de 1996. Págs. 57-61.

CELIQUETA CRESPO, ARACELI; GONZÁLEZ ROMERO, CARMEN; OCHAGAVÍA FERNÁNDEZ, M^a B.; SOGO RODRÍGUEZ, JESÚS; SOLER PÉREZ, M^a DOLORES; VILLACIÁN PEÑALOSA, M^a LUISA. *Vitoria. Población: Evolución y movimientos migratorios*, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria, 1994.

CODORNIÚ FERRERAS, MANUEL. *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*, Imprenta de Don Alejandro Gómez Fuentenebro, Madrid, 1849.

- *Cólera-morbo de Paris, ó sea Observaciones sobre dicha enfermedad, verificadas y publicadas en la capital de Francia*, Imprenta de don Miguel de Burgos, Madrid, 1832.

- *El tifus castrense y civil*, Imprenta que fué de Fuentenebro, á cargo de Alejandro Gomez, Madrid, 1838.

- *No hay que temer al Cólera-morbo ó sea ultimo resultado de todas las observaciones que hasta el presente se han hecho sobre esta enfermedad, con relacion a su modo de propagarse, causas, síntomas, diagnóstico, método curativo, y medios de evitarla*, Imprenta de don Miguel de Burgos, Madrid, 1833.

COLÁ Y GOITI, JOSÉ. *El futuro Vitoria*, Imprenta de la viuda é hijos de Iturbe, Vitoria, 1884.

- *Guía de Vitoria*, Imprenta de los hijos de Iturbe, Vitoria, 1901.

COLINAS SANTOS, JOSÉ ANGEL; RIVERA BLANCO, ANTONIO; SANZ LEGARISTI, PEDRO. “El XIX. Un siglo de conflictos”, en Llanos Ortiz de Landaluce, Armando (Dir. y Coord.), *Álava en sus manos*, vol. 3, Ed. Caja Provincial de Álava-Arabako kutxa, Vitoria, 1983.

CORBIN, ALAIN (dir.). “De la Revolución Francesa a la Gran Guerra”, *Historia del cuerpo*, Vol. 2, Taurus-Santillana ed., 2005.

- *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 1987.

- “Entre bastidores”, en Ariès, Philippe; Duby, Georges (Dir.) *Historia*

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

de la vida privada, Tomo 4 “De la Revolución francesa a la Primera Guerra mundial”, Taurus ediciones, Madrid, 1989.

D

DELUMEAU, JEAN. *El miedo en occidente (siglos XIV-XVIII)*, Taurus, Madrid, 1989.

- “Miedos de ayer y hoy”, en VV.AA. *El miedo, reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, Corporación Región (Ed.), Medellín, 2002.

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ÁLAVA. *Reglamento de Beneficencia Provincial*, imprenta de la Diputación Provincial de Álava, Vitoria, 1884.

DOMÍNGUEZ ALCÓN, CARMEN. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Editorial Pirámide, Madrid, 1986.

DOMÍNGUEZ ORTIZ, ANTONIO. *La sociedad española en el siglo XVIII*, Edit. Instituto Balmes de Sociología, Departamento de Historia Social, CSIC, Madrid, 1955.

E

EBERWINE, DONNA. “Desastres: mitos que no mueren”, en *Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, Vol. 10, N° 1, 2005. Disponible en Internet en la Web: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero21_articulo01.htm>.

ECHEVARRÍA ABASCAL, MARTA. *Repercusiones socio-sanitarias en Álava por la epidemia de cólera de 1855*, Tesis doctoral inédita dirigida por Jose María Urquia Echabe, UPV/EHU, Bilbao, 1993.

ERKOREKA, ANTON. “*La Pandemia de Gripe española en el País Vasco. 1918-1919*”, Museo Vasco de H^a de la Medicina y de la Ciencia (ed.), Bilbao, 2006.

- “Medicina popular”, *Munibe (Antropología-Arqueología)*, n° 42. Ed. Sociedad de Ciencias Aranzadi, San Sebastián, 1990.

ESQUERDO Y ZARAGOZA, J. “Locos que no lo parecen, Garayo el sacramantecas”, en Rey González, Antonio M. *Estudios medico-*

sociales sobre marginados en la España del siglo XIX, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990.

F

FERNÁNDEZ DE PINEDO, EMILIANO. *Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco (1100-1850)*”, Siglo veintiuno editores, Madrid, 1974.

FERNÁNDEZ GARCÍA, ANTONIO. “El cólera de 1834 en Madrid. Apuntes a partir de una crisis demográfica”, en *Homenaje a Domínguez Ortiz*, Ministerio de Educación y Ciencia, 1981.

- *El cólera de 1885 en Madrid*, Ayuntamiento de Madrid, Instituto de Estudios Madrileños, 1982.

- “Enfermedad y sociedad. El cólera de 1865 en Madrid”, *Cuadernos de Investigación Histórica* nº 3, 1979.

- “La epidemia de cólera de 1854-55 en Madrid”, *Estudios de Historia contemporánea*, C.S.I.C., 1976.

- “Repercusiones sociales de las epidemias de cólera del siglo XIX”, V *Congreso Nacional de la Sociedad Española de Historia de la Medicina*, Vol. 1, págs. 127 -145.

FERNÁNDEZ IBÁÑEZ, JESÚS. “Jean Pineau, el gran padre del moderno vino riojano”, disponible en Internet en la dirección: <<http://www.euskonews.com/0422zkb/gaia42204es.html>>.

FERNÁNDEZ SANZ, JUAN JOSÉ. *El cólera de 1885 en España*, Universidad Complutense de Madrid, 1989.

FERREIRO ARDIÓNS, MANUEL; LEZAUN VALDUBIECO, JUAN. *Historia de la Enfermería en Álava*, Colegio de enfermería de Álava (ed.), Vitoria, 2008.

- “Iglesia y lactancia artificial en los siglos XVIII y XIX: de la animalidad al regeneracionismo moral”, *Actas del VI Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*, Esplugues de Llobregat (Barcelona), 2010.

- “La asistencia hospitalera en Álava en el siglo XVIII”, *Actas del IV*

Congreso Internacional de Historia de la Enfermería, Las Palmas, 2007.

- “La enfermería en las epidemias de peste del siglo XVI en Vitoria”, en *Actas del III Congreso Internacional de Historia de la enfermería*, Zaragoza, 2005, págs. 153-164.

- “Maese Francisco de Herrera, un barbero-cirujano en la peste de 1599 en Vitoria”, en *Actas del IV Congreso Internacional de Historia de la enfermería*, Las Palmas, 2007.

FERREIRO ARDIÓNS, MANUEL; LEZAUN VALDUBIECO, JUAN; PRADELL GONZÁLEZ, ANGELA. *La enfermería y el Hospital Santiago en la Vitoria del S.XIX*, Colegio de enfermería de Álava (ed.), Vitoria, 2006.

FINKIELMAN, SAMUEL. “Marco Terencio Varrón y la causa de las enfermedades”, *Medicina* nº 67, Buenos Aires, 2007, págs. 306-308.

FORONDA, VALENTÍN DE. *Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España*, en Burdeos: en casa de Luis Boudrie, 1783?.

- *Cartas sobre La Policía*, Imprenta de Cano, Madrid, 1801.

- *Cartas sobre los asuntos mas exquisitos de la economía-política y sobre las leyes criminales*, Imprenta de Manuel González, Madrid, 1794.

- *Memorias leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de Hospitales, y traducidas al castellano por Don Valentín de Foronda*, Madrid, en la imprenta de Manuel Gonzalez, MDCCXCIII.

- *Paralelo de la Sociedad de S. Sulpicio de París con la Casa de Misericordia de la Ciudad de Victoria, destinado para leer en las Juntas Generales que celebró en Vergara la Real Sociedad Bascongada el año de 1779*, Vitoria, 1787.

FORTI MESSINA, ANNALUCIA. *Società ed epidemia: il colera a Napoli nel 1836*, Franco Angeli, ed. Milano, 1979.

FOUCAULT, MICHEL. *La vida de los hombres infames*, editorial Altamira, La Plata (Argentina), 1996.

FREDOTOVICH, NORBERTO M. “Los orígenes de la transmisión del conocimiento médico: de Trotona a Montpellier”, *Revista Argentina de Urología*, vol. 71 (1), 2006.

FRESQUET FEBRER, JOSÉ LUIS. *Francisco Méndez Álvaro (1806-1883) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990.

G

GÁRATE, JUSTO. “De nuevo con Don Valentín Foronda”, en *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*, Año XIX, tomo 19, Vitoria, 1975.

- *El caballero Valentín Foronda, ‘ilustrado alavés’*, Real Sociedad Vascongada de los Amigos del País, San Sebastián, 1968.

GARCÍA DE CORTAZAR, FERNANDO; MONTERO, MANUEL; BETANZOS, JUAN M^a. *Historia de Álava*, Tomo 2, editorial Txertoa, San Sebastián, 1986.

GARCÍA ORO, JOSÉ; PORTELA SILVA, MARÍA JOSE. “Felipe II y el problema hospitalario: reforma y patronato”, *Cuadernos de Historia Moderna*, nº 25 monográfico, 2000, páginas 87-124.

GIDDENS, ANTHONY. *Sociología*, Alianza Editorial S.A., Madrid, 2004.

GIL DE ARRIBA, CARMEN. “La difusión social y espacial del modelo balneario: de la innovación médica al desarrollo de las prácticas de ocio”, *Scripta Nova. Revista electrónica de Geografía y ciencias sociales*, Nº 69 (40), Universidad de Barcelona, 2000. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-40.htm>

GOBERNA TRICAS, JOSEFINA. “La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología”, *Index de Enfermería* nº 47, Granada, 2004, págs. 49-53.

GONZÁLEZ DE ECHAVARRI, V. *Alaveses Ilustres*, Vol. II, Vitoria, 1900.

GONZÁLEZ DE SÁMANO, MARIANO. *Memoria Histórica del Cólera Morbo Asiático* (dos tomos), 1858.

GONZÁLEZ MÍNGUEZ, CÉSAR; BAZÁN DÍAZ, IÑAKI. “La medicina en la

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición”, en Ramos Calvo, P.M. (Dir.) *Historia de la medicina en Álava*, Vitoria, 1997.

GONZALO BILBAO, F. “Las epidemias de cólera del siglo XIX en Álava”, en *Medicamento*, tomo III, nº 26, 1954.

GRANDES, FORTUNATO. *Apuntes Históricos de Salvatierra*, Diputación Foral Álava, Vitoria, 1982. 2ª reedición del original de 1905.

GRANJEL, LUIS S. (coordinador). *Diccionario histórico de Médicos vascos*, Seminario de Historia de la medicina vasca, UPV/EHU, Bilbao, 1993.

- “Los médicos en la Bascongada. Perfil profesional”, en VV.AA. *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao, 1985, págs. 45-53,

GRANJEL, MERCEDES. “Empresas sanitarias de la Bascongada. La preocupación higiénica y sanitaria”, en VV.AA. *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao, 1985.

H

HAUSER, PH. *Estudios Epidemiológicos relativos á la Etiología y Profilaxis del Cólera*, Imprenta y fundición de Manuel Tello, Madrid, 1887. Tomos I, II y VII.

HENNINGSEN, C. F. *Campaña de doce meses en Navarra y Vascongadas con el general Zumalacárregui*, Editorial Española, San Sebastián, 1939.

HERRERA GÓMEZ, MANUEL. *Los orígenes de la intervención estatal en los problemas sociales*, Escuela Libre Editorial, Madrid, 1999.

HOMOBONO, JOSÉ IGNACIO. “Estancamiento y atraso de la economía alavesa en el siglo XIX”, *Boletín de la Institución “Sancho el Sabio”*, Tomo XXIV, Vitoria, 1980.

I

IBÁÑEZ GRACIA, TOMÁS (Coordinador). *Ideologías de la vida*

cotidiana, Sendai ediciones, Barcelona, 1988.

IKERKETAK. “Aproximación a la demografía alavesa: la población de Vitoria (1680-1830)”, *La formación de Álava. 650 Aniversario del Pacto de Arriaga (1332-1982)*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1985, págs. 963-999.

IMIZCOZ BEUNZA, JOSÉ M^a. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

- “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. Los vitorianos en sociedad: vecindades, casas, cofradías y gremios de 1483 a 1800”, *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz*, N^o 56, Vitoria, 1995. Pág. 14-15.

IMÍZCOZ BEUNZA, JOSÉ M^a; MANZANOS, PALOMA. “Crónica de la ciudad. Vitoria y sus gentes en la Edad Moderna. La vida de los ricos y la vida de los pobres”, *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz*, N^o 102. Vitoria, 1998. Págs. 16-17.

- *Historia de Vitoria*, Editorial Txertoa, 1997.

ITURRATE SÁENZ DE LA FUENTE, JOSÉ. “El antiguo hospital de la villa de Arceniega”, *Scriptorium Victoriense*, 31, separata, 1984.

- “El antiguo hospital de Legutiano-Villarreal de Álava”, *Ohitura. Estudios de etnografía alavesa*, n^o 4, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1986.

IZARRA RETANA, JOSÉ DE. *Vecindades, Cofradías y Gremios. Artesanado de Alava*. Imprenta Hijo de Iturbe, Vitoria, 1940.

J

JIMÉNEZ SALAS, MARÍA. *Historia de la asistencia social en España en la edad moderna*, CSIC, Madrid, 1958.

JIMENO MAESTRO, JOSEFINA; CARRASCO ASENJO, MIGUEL. “La epidemia de cólera de 1971. Negar la realidad”, *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, Vol. 4, N^o 4, 2006, págs. 583-597.

JUZGADO DE 1^a INSTANCIA DE VITORIA. *Sentencias dictadas por el Juzgado de 1^a Instancia de esta capital en causas de celebridad notoria siendo una de estas la seguida contra Juan Díaz de Garayo y*

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Ruíz de Argandoña (a) Zurrumbon, sobre robo y homicidio de Manuel Audicana, Imp. Viuda de Iturbe e hijos, Vitoria, 1879.

K

KLEIN, NAOMI. *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*, editorial Paidós, 2008.

L

LAÍN ENTRALGO, PEDRO. *Historia de la Medicina*, Salvat editores S.A., edición especial para Laboratorios Beecham, Barcelona, 1982.

- *Historia Universal de la Medicina*, Edición digital en CD de Masson multimedia-LV&D.

LANDAZURI ROMARATE, JOAQUIN JOSE DE. *Historia civil de la M. N. y M. L. Provincia de Alava*, Vitoria, 1798. Reedición de la Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1976.

- *Historia civil, eclesiástica, política y legislativa de Victoria, sus privilegios, exenciones, franquezas y libertades*, Madrid, 1780. Reedición de la Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1976.

LARREA SAGARMINAGA, MARÍA ÁNGELES. “La sociedad vasca ilustrada”, en *La medicina vasca en la época del conde de Peñaflores*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao, 1985, págs. 27-32.

LAUREANO SAIZ MORENO. “La Sociedad Española de Higiene. Un siglo al servicio de la Salud Pública”, *Sanidad e Higiene Pública*, año LV, septiembre-octubre, Madrid, 1981. Págs. 1-28.

LÁZARO RUIZ, MERCEDES; GURRÍA GARCIA, PEDRO A. “Las crisis de mortalidad en La Rioja en el Antiguo Regimen”, *Demografía Histórica*, vol 7, Nº 1, 1989.

LE GOFF, JACQUES; SOURNIA, JEAN-CHARLES. (Presenté par). “Les maladies ont une histoire”, *L’histoire*, nº 74, Société D’éditions Scientifiques, 1985.

LEDERMANN DEHNHARDT, WALTER. *Una historia personal de las bacterias*, RIL Editores, Santiago de Chile, 2007.

- “A propósito del cólera: Max von Pettenkofer y su *Experimentum crucis*”, *Revista chilena de infectología*, 2003, págs. 84-85.

LEPE, PEDRO DE. *Constituciones Synodales antiguas, y modernas del Obispado de Calahorra y La Calzada. Reconocidas, reformadas, y avmentadas novissimamente por el ilustrísimo Sor D. Pedro de Lepe Obispo deste obispado, del consejo de sv Majestad, &c. En el Sínodo Diocesano, qve celebroy en la ciudad de Logroño, en el año de mil y seiscientos y noventa y ocho*, Impresas en Madrid por Antonio González de Reyes en 1700.

LEZAUN VALDUBIECO, JUAN. *Ética y valores en el hospicio de Vitoria. Ilustración y Romanticismo. «Una apuesta por la Vida y Dignidad de los Expósitos»*, Tesis doctoral inédita codirigida por María Isabel Marijuán Angulo y Jose María Urkia Etxabe, UPV/EHU, Bilbao, 2012.

LINAZAC CRISTÓBAL DE. *San Roque gloriosoaren novena. Edoceiñ demboretan eguiñ ditequena batez ere gaitza edo pestea danean*, Pedro gurruchaga-ren moldizteguien, Tolosan, 1865 garren urtean.

LLANOS ORTIZ DE LANDALUCE, ARMANDO (Dir.) *Álava en sus manos*, Tomo 3, Caja Provincial de Álava, Vitoria, 1983.

LOPEZ DE ELORRIA, MANUEL. *Memoria relativa a la epidemia de cólera en 1855*, A.T.H.A., DH 959-2.

LÓPEZ DE GUEREÑU GALARRAGA, GERARDO. *Voces alavesas*, Euskaltzaindia/R.A.L.V., 1998.

LÓPEZ DE GUEREÑU Iholdi, GERARDO. “Antiguos hospitales alaveses”, *Ohitura. Estudios de etnografía alavesa*, nº 4, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1986.

LÓPEZ PIÑERO, JOSÉ M^a. *Santiago Ramón y Cajal*, Publicaciones de la Universidad de Valencia, Editorial Universidad de Granada, 2006.

- *Historia de la Medicina*, Biblioteca historia 16, Madrid, 1990.

- “Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 80, núm. 5, sept-oct, Madrid, 2006.

- M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1984.

LÓPEZ PIÑERO, JOSÉ M^a; NAVARRO, V; PORTELA, E. *La revolución científica*, Biblioteca historia 16. Madrid, 1989.

LÓPEZ TERRADA, MARÍA LUZ. “El Hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria”, *Revista d’Història Medieval*, 7, Universitat de València. Págs. 192-204.

LORENZO PINAR, FRANCISCO JAVIER. *Muerte y ritual en la Edad Moderna. El caso de Zamora (1500-1800)*, Universidad de Salamanca, Salamanca, 1991.

M

MADOZ, PASCUAL. *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*”, Volumen XVI, Madrid, 1850.

- *Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de España y sus posesiones de Ultramar*, Vol. I, Madrid, 1845.

MANZANOS ARREAL, PALOMA. “La casa y la vida material en el hogar en la Vitoria del siglo XVIII”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

- “Trabajo y patrimonios en la Vitoria del siglo XVIII”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

MANZANOS ARREAL, PALOMA; VIVES CASAS, FRANCISCA. *La vida cotidiana de las mujeres en la Vitoria de los siglos XVIII y XIX*, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, Vitoria, 2005.

MARTÍN CERDEÑO, VÍCTOR J. “Consumo de pan en España”, *Distribución y Consumo*, Enero-Febrero 2011, Págs. 95-99, disponible en <http://www.mercasa.es/files/multimedios/1298392414_pag_095-099_Pan_3.pdf>.

MARTÍN MIGUEL, M^a ÁNGELES. “El marco urbano de la vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna”, *Gaceta Municipal de Vitoria-*

Gasteiz, Nº 58, Vitoria, 1995. Págs. 14-15.

- “Evolución y desarrollo urbanístico de Vitoria (siglos XVI-XX)”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

MARTÍN TARDÍO, JUAN JESÚS. *Las epidemias de cólera del siglo XIX en Mocejón (Toledo)*, Depósito Legal TO-406-2004. Disponible en: <<http://www.ranf.com/pdf/arti/colera.pdf>>.

MARTIN ZURRO, A; CANO PÉREZ, J.F. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 3ª edición, versión en CD.

MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, JESÚS. “Algunos remedios contra el cólera en Asturias en el siglo XIX”, *Boletín del Real Instituto de Estudios Asturianos*, Año nº 32, Nº 95, 1978, págs. 601-609.

MARTÍNEZ LACABE, EDUARDO. “La epidemia de cólera de 1855 en Navarra: demografía y mentalidad”, *Gerónimo de Uztariz*, nº 12, 1996, págs. 89-114.

MATA, LEONARDO. *El cólera: historia, prevención y control*, coedición de la UNED y la Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1992.

MATEO PÉREZ, ARMANDO. “La vida de los artesanos y el mundo del trabajo”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

- “Vida cotidiana en Vitoria-Gasteiz. Los gremios y las cofradías profesionales vitorianas”, *Gaceta Municipal de Vitoria-Gasteiz*, Nº 64, Vitoria, 1996. Págs. 18-19.

MAZA ZORRILLA, ELENA. *Pobreza y asistencia social en España, siglos XVI al XX: aproximación histórica*, Universidad de Valladolid, Valladolid, 1987.

- *Pobreza y beneficencia en la España contemporánea (1808-1936)*, Ariel, Barcelona, 1999.

MCKEOWN, THOMAS. *El crecimiento moderno de la población*, Antoni Bosch editor, Barcelona, 1978.

MESONERO ROMANOS, RAMÓN DE (El curioso parlante). *Memorias de un Setentón, natural y vecino de Madrid*. Disponible en Internet en la biblioteca digital “Cervantes virtual” -sin paginar en este formato-: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12471631033482617432657/p0000004.htm#I_80_>.

MOLERO MESA, JORGE. *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987.

MORAL RONCAL, ANTONIO MANUEL. *Las guerras carlistas*, Sílex ediciones, 2006.

MORELL BLANCH, ANTONIO. “La legitimación social de la pobreza”. *Anthropos*, Barcelona, 2002.

MORO, JOSÉ MARÍA. *Las epidemias de cólera en la Asturias del siglo XIX*, Universidad de Oviedo, serie Humanidades, Oviedo, 2003.

MUNOA ROIZ, JOSÉ LUIS; MENDINUETA, MARÍA DEL CARMEN. “Epidemias de cólera morbo sufridas por la ciudad de San Sebastián durante el siglo XIX”, *Boletín de estudios históricos sobre San Sebastián*, nº 16-17, 1982-1983, págs. 869-903.

MURILLO PÉREZ, MARÍA GUADALUPE. *Pobreza y beneficencia en Zamora: los Hospitales de Sotelo y La encarnación (1834-1874)*, Instituto de Estudios Zamoranos Florián de Ocampo, Zamora, 2000.

N

NÚÑEZ DE CEPEDA Y ORTEGA, MARCELO. *Hospitales Vitorianos. El santuario de la Sma. Virgen de Estíbaliz*, Imprenta del Monasterio de El Escorial, 1931.

- *La beneficencia en Navarra a través de los siglos*, Universidad de Navarra, Pamplona, 1940.

O

OLIVER OLMO, PEDRO. “El concepto de control social en la historia social: estructuración del orden y respuesta al desorden”, *Historia Social*, nº 51, 2005, págs.73-91.

OLIVER SÁNCHEZ, LILIA V. “Intensidad de las crisis demográficas en las ciudades de México y Guadalajara, 1800-1850”, *Takwá*, Nº 8, Otoño 2005, págs. 13-36.

ORTA RUBIO, ESTEBAN. “El cólera: La epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra”, *Príncipe de Viana*, año nº 45, nº 172, 1984.

ORTIZ DE ORRUÑO LEGARDA, JOSÉ M^a. “Del abrazo de Vergara al Concierto económico”, en Rivera, A. (dir.) *Historia de Álava*, ed. Nerea, San Sebastián, 2003.

- “La militarización de la sociedad vasca en tiempos de paz: los naturales armados (1823-1833)”, *Vasconia*, nº 26, 1998, págs. 23-40.

- “Valentín de Foronda (1751-1821). La trayectoria vital de un ilustrado alavés”, en VV.AA., *La historia de Álava a través de sus personajes*, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Vitoria, 2003. Págs. 93-106.

P

PABLO, SANTIAGO DE; RUBIO POBES, CORO. *Los liberales. Fuerismo y liberalismo en el País Vasco (1808-1876)*, Fundación Sancho el Sabio, Vitoria, 2002.

PALACIO LIS, IRENE; RUIZ RODRIGO, CÁNDIDO. *Asistencia social y educación: documentos y textos comentados para una historia de la educación social en España*, Universitat de Valencia, Valencia, 1996.

PALACIOS, XABIER (editor). *Ilustración y Revolución Francesa en el País Vasco*, Instituto de Estudios sobre Nacionalismos Comparados/ Nacionalismo Konparatuen Ikasketarako Institutua, Vitoria, 1991.

PARISET, ESQUIROL, DESGENETTES, LEROUX, JUGE, CHEVALLIER Y MARC. *Instrucción sobre el cólera-morbo asiático*, Traducción del francés, Tercera Edición, Imprenta de Delmas, Bilbao, 1832. Consultado ejemplar disponible en A.T.H.A. DH-218.

PÉREZ GARCÍA, JESÚS M^a. *La M.N. y M.L. Villa de Labastida*, Ayuntamiento de Labastida, 1985.

PÉREZ MOREDA, VICENTE. “Alimentación, desnutrición y crecimiento

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

económico. Reflexiones sobre la obra: El hambre en la historia”, *Agricultura y Sociedad*, nº 61, 1991, págs. 207-222;

- “Hambre, mortalidad y crecimiento demográfico en las poblaciones de la Europa preindustrial”, *Revista de Historia Económica*, Año VI, nº 3, 1988, págs. 709-735.

PÉREZ MOREDA, VICENTE; REHER, DAVID-SVEN. “Mecanismos demográficos y oscilaciones a largo plazo de la población europea (1200-1850)”, *Revista de Historia Económica*, Año IV, nº 3, 1986, págs 467-490.

PICAZO, JUAN J. *Guía práctica de vacunaciones*, guía 2002, disponible en <<http://www.vacunas.net>>.

PORRES MARIJUÁN, ROSARIO (dir.). *Vitoria, una ciudad de «ciudades»: (Una visión del mundo urbano en el País Vasco durante el Antiguo Régimen)*, UPV/EHU, Bilbao, 1999.

- “Alimentación y abastecimiento en Vitoria (siglos XVI-XVIII)”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

PORRES MARIJUÁN, ROSARIO; ARAGÓN RUANO, ÁLVARO. “A ambos lados de la muralla: los labradores entre Pintorería y el Arrabal”, en Porres Marijuán, Rosario (dir.) *Vitoria, una ciudad de «ciudades»: (Una visión del mundo urbano en el País Vasco durante el Antiguo Régimen)*, UPV/EHU, Bilbao, 1999, págs. 481-532.

PORTILLO, JOSÉ M^a. “Entre revolución y tradición (1750-1839)”, en Rivera, A. (dir.) *Historia de Álava*, ed. Nerea, San Sebastián, 2003.

PUERTO, F. JAVIER; SAN JUAN, CARLOS. “La epidemia de cólera de 1834 en Madrid. Aspectos sanitarios y socioeconómicos”, en *Estudios de Historia Social*, nº 15 (1980), págs. 9-61.

Q

QUINTERO, PABLO. “Apuntes antropológicos para el estudio del control social”, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica, nº 42, julio-agosto, 2005. Disponible en <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/623/62304210.pdf>>.

QUIZA BALLESTEROS, PETRONILO. *Historia e importancia de la higiene*, imprenta del colegio de sordo-mudos y de ciegos, Madrid, 1858.

R

RAMOS CALVO, PEDRO MANUEL (Dir.). *Historia de la medicina en Álava*, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Vitoria, 1997.

- *El cólera en Álava*, Azterlanak nº 14, Diputación foral de Álava, Vitoria, 1986.

REY GONZÁLEZ, ANTONIO M. *Estudios medico-sociales sobre marginados en la España del siglo XIX*, Ministerio de sanidad y consumo, Madrid, 1990.

RIVERA BLANCO, ANTONIO. “Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana”, en Imizcoz Beunza, J.M. (Dir.) *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*, Editorial Txertoa, 1995.

- *La ciudad Levítica, continuidad y cambio en una ciudad del interior (Vitoria, 1876-1936)*, Diputación Foral de Álava, Vitoria, 1992.

- *Historia de Álava*, ed. Nerea, San Sebastián, 2003.

RIVERA BLANCO, ANTONIO; ORTIZ DE ORRUÑO LEGARDA, JOSÉ M^a. “Un siglo de cambios espectaculares”, *Vitoria y el siglo XIX*, Ayuntamiento de Vitoria, 2002.

RODRÍGUEZ FLORES, M^a PILAR; ANTONA RODRÍGUEZ, M^a JOSÉ. *La percepción de la epidemia de cólera de 1885: Badajoz ante una crisis*, Universidad de Extremadura, Cáceres, 1999.

RODRÍGUEZ OCAÑA, ESTEBAN. *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Colección Textos clásicos españoles de la Salud Pública vol. nº 30, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1987.

- “La dependencia social de un comportamiento científico: Los médicos españoles y el cólera de 1833-35”, *Dynamis*, vol. 1, 1981,

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

págs. 101-130.

- “Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X, 2, 1992.

ROLLÁN, C.; BENAVIDES, M. (Editores). *Valentín de Foronda: los sueños de la razón*, Editora Nacional, Madrid, 1984.

ROURE, GERÓNIMO. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855*, Imp. Viuda de Manteli e Hijos, Vitoria, 1856.

- *Noticia histórica de la epidemia de viruelas observada en la ciudad de Vitoria y algunos pueblos de la provincia de Alava, en los años 1866 y 1867*, Imprenta de los hijos de Manteli, Vitoria, 1868.

RUEDA LAFFOND, JOSÉ CARLOS. “Madrid en torno a 1898: información y gestión urbana (higienismo y reforma municipal)”, *Historia y Comunicación Social*, núm. 3, Madrid, 1998.

RUIZ DE AZÚA Y MARTÍNEZ DE EZQUERECOCHA, ESTÍBALIZ. “La epidemia de cólera de 1855 en Vitoria”, en *Perspectivas de la España contemporánea. Estudios en homenaje al profesor V. Palacio Atard*, Madrid, 1986, págs. 189-220.

RUIZ DE LÓIZAGA, SATURNINO. “La epidemia de cólera de 1855 en Valdegovía”, *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*, Año 21, t. 21. Vitoria, 1977.

RUIZ RODRIGO, CÁNDIDO; PALACIO LIS, IRENE. *Pauperismo y educación. Siglos XVIII y XIX. Apuntes para una Historia de la Educación Social en España*, Universitat de Valencia, Valencia, 1995.

S

SAIZ MORENO, LAUREANO. “La Sociedad Española de Higiene: un siglo al servicio de la Salud Pública”, *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, septiembre-octubre, año LV, Madrid, págs. 1-28.

SANTOS ESCRIBANO, FRANCISCO. *Miseria, hambre y represión. El trasfondo de la Primera Guerra Carlista en Navarra. 1833-1839*, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, 2001.

SAONA, PEDRO; ASTUDILLO, JAVIER; FIGUEROA, MOISÉS; MARADIEGUE, EDUARDO. “Cólera en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú”, *Rev Med Hered*, 2(3): 112-116, 1991.

SCHOTT, HEINZ. *Die Chronik der Medizin*, edición española adaptada por Cid, Felip. “Crónica de la Medicina”, Editorial Plaza & Janés, Barcelona, 2004.

SERDÁN Y AGUIRREGAVIDIA, EULOGIO. *Vitoria, el libro de la ciudad*, Tomo IX, II Parte, Capítulo XVI (de 1833 a 1837), Colección Tradiciones alavesas, Editorial Amigos del Libro Vasco, 1985.

SILES GONZÁLEZ, JOSÉ; “Los cuidados de enfermería en el marco de la historia social y la historia cultural”, en González Canalejo, Carmen; Martínez López, Fernando (Eds.) *La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia*, Editorial Comares, Granada, 2010.

T

TELLECHEA IDÍGORAS, J. IGNACIO (editor). *La Ilustración vasca: cartas de Xavier María de Munibe, conde de Peñafiorida, a Pedro Jacinto de Alava*, Eusko Legebiltzarra/Parlamento Vasco, Vitoria, 1987.

TORRE, M.J.; MANZANO, C.; RUA, C. DE LA; “Grupos sanguíneos de la población autóctona de Alava”, *Munibe (Antropología y Arqueología)*, suplemento nº 6, San Sebastián, 1988, págs. 295-302.

U

URANGA, JOSÉ IGNACIO DE. *Diario de guerra del teniente general D. José Ignacio de Uranga (1834-1838)*, San Sebastián, 1959.

URBINA, MANUEL DE; RUIZ DE OLANO, SANTIAGO; FULLÁ Y RIBES, ANTONIO; ORIVE, LUIS. *Memoria facultativa presentada por los médicos titulares de esta ciudad, a la junta municipal de sanidad de la misma, sobre el cólera-morbo asiático, y método de su preservación y curación*, Viuda de Larumbe é hijo (Imp.), Vitoria, 1832

URTEAGA, LUIS. “Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX”, *Cuadernos críticos de Geografía Humana*, Año V, nº 29, noviembre de 1980,

Universidad de Barcelona.

V

VALADEZ FIGUEROA, ISABEL; VILLASEÑOR FARÍAS, MARTHA; ALFARO ALFARO, NOÉ. “Educación para la Salud: la importancia del concepto”, *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, Enero-marzo de 2004, 43-48.

VARGAS, M. F. M. DE. *La guerra en Navarra y provincias Vascongadas*, Imprenta de Don Baltasar Gonzalez, Madrid, 1848, edición de Editorial Amigos del Libro Vasco, Bilbao, 1985.

VELASCO Y FERNÁNDEZ DE LA CUESTA, LADISLAO DE. *Memorias del Vitoria de antaño*, Establecimiento Tipográfico de Domingo Sar, Vitoria, 1889.

VIDAL GALACHE, FLORENTINA. “La epidemia de cólera de 1834 en Madrid: Asistencia y represión a las clases populares”, en *Espacio, tiempo y forma*, Serie V, Historia contemporánea, 1989, págs. 271-280.

- *Madrid en el año del cólera. El drama de las clases populares*, documental de la Universidad Nacional de Educación a Distancia, programa 082/07-08.

VIDAL, JULIO; YI, AUGUSTO; SALINAS, EDUARDO; ADACHI, ROBERTO; VALDEZ, HERNÁN. “Relación entre grupo sanguíneo ABO y enfermedad diarreica aguda severa causada por *Vibrio cholerae*”, *Rev. Med. Hered*, 1991; 2(3): 108-111. Disponible en Internet en la dirección <<http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/2-3/v2n3ao1.htm>>.

VIDAURRÁZAGA E INCHAUSTI, JOSÉ LUIS. *Nobiliario Alavés de Fray Juan de Victoria. Siglo XVI*, La Gran Enciclopedia Vasca, Bilbao, 1975.

VIGARELLO, GEORGES. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*, Alianza Editorial, Madrid, 1991.

VILLANUEVA EDO, ANTONIO. “Estudio social e histórico de la epidemia de cólera de 1834 en Bilbao”, *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, Tomo 60, nº 2, 2004, págs. 541-565.

VIÑES RUEDA, JOSÉ JAVIER. “El Dr. D. Nicasio Landa, médico oficial de epidemias en la de cólera de 1854-1855”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 23, Nº 1, Enero-abril 2000.

- *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra (1870-1902)*, Gobierno de Navarra, colección Temas de Historia de la Medicina nº 5, 2006.

VITORIA ORTIZ, MANUEL. *Epidemias de cólera en Vizcaya en el siglo XIX. Estudio histórico-médico-topográfico*, La Gran Enciclopedia Vasca, ed. Bilbao, 1978.

VIVES, JUAN LUIS. *Del socorro de los pobres (De subventione pauperum)*, 1525, versión comentada de Lorenzo Riber, Marsiega editorial S.A., Madrid, 1985.

VV.AA. *Diccionario Retana de autoridades de la lengua vasca*, La Gran Enciclopedia Vasca, 1976.

-*Diccionario terminológico de ciencias médica*, 11ª edición, Salvat editores S.A., 1979.

- *Farreras-Rozman. Medicina Interna*, 13ª edición, versión en CD.

- *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 13ª edición, 2 vol. Interamericana-McGraw Hill, 1994.

- *Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión*, Ministerio de Trabajo y Seguridad social, Madrid, 1990.

- *La medicina vasca en la época del conde de Peñafiorida*, actas del primer congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao, 1985.

- *Los carlistas, 1800-1876*, Fundación Sancho el Sabio, colección Besaide, Vitoria, 1991.

WATTS, SHELDON. *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*, Editorial Andrés Bello, Barcelona, 2000.

Z

ZUBIRI VIDAL, FERNANDO; ZUBIRI DE SALINAS, RAMÓN. *Las*

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

epidemias de peste y cólera morbo-asiático en Aragón (Zaragoza, 1652 y 1885; Caspe, 1834; Alcañiz y Jaca, 1885), Colección Temas Aragoneses nº 32, Institución Fernando el católico, Zaragoza, 1980.

ZULUETA FERNÁNDEZ, JUAN PERFECTO DE. *El Pauperismo en Alava: inmigración a la capital, medios de combatirla*, Imprenta Provincial de Álava, Vitoria, 1900.

APÉNDICES

Apéndice 1.

- 1.1. Criterios de validación.
- 1.2. Mortalidad absoluta del periodo agosto-noviembre de 1834 en las localidades positivas y dudosas.
- 1.3. Índices Dupâquier de localidades positivas y dudosas.
- 1.4. Distribución geográfica de localidades positivas y dudosas.

1.1. Criterios de validación.

MUNICIPIOS y localidades. ⁸⁰⁸	Doc. 809	I.D. 810	≥45% 811	Val. 812
ALEGRÍA-DULANTZI				
Alegría-Dulantzi		0,69	45,8%	D ⁸¹³
Egileta		1,96	40%	NO
AMURRIO ⁸¹⁴				
Aloria		-0,30	50%	NO
Amurrio		-0,21	41,1%	NO
Artómaña		3,30	50%	D ⁸¹⁵
Astobiza		0,19	50%	NO
Baranbio		0,82	64,5%	NO
Delika		-0,69	100%	NO
Larrinbe		0,18	28,5%	NO
Lekamaña		-1,11	0%	NO

⁸⁰⁸ Los municipios están escritos en mayúsculas y negrita, y no son analizados en su conjunto. La relación de localidades recoge algunas hoy no existentes, tal como se señaló en el apartado correspondiente a la metodología del estudio cuantitativo. Su expresión gráfica responde al nomenclátor oficial de 2009.

⁸⁰⁹ Confirmación documental de casos de cólera. Sólo señalo los afirmativos, a tenor de que la revisión documental no ha sido pormenorizada en todas y cada una de las localidades.

⁸¹⁰ Índice Dupâquier.

⁸¹¹ Mortalidad igual o superior al 45% entre los meses de agosto y noviembre de 1834.

⁸¹² Validación. Si existe evidencia documental o si la población presenta un I.D. con intensidad mayor de 1 y una mortalidad entre agosto y noviembre $\geq 45\%$ se considerará como positiva a cólera (SÍ), en caso contrario se considerará negativa (NO). Tanto en un caso como en el otro he preferido señalar las poblaciones con características que pueden hacer dudar de la categorización anterior calificándola de dudosa (D).

⁸¹³ ID no llega a 1 por el gran pico de 1836. Presenta entre el 5 de julio y el 9 de agosto una curva con pico el 23 de julio más sugerente de epidemia que de acciones bélicas, aunque hay un ligero predominio masculino en la mortalidad.

⁸¹⁴ Se presentan datos de Astobiza como localidad independiente.

⁸¹⁵ Cumple los criterios y la sobremortalidad en 1834 es clara, pero hay un evidente predominio masculino en las defunciones y las poblaciones del entorno dan resultados negativos. Quizá se diera algún caso importado de cólera.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Lezama		-0,75	63,6%	NO
Saratxo		-1,60	0%	NO
Tertanga		-0,35	0%	NO
AÑANA				
Atiega/Atiaga		0,14	25%	NO
Salinas de Añana/Gesaltza-Añana		1,44	36,8%	NO
ARAMAIO				
Arexola		-1,01	100%	NO
Azkoaga		1,82	33,3%	NO
Barajuen		0,15	50%	NO
Etxaguen		-0,28	0%	NO
Gantzaga		-1,74	0%	NO
Ibarra		0,42	61,7%	NO
Olaeta		0,10	28,5%	NO
Untzilla		0,14	25%	NO
Uribarri		-0,95	50%	NO
ARMIÑÓN				
Armiñón	SI ⁸¹⁶	2,55	72,2%	SÍ
Estavillo		-1,27	100%	NO
Lacorzana		0	0%	NO
ARRAIA-MAEZTU⁸¹⁷				
Aletxa		-0,16	50%	NO
Apellániz/Apinaiz		2,97	50%	SÍ
Arenaza/Areatza		1,74	33,3%	NO
Atauri		0,08	0%	NO
Azáceta		-0,84	50%	NO
Cicujano/Zekuiano		1,46	100%	D ⁸¹⁸
korres		0,31	50%	NO
Leorza/Elortza		3,40	57,1%	SÍ
Maestu/Maeztu		4,45	65,7%	SÍ

⁸¹⁶ Ramos Calvo, op. cit., pág. 41, documenta al menos 5 casos declarados en Armiñón el día 3 de septiembre.

⁸¹⁷ No existen datos para las localidades de Ibisate y Real Valle de Laminoria.

⁸¹⁸ Cumple con los dos criterios, pero todos los fallecidos son hombres y el pico de octubre se da en torno a las fechas de la acción de Alegría.

Musitu		0,75	66,6%	NO
Onraitia/Erroeta		11,8	65%	D ⁸¹⁹
Róitegui/Erroitegi		4,93	83,3%	SÍ
Sabando		9,04	63,6%	SÍ
Vírgala mayor/Birgara goien		1,18	28,5%	NO
Vírgala menor/Birgara barren		0,42	0%	NO
ARRAZUA-UBARRUNDIA ⁸²⁰	SÍ ⁸²¹			
Arroiabe	SÍ ⁸²²	3,31	71,4%	SÍ
Arzubiaga		-1,08	100%	NO
Durana		2,70	66,6%	SÍ
Landa		-0,27	33,3%	NO
Luko		6,64	90%	SÍ
Mendibil		1,21	66,6%	D ⁸²³
Nanclares de Gamboa/ Langara-Ganboa		-0,49	60%	NO
Ullibarri-Gamboa		2,17	70,5%	SÍ
Ziriano		1,04	66,6%	D ⁸²⁴
Zuazo de Gamboa		0,38	33,3%	NO
Zurbano/Zurbao	SÍ ⁸²⁵	3,71	62,5%	SÍ
ARTZINIEGA ⁸²⁶				

⁸¹⁹ Cumple con los criterios, pero al igual que Cicujano y, en general las localidades de Arraia-Maeztu, el predominio es de defunciones masculinas. En este caso la mortalidad está concentrada entre el 14 y el 25 de octubre, con un pico el día 20 en el que se registran 4 fallecimientos y todos son hombres.

⁸²⁰ No hay datos para la localidad de Betolaza, mientras que sí se dispone para la hoy desaparecida Zuazo de Gamboa.

⁸²¹ El estadillo de la Gaceta de Madrid (nº 171, pág. 684, del 20/06/1835) señala que la Hermandad de Arrazua sufrió la epidemia con 15 fallecidos de los 60 invadidos. No especifica las localidades afectadas. Llamativamente aparece Zurbano de manera independiente en el estadillo.

⁸²² A.M.V. 17/27/18. Recoge al menos 3 fallecimientos por cólera. También en Boletín de Álava nº 125 del 17 de marzo de 1835, pág. 1.

⁸²³ Cumple con criterios pero, además de no presentar un pico definido, todos los fallecidos son varones.

⁸²⁴ Al igual que Mendibil no presenta un pico claro, y el predominio es masculino.

⁸²⁵ Gaceta de Madrid (nº 171, pág. 684, del 20/06/1835). 8 fallecidos de 30 invadidos. También en Boletín de Álava citado.

⁸²⁶ Carecemos de datos para las localidades de Campijo y de Gordeliz.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Artziniega		1,32	45,9%	SÍ
Mendieta		-1,74	0%	NO
Retes de Tudela/Erretes Tudela		-0,23	0%	NO
Santa Koloma		-0,77	0%	NO
Sojoguti/Soxoguti		-0,16	100%	NO
ASPARRENA				
Albéniz/Albeiz		1,11	66,6%	D ⁸²⁷
Ametzaga Asparrena		0,34	100%	NO
Andoin		0,67	50%	NO
Araia		2,06	60%	SÍ
Arriola		-0,09	0%	NO
Eguino		-0,20	50%	NO
Gordoa		0,34	33,3%	NO
Ibarguren		0	100%	NO
Ilarduia		3,25	83,3%	SÍ
Urabain		-3	0%	NO
AYALA/AIARA ⁸²⁸				
Agiñaga		3,44	25%	NO
Añes		-0,56	0%	NO
Beotegi		-1,49	100%	NO
Costera/Opellora		-0,47	100%	NO
Erbi		-0,29	100%	NO
Izoria		-0,43	60%	NO
Lejarzo/Lexartzu		-2,82	0%	NO
Llanteno		-0,43	25%	NO
Madaria		-1,79	100%	NO
Menagarai		-0,26	55,5%	NO
Menoio		2,56	50%	SÍ
Murga		-1,69	100	NO
Olabezar		-2,84	0%	NO
Ozeka		-2,14	0%	NO
Quejana/Kexaa		1,46	57,1%	SÍ
Respaldiza/Arespalditza		1,90	29,4%	D ⁸²⁹

⁸²⁷ Cumple los criterios pero no hay un pico claro y el predominio es masculino.

⁸²⁸ No hay datos para las localidades de Etxegoien, Luiaondo, Lujo y Maroño.

Retes de Llanteno		-1,01	0%	NO
Salmantón		-2,10	0%	NO
Sojo		2,17	30%	D ⁸³⁰
Zuaza/Zuhatza		0	57,1%	NO
BAÑOS DE EBRO/ MAÑUETA				
Baños de Ebro/Mañueta		-0,34	0%	NO
BARRUNDIA ⁸³¹				
Audikana		-1,72	100%	NO
Dallo		2,31	50%	D ⁸³²
Elgea		3,07	36,8%	D ⁸³³
Etura		-0,40	60%	NO
Etxabarri-Urtupiña		2,44	55,5%	SÍ
Garayo		-1,94	0%	NO
Gebara		2,73	66,6%	D ⁸³⁴
Heredia		7,11	75%	SÍ
Hermua		-1,38	0%	NO
Larrea		3,52	72,7%	SÍ
Larrintzar		0,96	33,3%	NO
Marieta		5,64	66,6%	SÍ
Maturana		-1,75	0%	NO
Mendijur		-0,48	50%	NO
Mendizabal		-1,72	0%	NO
Otaza de Barrundia		0,86	100%	NO
Ozaeta		-1,14	75%	NO
Urizar		0,25	0%	NO

⁸²⁹ No llega al 45%, pero el pico se produce en diciembre y la totalidad de los fallecidos son mujeres.

⁸³⁰ Al igual que en Respaldiza, no llega al 45% pero hay un pico en diciembre.

⁸³¹ No existen datos para la localidad de Zuhatzola, y sí para las localidades afectadas por el embalse de Ullibarri-Gamboa: Garayo, Mendizábal y Otaza de Barrundia.

⁸³² Cumple los criterios, pero no hay un pico claro.

⁸³³ No llega al 45% debido a un pico en junio -sin relación con el cólera-, pero la curva de septiembre es sugerente.

⁸³⁴ Cumple los criterios, pero no hay un pico claro.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

BERANTEVILLA ⁸³⁵				
Berantevilla		5,84	72,2%	SÍ
Escanzana		-1,33	0%	NO
Lacervilla		0,25	0%	NO
Mijancas		3,69	84,6%	SÍ
Santa Cruz del Fierro		1,58	62,5%	SÍ
Santurde		0,45	33,3%	NO
BERNEDO ⁸³⁶				
Angostina		0,49	16,6%	NO
Arluzea		-0,85	66,6%	NO
Bernedo		4,50	67,8%	SÍ
Berrozi		-2,82	0%	NO
Izarza		-1,35	0%	NO
Markinez		4,79	60%	SÍ
Navarrete		1,05	50%	SÍ
Okina		-1,38	0%	NO
San Román de Campezo / Durruma Kanpezu		-0,24	0%	NO
Urturi		1,74	55,5	D ⁸³⁷
Urturi		0,52	75%	NO
Villafría		0,16	75%	NO
CAMPEZO/KANPEZU				
Antoñana		3,55	52,1%	SÍ
Bujanda		2,11	55,5%	SÍ
Orbiso		4,65	76,4%	SÍ
Oteo		2,82	62,5%	SÍ
Santa Cruz de Campezo / Santikurutze Kanpezu	SÍ ⁸³⁸	7,18	50,6%	SÍ
ELBURGO/BURGELU ⁸³⁹				

⁸³⁵ No hay datos de las localidades de Lacorzanilla y Tobera.

⁸³⁶ No hay datos para la localidad de Quintana y sí de manera independiente para Berrozi e Izarza que hoy carecen de entidad local.

⁸³⁷ Cumple los criterios, pero hay un predominio de mortalidad masculina en octubre.

⁸³⁸ A.T.H.A. DH 3386.1. El médico titular de Vitoria D. Luis de Uribe es enviado en ayuda de la población de Santa Cruz de Campezo,

Añua		1,53	100%	SÍ
Argómaniz		-1,12	100%	NO
Azua		1,24	87,5%	SÍ
Elburgo/Burgelu		0,10	50%	NO
Gáceta		1,35	100%	SÍ
Hijona/Ixona		-1,87	0%	NO
Orenin		-1,31	100%	NO
ELCIEGO				
Elciego	SÍ ⁸⁴⁰	4,04	76,4%	SÍ
ELVILLAR/BILLAR				
Elvillar/Bilar		1,39	35,4%	D ⁸⁴¹
IRUÑA DE OCA / IRUÑA OKA ⁸⁴²				
Montevite		-1,01	100%	NO
Nanclares de la Oca / Langraiz Oka		0,06	71,4	NO
Trespuentes	SÍ ⁸⁴³	5,32	75%	SÍ
Villodas/Billoda		-1,47	0%	NO
IRURAIZ-GAUNA ⁸⁴⁴				
Acilu		3,16	100%	SÍ
Arrieta		1,89	66,6%	SÍ
Erentxun		1,14	100%	SÍ
Ezkerekotxa		-0,11	100%	NO
Gauna		0,89	85,7%	D ⁸⁴⁵
Gazeo		9,25	100%	SÍ

⁸³⁹ No hay datos para la localidad de Arbulo, pero sí de manera independiente para Azua y Orenin.

⁸⁴⁰ Boletín de Álava nº 125 del 17 de marzo de 1835, pág. 1.

⁸⁴¹ No alcanza el 45% pero se dan 7 defunciones -5 mujeres y 2 hombres- que carecen de mes y que tal vez sugiera un hecho catastrófico como el cólera.

⁸⁴² Carecemos de datos para la localidad de Ollávarre.

⁸⁴³ Gaceta de Madrid (Ibidem). Señala 16 fallecidos entre 60 invadidos para la localidad de Trespuentes. También en Boletín de Álava citado.

⁸⁴⁴ No hay datos para las localidades de Alaitza y Jauregi. Por el contrario se dispone de manera independiente de datos para Luzkando.

⁸⁴⁵ No alcanza un ID de 1 ya que los picos de 1835 y 1838 elevan la media y la desviación estándar, pero la curva en octubre es sugerente y el entorno es positivo.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Gereñu		2,10	42,8%	D ⁸⁴⁶
Langarika		1,77	100%	SÍ
Luzkando		1,16	33,3%	NO
Trokoniz		4,42	100%	SÍ
KRIPAN				
Kripan		0,25	66,6%	D ⁸⁴⁷
KUARTANGO ⁸⁴⁸				
Anda		0,45	50%	NO
Andagoia		-0,49	50%	NO
Aprikano		-0,84	100%	NO
Archúa		-0,70	0%	NO
Arriano		3,60	25%	D ⁸⁴⁹
Etxabarri-Kuartango		-2	100%	NO
Guillarte		1,03	80%	SÍ
Jokano		-1,79	0%	NO
Katadiano		-0,89	100%	NO
Luna		1,06	66,6%	D ⁸⁵⁰
Marinda		0,62	50%	NO
Santa Eulalia		-0,62	100%	NO
Sendadiano		-0,89	100%	NO
Tortura		0	0%	NO
Urbina de Basabe		-0,70	0%	NO
Urbina Eza		-1,62	100%	NO
Uribarri-Kuartango		-2,46	0%	NO
Villamanca		3,37	40%	NO
Zuhatzu-Kuartango		5	60%	D ⁸⁵¹
LABASTIDA / BASTIDA	SÍ ⁸⁵²			

⁸⁴⁶ No alcanza el 45% por poco, todo lo demás apoya la posibilidad de cólera.

⁸⁴⁷ Los picos de 1838 y 1839 bajan el ID, todo lo demás apoya la presencia de cólera.

⁸⁴⁸ Carecemos de datos para la localidad de Iñurrita.

⁸⁴⁹ No alcanza el 45%, pero sí lo haría con el pico que presenta en julio, periodo que debe valorarse como posible para el cólera.

⁸⁵⁰ Cumple los criterios, pero todos los difuntos del periodo son hombres.

⁸⁵¹ Cumple con los criterios, pero todos los difuntos del periodo son hombres.

Labastida	SÍ	4,59	77,5%	SÍ
Salinillas de Buradón/ Gatzaga Buradon		3,39	70,2%	SÍ
LAGRÁN				
Lagrán		1,95	28,5%	NO
Pipaón		0,54	69,2%	NO
Villaverde		6,03	71,4%	SÍ
LAGUARDIA ⁸⁵³				
Laguardia	SÍ ⁸⁵⁴	2,15	66,4%	SÍ
Páganos		-0,62	14,2%	NO
LANCIEGO/LANTZIEGO ⁸⁵⁵				
Lanciego/Lantziego		0,44	47,0%	NO
Viñaspre/Biasteri		-0,5	16,6%	NO
LANTARÓN ⁸⁵⁶				
Alcedo		-0,46	0%	NO
Bergüenda/Bergonda		3,37	31,8%	D ⁸⁵⁷
Caicedo-Yuso		0,69	50%	NO
Comunión/Komunioi		0,75	57,1%	NO
Fontecha		0,14	25%	NO
Leciñana del camino/Leziñana		-1,28	50%	NO
Molinilla		2,91	66,6%	D ⁸⁵⁸
Puentelarrá/Larrazubi		1,98	85%	SÍ
Salcedo		-1,16	50%	NO
Sobrón		0,66	42,8%	NO

⁸⁵² Gaceta de Madrid (ibidem), señala 112 fallecidos de 919 invadidos en *La Bastida* sin señalar si se refiere a la localidad o al municipio. Según esta publicación la epidemia acabaría en noviembre. El médico Luis de Oribe que asiste a la población habla de “la villa” en un sentido más de localidad (A.T.H.A. DH. 87-7). Pedro Ramos tiende a referirse más a nivel de localidad, pero hay excepciones, para Labastida señala 114 fallecidos entre 912 invadidos (op. cit. Pág. 44) y señala el fin de la epidemia el 15 de octubre.

⁸⁵³ No hay datos para las localidades de El Campillar y Laserna.

⁸⁵⁴ Boletín de Álava nº 125 del 17 de marzo de 1835, pág. 1.

⁸⁵⁵ No hay datos para la localidad de Assa.

⁸⁵⁶ No hay datos para la localidad de Zubillaga.

⁸⁵⁷ No llega al 45% pero presenta un pico sugerente en julio.

⁸⁵⁸ Cumple los criterios, pero todos los fallecidos son varones.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Turiso		-0,35	75%	NO
LAPUEBLA DE LABARCA				
Lapuebla de Labarca	SÍ ⁸⁵⁹	4,06	82,4%	SÍ
LEGUTIANO ⁸⁶⁰				
Elosu		1,90	54,5%	SÍ
Goiaín		0	100%	NO
Legutiano		2,52	77,7%	SÍ
Urbina		2,26	100%	SÍ
Urrúnaga		1,58	100%	SÍ
LEZA				
Leza		-1,39	33,3%	NO
LLODIO/LAUDIO				
Llodio/Laudio		2,60	54,5%	SÍ
MOREDA DE ÁLAVA				
Moreda de Álava		0,68	47,0%	NO
NAVARIDAS				
Navaridas		1,17	52,3%	D ⁸⁶¹
OKONDO				
Okondo		1,81	44,4%	D ⁸⁶²
OYÓN-OION				
Barriobusto/Gorrebusto		1,23	43,7%	D ⁸⁶³
Labraza		0,77	18,8%	NO
Oyón-Oion		1,29	33,3%	NO
PEÑACERRADA-URIZAHARRA ⁸⁶⁴	SÍ ⁸⁶⁵			

⁸⁵⁹ Boletín de Álava nº 125 del 17 de marzo de 1835, pág. 1.

⁸⁶⁰ Faltan datos para las localidades de Nafarrate y Ollerías.

⁸⁶¹ Cumple con los criterios, pero el predominio de defunciones masculinas es claro.

⁸⁶² Le falta muy poco para el 45% debido a que presenta un mortalidad elevada en mayo, pero todo lo demás apunta a que sí sufrió el cólera.

⁸⁶³ No llega al 45% pero la curva diaria de octubre es sugerente y de predominio femenino.

⁸⁶⁴ No hay datos para las localidades de Peñacerrada y Zumento.

⁸⁶⁵ La Gaceta de Madrid (Ibidem) señala 11 fallecimientos en “*Peñacerrada y su aldea*”. Igual que en otros casos deja dudas de a qué localidades se refiere. El Boletín de Álava citado también señala a Peñacerrada como afectada.

Baroja		0,20	50%	D ⁸⁶⁶
Faido		-0,75	0%	NO
Loza		-0,67	50%	NO
Montoria		-0,54	66,6%	NO
Payueta/Pagoeta		2,93	61,9%	SÍ
Peñacerrada /Urizarra	SÍ			SÍ
RIBERA ALTA/ ERRIBERAGOITIA ⁸⁶⁷				
Antezana de la Ribera		1,69	77,7%	SÍ
Anúcita		-0,53	100%	NO
Arbígano		-0,65	100%	NO
Arreo		-3	0%	NO
Artaza/Artatza		-2,17	0%	NO
Barrón		-2,18	0%	NO
Basquiñuelas		-0,40	0%	NO
Caicedo-Sopeña		-1,71	0%	NO
Carasta		0	0%	NO
Castillo-Sopeña		1	50%	D ⁸⁶⁸
Escota/Axkoeta		0,28	0%	NO
Hereña		-1,14	100%	NO
Lasierra		-0,40	0%	NO
Leciñana de la Oca		-0,13	50%	NO
Morillas		1,04	33,3%	D ⁸⁶⁹
Nuvilla		0	0%	NO
Ormijana		-0,35	0%	NO
Paúl		2,27	50%	D ⁸⁷⁰
Pobes		-2,66	0%	NO
San Miguel		5,26	20%	D ⁸⁷¹
San Pelayo		0,28	0%	NO

⁸⁶⁶ Está lejos de un ID ≥ 1 , pero la mortalidad de 1838 distorsiona la media y la desviación. La curva de octubre y noviembre es sugestiva de episodio epidémico.

⁸⁶⁷ Se cuenta con datos para Carasta y San Pelayo, que hoy carecen de entidad local.

⁸⁶⁸ Cumple con los criterios, pero la reducida mortalidad es además masculina.

⁸⁶⁹ No llega al 45%, pero presenta el pico en diciembre.

⁸⁷⁰ Cumple los criterios, pero la reducida mortalidad es toda masculina.

⁸⁷¹ No llega al 45%, pero presenta el pico en diciembre.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Subijana-Morillas		6,51	63,6%	SÍ
Tuyo		0,33	66,6%	NO
Villabazana		3,56	60%	SÍ
Villaluenga		0	0%	NO
Villambrosa		0	50%	NO
Vitoria		-0,45	50%	NO
RIBERA BAJA/ERRIBERA				
Igay		-1,60	0%	NO
Manzanos		0,43	100%	NO
Mellede		-0,76	0%	NO
Quintanilla de la Ribera		-1,57	0%	NO
Rivabellosa		-0,74	66,6%	NO
Rivaguda		-0,18	100%	NO
SALVATIERRA/AGURAIN ⁸⁷²	SÍ ⁸⁷³			
Alangua		-0,44	50%	NO
Arrizala		6,56	54,5%	SÍ
Egileor		1,26	66,6%	SÍ
Opakua		6,61	42,8%	D ⁸⁷⁴
Salvatierra/Agurain	SÍ	10,5	73,6%	SÍ
SAMANIEGO				
Samaniego		0,82	23,0%	D ⁸⁷⁵
SAN MILLÁN/ DONEMILIAGA ⁸⁷⁶				
Adana		2,03	20%	D ⁸⁷⁷
Aspuru/Axpuru		1,87	69,2%	D ⁸⁷⁸

⁸⁷² Se carece de datos para la localidad de Iturrieta.

⁸⁷³ La Gaceta de Madrid (Ibidem) señala 84 fallecidos y 211 afectados en Salvatierra. No especifica si es en el municipio o en la localidad. También se cita a Salvatierra en el Boletín de Álava, refiriéndose en este caso a la localidad..

⁸⁷⁴ Le falta poco para el 45% pero presenta también mortalidad en julio y diciembre.

⁸⁷⁵ No alcanza un ID de 1 debido a la distorsión de 1835, y tampoco llega al 45% pero el pico se da en diciembre con una mortalidad, sólo ese mes, de un 38,4% y de predominio claramente femenino.

⁸⁷⁶ Se cuenta con datos para Barria.

⁸⁷⁷ No alcanza el 45% pero el pico se da en diciembre.

Barria		-0,58	0%	NO
Eguilaz/Egilatz		-0,17	100%	NO
Galarreta		5,67	50%	SÍ
Luzuriaga		2,22	60%	D ⁸⁷⁹
Mezkia		-2,57	0%	NO
Munain		3,13	100%	SÍ
Narbaiza		2,83	68,7%	SÍ
Okariz		-0,41	100%	NO
Ordoñana/Erdoñana		5,65	100%	D ⁸⁸⁰
San Román de San Millán/Durruma		-1,31	0%	NO
Txintxetru		-1,01	100%	NO
Ullibarri-Jauregi/Uribarri-Jauregi		3,67	38,4%	D ⁸⁸¹
Vicuña/Bikuña		5,23	77,7%	SÍ
Zuazo de San Millán/ Zuhatsu Donemiliaga		2,22	66,6%	SÍ
URKABUSTAIZ ⁸⁸²				
Abezia		2,58	25%	NO
Abornikano		1,80	37,5%	NO
Beluntza		2,08	50%	SÍ
Goiuri-Ondona		-0,32	100%	NO
Inoso		-0,44	50%	NO
Izarra		2,97	50%	SÍ
Oiardo		0,59	50%	NO
Uzkiano		1,19	100%	D ⁸⁸³
VALDEGOVÍA/GAUBEA ⁸⁸⁴				

⁸⁷⁸ Cumple los criterios, pero durante el pico de octubre la mortalidad es completamente masculina. Presenta un segundo pico de predominio femenino en diciembre, tal vez la verdadera epidemia como el caso de Adana.

⁸⁷⁹ Cumple con los criterios, pero durante noviembre todos son hombres.

⁸⁸⁰ Cumple con los criterios, pero durante octubre todos son hombres.

⁸⁸¹ No alcanza el 45%, pero el pico se da en diciembre.

⁸⁸² Se carece de datos para las localidades de Apreguindana, Larrazketa y Unzá.

⁸⁸³ Cumple con los criterios, pero la mortalidad es en su totalidad masculina.

⁸⁸⁴ No hay datos para las localidades de Karkamu y Villamardones. Por otra parte, los datos de Ribera y Valderejo aparecen juntos.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Acebedo		-1,65	0%	NO
Astúlez		0,47	0%	NO
Bachicabo		1,60	40%	NO
Barrio		1,54	45,4%	SÍ
Basabe		2,37	66,6%	SÍ
Bellojín		1,04	100%	D ⁸⁸⁵
Bóveda		-0,18	40%	NO
Caranca		2,48	85,7%	D ⁸⁸⁶
Corro		-0,56	0%	NO
Espejo		3,09	53,1%	SÍ
Fresneda		-0,91	0%	NO
Guinea		-0,41	0%	NO
Gurendes		-0,63	50%	NO
Lahoz		0,96	66,6%	NO
Lalastra		1,99	71,4%	SÍ
Mioma		-2,08	0%	NO
Nograrro		3,33	100%	D ⁸⁸⁷
Osma		1,01	50%	SÍ
Pinedo		0	50%	NO
Quejo		-0,29	0%	NO
Quintanilla		1,28	40%	D ⁸⁸⁸
Ribera y Valderejo		0,96	100%	D ⁸⁸⁹
Tobillas		2,62	0%	NO
Tuesta		0,62	60%	NO
Valluerca		0,73	100%	NO
Villamaderne		0,03	33,3%	NO
Villanañe		1,77	64,2%	SÍ
Villanueva de Valdegovía		4,66	42,8%	D ⁸⁹⁰

⁸⁸⁵ Cumple los criterios, pero todos los difuntos son hombres.

⁸⁸⁶ Al igual que Bellojín, cumple los criterios pero todos los difuntos son hombres.

⁸⁸⁷ También cumple con los criterios, pero todos los fallecidos son hombres.

⁸⁸⁸ No alcanza el 45% pero en julio se da otro 40% de los fallecimientos.

⁸⁸⁹ No llega a un ID de 1 por la distorsión en esa localidad del año 1837.

⁸⁹⁰ Le falta un poco para el 45%, pero otro 40% de las defunciones se da en diciembre.

VALLE DE ARANA/HARANA				
Alda		1,78	75%	D ⁸⁹¹
Contrasta		4,50	34,7%	NO
San Vicente de Arana/ Done Bikendi Harana		1,43	50%	SÍ
Ullibbarri-Arana/Uribarri-Arana		1,40	75%	SÍ
VILLABUENA DE ÁLAVA/ ESKUERNAGA				
Villabuena de Álava/Eskuernaga		0,98	36,3%	NO
VITORIA-GASTEIZ ⁸⁹²	SÍ ⁸⁹³			
Aberásturi	SÍ ⁸⁹⁴	1,53	61,5%	SÍ
Abetxuko	SÍ ⁸⁹⁵	2,68	66,6%	SÍ
Ali/Ehari		1,70	100%	SÍ
Amárita	SÍ ⁸⁹⁶	-0,76	100%	SÍ
Andollu		3,31	66,6%	D ⁸⁹⁷
Antezana de Foronda		-0,55	100%	NO

⁸⁹¹ Cumple los criterios pero toda la mortalidad es masculina.

⁸⁹² No hay datos de las localidades de Eskibel y de Mendiguren. Si los hay en cambio para el núcleo de Otaza, antigua localidad de la hermandad de Badajoz.

⁸⁹³ A.M.V. 17/27/18. “*El numero de los acometidos del colera morbo en la población de esta Ciudad y 20 de los 43 pueblos de que se compone su jurisdicción que tambien han sido invadidos asciende a 254 individuos*”. La Gaceta de Madrid por su parte generaliza “*Vitoria y los 43 pueblos de su jurisdicción*”. Sin embargo, incluso en la documentación municipal se contradice, ya que en diferentes expedientes se documenta la acción del cólera en Vitoria y en 24 localidades de su jurisdicción de entonces, ya que en el listado de Vitoria de la presente tabla están incluidas las localidades de la entonces hermandad de Badajoz: Antezana, Aranguiz, Artaza, Astegieta, Foronda, Guereña, Legarda, Lopidana, Mandojana, Mendiguren, Otaza, Ullibbarri de Viña y Yurre, que la Gaceta de Madrid señala también de manera genérica, “*Hermandad de Badajoz*”, como afectada por el cólera con un único fallecido de los 24 invadidos.

⁸⁹⁴ A.M.V. 17/27/18. “*Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”. También en B.A. citado.

⁸⁹⁵ A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”. También en B.A.

⁸⁹⁶ Ibidem.

⁸⁹⁷ Cumple con los criterios, pero dada la reducida mortalidad no se aprecia con claridad una curva epidémica.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Aránguiz/Arangiz	SÍ ⁸⁹⁸	-0,6	50%	SÍ
Arcaute	SÍ ⁸⁹⁹	1,45	87,5%	SÍ
Arechavaleta	SÍ ⁹⁰⁰	-0,44	33,3%	SÍ
Argandoña		0,88	75%	NO
Aríñez	SÍ ⁹⁰¹	0,17	100%	SÍ
Arkaia	SÍ ⁹⁰²	8,69	81,8%	SÍ
Armentia		-0,38	100%	NO
Arriaga	SÍ ⁹⁰³	-0,20	33,3%	SÍ
Artaza de Foronda		-1,1	0%	NO
Askartza	SÍ ⁹⁰⁴	-1,06	0%	SÍ
Asteguieta		0,95	40%	D ⁹⁰⁵
Berrosteguieta		-1,51	0%	NO
Betoño	SÍ ⁹⁰⁶	0,99	55,5%	SÍ

⁸⁹⁸ Ramos Calvo (op. cit. Pag. 44). “A mediados del mes siguiente hay más invadidos [...] con dos nuevas víctimas en Aranguiz (ambos llegaron ese mismo día de Vizcaya...)”. La Gaceta de Madrid por su parte señala como afectada la “*Hermandad de Badajoz*” a la que pertenecía Aranguiz.

⁸⁹⁹ A.M.V. 17/27/18. “*Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”. También en A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”.

⁹⁰⁰ A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”.

⁹⁰¹ La Gaceta de Madrid señala 1 fallecido de los dos afectados en Aríñez. Esta limitada mortalidad explicaría lo reducido del índice de Dupâquier. No aparece sin embargo en la documentación municipal, si bien existen algunas cartas remitidas por pueblos a Vitoria aludiendo a casos de cólera en sus demarcaciones sin que conste el pueblo remitente, además la práctica totalidad de las notificaciones a Vitoria son del mes de septiembre, por lo que si estuvo afectada después (el pico fue en octubre) no aparecería.

⁹⁰² A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”.

⁹⁰³ Ibidem.

⁹⁰⁴ A.M.V. 17/27/18. “*Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”, y en el expediente anterior.

⁹⁰⁵ No llega a 1 en el ID por el valor extremo de 1837 y tampoco llega al 45%, pero el pico se da en julio.

⁹⁰⁶ A.M.V. 17/27/18. “*Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria*”. También en B.A.

Bolívar		0	100%	NO
Castillo/Gaztelu	SÍ ⁹⁰⁷	1,61	87,5%	SÍ
Crisprijana/Krispiñana		-0,68	0%	NO
Elorriaga	SÍ ⁹⁰⁸	3,09	70%	SÍ
Estarrona		0,86	87,5%	D ⁹⁰⁹
Foronda		-1,15	100%	NO
Gamarra mayor/Gamarra nagusia	SÍ ⁹¹⁰	-0,56	50%	SÍ
Gamarra menor	SÍ ⁹¹¹	2,55	75%	SÍ
Gamiz		3,76	62,5%	D ⁹¹²
Gardelegi	SÍ ⁹¹³	-0,05	100%	SÍ
Gobeo		3,5	50%	SÍ
Gometxa		-1,92	0%	NO
Guereña		0,16	100%	NO
Hueto abajo-Oto barren		-1,01	100%	NO
Hueto arriba/Oto goien		0,18	50%	NO
Ilarratza		0,13	28,5%	NO
Junguitu/Jungitu	SÍ ⁹¹⁴	2,50	66,6%	SÍ

⁹⁰⁷ Ibidem. También en A.M.V. 17/27/18. Vitor Velez, quien informa de los huérfanos y familias... señala que *“Es muy regular que haya muchas mas pobres familias en la Jurisdicción pero no tengo noticia que se hallen tan necesitados como los referidos. El Cura de Mendiola podra dar razon de Mendiola y Castillo que es donde ha hecho mayores estragos”*. También en B.A.

⁹⁰⁸ A.M.V. 17/27/18. *“Lo que puedo decir á V en orden al particular que cita en esta [carta] es que hay en este pueblo seis personas tercianarias, y una con un golpe en un pie, y de grabedad otra que há tenido cólicos y há sanado, y ótra que esta actualmente con cólicos y calambres fuertes, y con ciertos síntomas de la enfermedad reynante del Colera y aunque está de grabedad pero con alguna mejoría [...] No ha habido en el termino que uno dice, sino un adulto muerto, pero enfermo habitual desde hace dos años. Y para que conste doy el presente certificado. En Elorriaga á 19 de Sep de 1834.”* También en Boletín de Álava.

⁹⁰⁹ No llega a un ID de 1 por los valores de 1836 y 1837, pero la curva es sugerente.

⁹¹⁰ A.M.V. 17/27/18. *“Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”*.

⁹¹¹ Ibidem.

⁹¹² Cumple los criterios, pero todos los fallecidos son hombres.

⁹¹³ A.M.V. 17/27/18. *“Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”*.

⁹¹⁴ Ibidem.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Lasarte		0,27	0%	NO
Legarda		0,05	100%	NO
Lermanda		0	100%	NO
Lopidana		2,68	50%	D ⁹¹⁵
Lubiano		0,86	33,3%	NO
Mandojana		-1,04	0%	NO
Margarita		-0,63	100%	NO
Mártioda		-0,48	100%	NO
Matauco		0,93	83,3%	D ⁹¹⁶
Mendiola	SÍ ⁹¹⁷	4,69	78,9%	SÍ
Mendoza		-1,08	50%	NO
Miñano mayor	SÍ ⁹¹⁸	2,52	60%	SÍ
Miñano menor/Miñao gutxia	SÍ ⁹¹⁹	0,92	50%	SÍ
Monasterioguren	SÍ ⁹²⁰	2,89	66,6%	SÍ
Oreitia	SÍ ⁹²¹	2,91	60%	SÍ

⁹¹⁵ Cumple con los criterios, pero todas las defunciones son de varones.

⁹¹⁶ No alcanza un ID de 1 por la sobremortalidad de 1836 y 1837, pero la curva es sugerente aunque en octubre el predominio es masculino.

⁹¹⁷ A.M.V. 17/27/18. El 26 de septiembre Eugenio de Arroyabe, cura de Mendiola remite dos expresivas misivas de la situación vivida aquellos días: “... me estenderia mas en las observaciones sino me lo impidiera el incesante trabajo, y el tener que ir sin perdida de un momento á sacramentar á uno de los pacientes” “que á las dos de esta mañana ha muerto la enferma, para quien hayer se pidio el medico; y el otro el día 28; de la cual dio el primer parte [...] que se hallaba mejorada, y fuera de peligro, ha dado el mismo fin esta mañana á las siete. ¡me entristezco y llena de desconsuelo al ver visitas tan poco observadas y detenidas! [...] Todos los dias se presentan muchos enfermos aunque al presente no hay alguno que este amenazado del mayor peligro. Yo me hallo sumamente estropeado y canso pero espero V el señor me conceda alivio, si me dexan un poco de reposo”. También en B.A.

⁹¹⁸ A.M.V. 17/27/18. “Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”.

⁹¹⁹ A.M.V. 17/27/18. “La urgencia no permite la reunion de la Junta Provincial de Sanidad, y me dirijo á V esperando tome las providencias conducentes para que un facultativo se traslade desde luego á dho pueblo [Miñano menor] con el fin de atender á los enfermos acometidos del cólera”. 21 de septiembre de 1834.

⁹²⁰ A.M.V. 17/27/18. “Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”.

⁹²¹ Ibidem. También en A.M.V. 17/27/18. “Razon de los Huerfanos y Familias que han quedado mas indigentes en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria”.

Otaza		0,68	50%	NO
Otazu	SÍ ⁹²²	1,83	66,6%	SÍ
Retana	SÍ ⁹²³	3,08	100%	SÍ
Subijana de Álava/ Subillana-Gasteiz		-0,04	66,6%	NO
Ullibarri de los Olleros/ Uribarri Nagusia		0,26	75%	NO
Ullibarri-Arrazua		1,75	75%	SÍ
Ullibarri-Viña/Uribarri-Dibiña		-0,64	100%	NO
Villafranca	SÍ ⁹²⁴	6	88,8%	SÍ
Vitoria	SÍ ⁹²⁵	2,98	45,5%	SÍ
Yurre/Ihurre		2,61	0%	NO
Zerio		1	0%	D ⁹²⁶
Zuazo de Vitoria/Zuhatzu		0,03	33,3%	NO
Zumelzu/Zumeltzu		-13,1	0%	NO
YÉCORA/IEKORA				
Yécora/Iekora		3,92	21,2	NO
ZALDUONDO				

⁹²² Ibidem.

⁹²³ Ibidem. También en Boletín de Álava citado.

⁹²⁴ A.M.V. 17/27/18. “...el día beinte y seis del mes antecedente [agosto] enfermo un Hombre y al principio de su mal se le hizo una sangría y labativas, el día treinta del mismo lo acometió un dolor fuerte en el vientre complicado con colico y un temblor general de su cuerpo, a la sazón que se allava el cirujano, lo medicinó y curó con el ¿zaité?, ladrillos calientes, botellas de agua caliente y bino cocido con romoro empado en un retazo de saral, en ese día fué llamado a petición de los de la casa un Medico de esa Ciudad, y vino Dn Luis de Oribe y abiendolo visitado pronostico su muerte y no se engañó, pues el día uno del presente mes murio a las dos de la mañana sin dar lugar para nada; [...] En cuanto á los enfermos que hay en el Pueblo no merecen llevar ni poner la atención.” Villafranca, 20 de septiembre de 1834. Ramos Calvo, cita este caso como el primero documentado de la epidemia en Álava, lo que es absurdo.

⁹²⁵ A.M.V. Armario 17, legajo 27 “Sanidad, Peste y Epidemias”. El expediente 18 recoge todos los documentos señalados con esta signatura, entre los que se conserva al menos 3 copias del escueto informe remitido a la comisión regia en el que se prioriza la expresión de un resumen de los gastos realizados por el municipio a consecuencia del cólera.

⁹²⁶ El 100% de las defunciones ocurre en julio y el predominio es femenino.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Zalduondo		5,07	69,2%	SÍ
ZAMBRANA ⁹²⁷				
Berganzo		1,83	50%	SÍ
Ocio		1,52	48,1%	SÍ
Portilla		2,82	55,5%	SÍ
Zambrana		6,47	78,2	SÍ
ZIGOITIA ⁹²⁸				
Acosta/Okoizta		0,47	50%	NO
Apodaka		-0,94	50%	NO
Berrikano		0,20	0%	NO
Buruaga		2,76	50%	SÍ
Eribe		0	0%	NO
Etxabarri-Ibiña		0,51	75%	NO
Gopegi	SÍ ⁹²⁹	0,53	60%	SÍ
Larrinoa		0,32	50%	NO
Letona		0,36	0%	NO
Manurga		-0,58	50%	NO
Mendarozketa		1,35	100%	SÍ
Murua		0	100%	NO
Olano		-0,33	0%	NO
Ondategi		0,56	77,7%	D ⁹³⁰
Zaitegi		-0,42	0%	NO
Zestafe		0,22	0%	NO
ZUIA ⁹³¹				
Ametzaga (Zuia)		-0,84	50%	NO
Aperregi		-0,49	66,6%	NO
Bitoriano		0,05	100%	NO
Domaikia		3,88	81,8%	SÍ

⁹²⁷ Aunque todas las localidades de Zambrana cumplen los criterios de positivo al cólera presentando pico en octubre, todas ellas inician la curva en julio, alguna incluso con un primer pico, caso de Ocio.

⁹²⁸ Carecemos de datos para la localidad de Etxaguen de Zigoitia.

⁹²⁹ La Gaceta de Madrid se hace eco del fallecimiento de la única persona afectada por el cólera en dicha localidad.

⁹³⁰ No alcanza un ID de 1 debido a la distorsión en esa localidad del año 1838.

⁹³¹ No hay datos para las localidades de Altube y Ziorraga.

Guillerna/Gilierna		-0,98	0%	NO
Jugo		1,43	66,6%	D ⁹³²
Lukiano		1,68	50%	D ⁹³³
Markina		1,23	66,6%	SÍ
Murgia		4,36	78,2%	SÍ
Sarría		-0,27	0%	NO
Zárate		-0,58	50%	NO

⁹³² Cumple los criterios, pero todas las defunciones son de varones.

⁹³³ Cumple los criterios, pero no se aprecia un pico claro debido a la escasa mortalidad.

1.2. Mortalidad absoluta del periodo agosto-noviembre de 1834 en las localidades positivas y dudosas.

MUNICIPIO-Localidad	Ago-Nov
VITORIA-GASTEIZ-Vitoria-Gasteiz	247
SALVATIERRA-Salvatierra	126
LABASTIDA-Labastida	121
LAGUARDIA-Laguardia	89
LLODIO-Llodio	48
LAPUEBLA DE LABARCA-Lapuebla de Labarca	47
ELCIEGO-Elciego	39
CAMPEZO-Santa Cruz de Campezo	38
ZAMBRANA-Zambrana	36
VILLARREAL-Villarreal	28
CAMPEZO-Orbis	26
LABASTIDA-Salinillas de Buradón	26
ARRAIA-MAEZTU-Maestu	23
BERNEDO-Bernedo	19
BARRUNDIA-Heredia	18
IRUÑA DE OCA-Trespuentes	18
ZALDUONDO-Zalduondo	18
ZUIA-Murguía	18
ARTZINIEGA-Artziniega	17
LANTARÓN-Puentelarrá	17
VALDEGOVÍA-Espejo	17
ARRAIA-MAEZTU-Apellániz	16
BARRUNDIA-Marieta	16
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Zurbano	15
VITORIA-GASTEIZ-Mendiola	15
ARMIÑÓN-Armiñón	13
ARRAIA-MAEZTU-Onrait	13
BERANTEVILLA-Berantevilla	13
LEGUTIANO-Urrúnaga	13
PEÑACERRADA-URIZAHARRA-Payueta	13

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ZAMBRANA-Ocio	13
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ullibarri-Gamboa	12
CAMPEZO-Antoñana	12
BERANTEVILLA-Mijancas	11
NAVARIDAS-Navaridas	11
SAN MILLÁN-Narvaja	11
LAGRÁN-Villaverde	10
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Luko	9
BERNEDO-Marquínez	9
IRURAIZ-GAUNA-Gazeo	9
SAN MILLÁN-Aspuru	9
VALDEGOVÍA-Villanañe	9
VITORIA-GASTEIZ-Ali	9
ZUIA-Domaikia	9
BARRUNDIA-Larrea	8
IRURAIZ-GAUNA-Erenchun	8
VITORIA-GASTEIZ-Aberásturi	8
VITORIA-GASTEIZ-Abetxuko	8
VITORIA-GASTEIZ-Junguitu	8
VITORIA-GASTEIZ-Villafranca	8
ARRAIA-MAEZTU-Sabando	7
ELBURGO-Azúa	7
LEGUTIANO-Urbina	7
RIBERA ALTA-Antezana de la Ribera	7
RIBERA ALTA-Subijana-Morillas	7
SAN MILLÁN-Vicuña	7
VITORIA-GASTEIZ-Arcaute	7
VITORIA-GASTEIZ-Castillo	7
VITORIA-GASTEIZ-Elorriaga	7
ZAMBRANA-Berganzo	7
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Durana	6
ASPÁRRENA-Araia	6
LEGUTIANO-Elosu	6
SALVATIERRA-Arrizala	6
VALDEGOVÍA-Caranca	6

VITORIA-GASTEIZ-Retana	6
ZUIA-Marquina	6
AMURRIO-Artómaña	5
ARRAIA-MAEZTU-Cicujano	5
ARRAIA-MAEZTU-Róitegui	5
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Arroiabe	5
ASPÁRRENA-Ilarduia	5
BARRUNDIA-Etxabarri-Urtupiña	5
BERANTEVILLA-Santa Cruz del Fierro	5
BERNEDO-Urarte	5
CAMPEZO-Bujanda	5
CAMPEZO-Oteo	5
ELBURGO-Añúa	5
SAN MILLÁN-Munain	5
SAN MILLÁN-Ordoñana	5
VALDEGOVÍA-Barrio	5
VALDEGOVÍA-Lalastra	5
VALDEGOVÍA-Nograro	5
VITORIA-GASTEIZ-Betoño	5
VITORIA-GASTEIZ-Gámiz	5
ZAMBRANA-Portilla	5
ARRAIA-MAEZTU-Leorza	4
AYALA-Menoio	4
AYALA-Quejana	4
BARRUNDIA-Guevara	4
ELBURGO-Gáceta	4
IRURAIZ-GAUNA-Acilu	4
IRURAIZ-GAUNA-Langarika	4
KUARTANGO-Guillarte	4
SALVATIERRA-Egileor	4
SAN MILLÁN-Zuazo de San Millán	4
VALDEGOVÍA-Basabe	4
VALLE DE ARANA-San Vicente de Arana	4
VITORIA-GASTEIZ-Andollu	4
VITORIA-GASTEIZ-Arriñez	4

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

VITORIA-GASTEIZ-Otazu	4
ZIGOITIA-Buruaga	4
ZUIA-Jugo	4
BARRUNDIA-Dallo	3
BERNEDO-Navarrete	3
IRURAIZ-GAUNA-Trokoniz	3
KUARTANGO-Zuhatsu-Kuartango	3
RIBERA ALTA-Villabezana	3
SAN MILLÁN-Luzuriaga	3
URKABUSTAIZ-Izarra	3
VALDEGOVÍA-Osma	3
VALLE DE ARANA-Alda	3
VALLE DE ARANA-Ullívarri-Arana	3
VITORIA-GASTEIZ-Argandoña	3
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Menor	3
VITORIA-GASTEIZ-Gobeo	3
VITORIA-GASTEIZ-Miñano Mayor	3
VITORIA-GASTEIZ-Oreitía	3
VITORIA-GASTEIZ-Ullívarri-Arazua	3
ZIGOITIA-Gopegui	3
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Mendibil	2
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ziriano	2
ASPÁRRENA-Albéniz	2
IRURAIZ-GAUNA-Arrieta	2
KUARTANGO-Luna	2
LANTARÓN-Molinilla	2
SAN MILLÁN-Galarreta	2
URKABUSTAIZ-Beluntza	2
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Mayor	2
VITORIA-GASTEIZ-Monasterioguren	2
ZIGOITIA-Mendarozketa	2
ZUIA-Luquiano	2
RIBERA ALTA-Castillo-Sopeña	1
RIBERA ALTA-Paúl	1
URKABUSTAIZ-Uzkiano	1

VALDEGOVÍA-Bellojín	1
VITORIA-GASTEIZ-Aránguiz	1
VITORIA-GASTEIZ-Lopidana	1
VITORIA-GASTEIZ-Miñano Menor	1
VITORIA-GASTEIZ-Ascarza	0

1.3. Índices Dupâquier de localidades positivas y dudosas.⁹³⁴

MUNICIPIO-Localidad	I.D.
ARRAIA-MAEZTU-Onraitia	11,8
SALVATIERRA-Salvatierra	10,5
IRURAIZ-GAUNA-Gazeo	9,25
ARRAIA-MAEZTU-Sabando	9,04
VITORIA-GASTEIZ-Ariñez	8,69
CAMPEZO-Santa Cruz de Campezo	7,18
BARRUNDIA-Heredia	7,11
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Luko	6,64
SALVATIERRA-Arrizala	6,56
RIBERA ALTA-Subijana-Morillas	6,51
ZAMBRANA-Zambrana	6,47
LAGRÁN-Villaverde	6,03
VITORIA-GASTEIZ-Villafranca	6
BERANTEVILLA-Berantevilla	5,84
SAN MILLÁN-Galarreta	5,67
SAN MILLÁN-Ordoñana	5,65
BARRUNDIA-Marieta	5,64
IRUÑA DE OCA-Trespuentes	5,32
SAN MILLÁN-Vicuña	5,23
ZALDUONDO-Zalduondo	5,07
KUARTANGO-Zuhatsu-Kuartango	5
ARRAIA-MAEZTU-Róitegui	4,93
BERNEDO-Marquínez	4,79
VITORIA-GASTEIZ-Mendiola	4,69
CAMPEZO-Orbisio	4,65
LABASTIDA-Labastida	4,59
BERNEDO-Bernedo	4,5

⁹³⁴ Los valores menores de 1 y los negativos al final de la tabla se corresponden con aquellas localidades que, aún no cumpliendo con el criterio del índice de Dupâquier, poseen una evidencia documental de haber padecido cólera en 1834, por lo que se incluyen en el listado de localidades positivas.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ARRAIA-MAEZTU-Maestu	4,45
IRURAIZ-GAUNA-Trokoniz	4,42
ZUIA-Murguía	4,36
LAPUEBLA DE LABARCA-Lapuebla de Labarca	4,06
ELCIEGO-Elciego	4,04
ZUIA-Domaikia	3,88
VITORIA-GASTEIZ-Gámiz	3,76
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Zurbano	3,71
BERANTEVILLA-Mijancas	3,69
RIBERA ALTA-Villabezana	3,56
CAMPEZO-Antoñana	3,55
BARRUNDIA-Larrea	3,52
VITORIA-GASTEIZ-Gobeo	3,5
ARRAIA-MAEZTU-Leorza	3,4
LABASTIDA-Salinillas de Buradón	3,39
VALDEGOVÍA-Nograro	3,33
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Arroiabe	3,31
VITORIA-GASTEIZ-Andollu	3,31
AMURRIO-Artómaña	3,3
ASPÁRRENA-Ilarduia	3,25
IRURAIZ-GAUNA-Acilu	3,16
SAN MILLÁN-Munain	3,13
VALDEGOVÍA-Espejo	3,09
VITORIA-GASTEIZ-Elorriaga	3,09
VITORIA-GASTEIZ-Retana	3,08
VITORIA-GASTEIZ-Vitoria-Gasteiz	2,98
ARRAIA-MAEZTU-Apellániz	2,97
URKABUSTAIZ-Izarra	2,97
PEÑACERRADA-URIZAHARRA-Payueta	2,93
LANTARÓN-Molinilla	2,91
VITORIA-GASTEIZ-Oreitia	2,91
VITORIA-GASTEIZ-Monasterioguren	2,89
SAN MILLÁN-Narvaja	2,83
CAMPEZO-Oteo	2,82
ZAMBRANA-Portilla	2,82

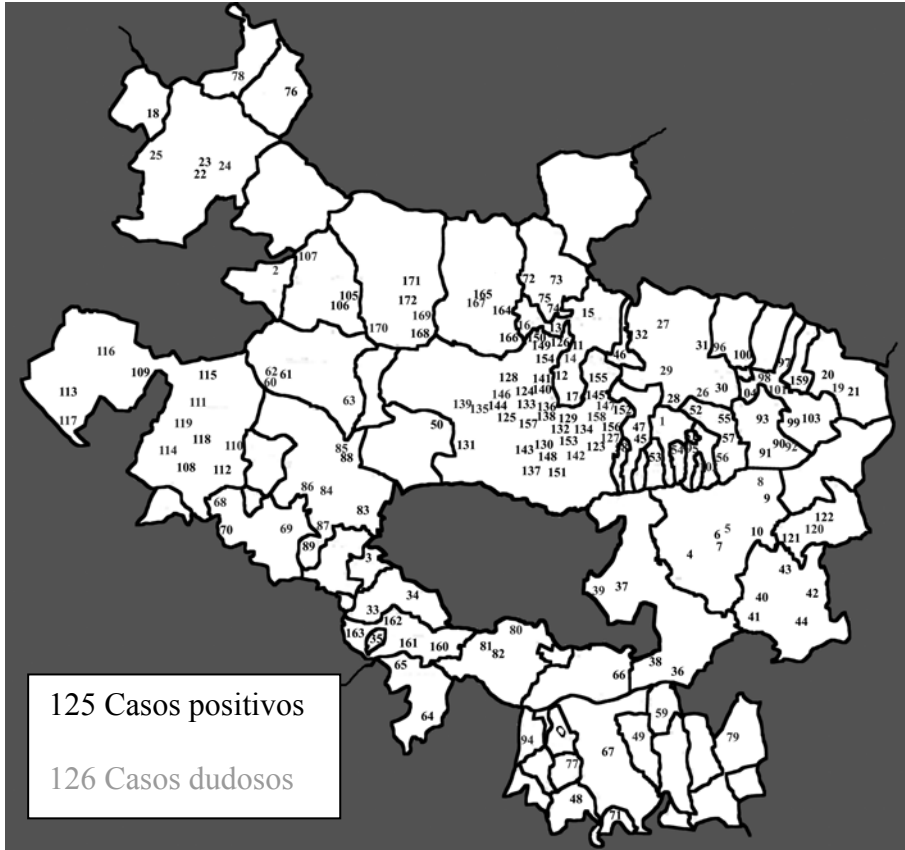
ZIGOITIA-Buruaga	2,76
BARRUNDIA-Guevara	2,73
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Durana	2,7
VITORIA-GASTEIZ-Abetxuko	2,68
VITORIA-GASTEIZ-Lopidana	2,68
LLODIO-Llodio	2,6
AYALA-Menoio	2,56
ARMIÑÓN-Armiñón	2,55
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Menor	2,55
VILLARREAL-Villarreal	2,52
VITORIA-GASTEIZ-Miñano Mayor	2,52
VITORIA-GASTEIZ-Junguitu	2,5
VALDEGOVÍA-Caranca	2,48
BARRUNDIA-Etxabarri-Urtupiña	2,44
VALDEGOVÍA-Basabe	2,37
BARRUNDIA-Dallo	2,31
RIBERA ALTA-Paúl	2,27
LEGUTIANO-Urbina	2,26
SAN MILLÁN-Luzuriaga	2,22
SAN MILLÁN-Zuazo de San Millán	2,22
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ullíbarri-Gamboa	2,17
LAGUARDIA-Laguardia	2,15
CAMPEZO-Bujanda	2,11
URKABUSTAIZ-Beluntza	2,08
ASPÁRRENA-Araia	2,06
VALDEGOVÍA-Lalastra	1,99
LANTARÓN-Puentelarrá	1,98
LEGUTIANO-Elosu	1,9
IRURAIZ-GAUNA-Arrieta	1,89
SAN MILLÁN-Aspuru	1,87
VITORIA-GASTEIZ-Otazu	1,83
ZAMBRANA-Berganzo	1,83
VALLE DE ARANA-Alda	1,78
IRURAIZ-GAUNA-Langarika	1,77
VALDEGOVÍA-Villanañe	1,77

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

VITORIA-GASTEIZ-Ullívarri-Arazua	1,75
BERNEDO-Urarte	1,74
VITORIA-GASTEIZ-Ali	1,7
RIBERA ALTA-Antezana de la Ribera	1,69
ZUIA-Luquiano	1,68
VITORIA-GASTEIZ-Castillo	1,61
BERANTEVILLA-Santa Cruz del Fierro	1,58
LEGUTIANO-Urrúnaga	1,58
VALDEGOVÍA-Barrio	1,54
ELBURGO-Añúa	1,53
VITORIA-GASTEIZ-Aberásturi	1,53
ZAMBRANA-Ocio	1,52
ARRAIA-MAEZTU-Cicujano	1,46
AYALA-Quejana	1,46
VITORIA-GASTEIZ-Arcaute	1,45
VALLE DE ARANA-San Vicente de Arana	1,43
ZUIA-Jugo	1,43
VALLE DE ARANA-Ullívarri-Arana	1,4
ELBURGO-Gáceta	1,35
ZIGOITIA-Mendarozketa	1,35
ARTZINIEGA-Artziniega	1,32
SALVATIERRA-Egileor	1,26
ELBURGO-Azúa	1,24
ZUIA-Marquina	1,23
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Mendibil	1,21
URKABUSTAIZ-Uzkiano	1,19
NAVARIDAS-Navaridas	1,17
IRURAIZ-GAUNA-Erenchun	1,14
ASPÁRRENA-Albéniz	1,11
KUARTANGO-Luna	1,06
BERNEDO-Navarrete	1,05
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ziriano	1,04
VALDEGOVÍA-Bellojín	1,04
KUARTANGO-Guillarte	1,03
VALDEGOVÍA-Osma	1,01

RIBERA ALTA-Castillo-Sopeña	1
VITORIA-GASTEIZ-Betoño	0,99
VITORIA-GASTEIZ-Miñano Menor	0,92
ZIGOITIA-Gopegui	0,53
VITORIA-GASTEIZ-Argandoña	0,17
VITORIA-GASTEIZ-Gardelegi	-0,05
VITORIA-GASTEIZ-Arriaga	-0,20
VITORIA-GASTEIZ-Arechavaleta	-0,44
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Mayor	-0,56
VITORIA-GASTEIZ-Aránguiz	-0,6
VITORIA-GASTEIZ-Amárita	-0,76
VITORIA-GASTEIZ-Ascarza	-1,06

1.4. Distribución geográfica de localidades positivas y dudosas.



MUNICIPIOS y localidades.	3. Armiñón	ARRAZUA-UBARRUNDIA
ALEGRÍA	ARRAIA-MAEZTU	11. Arroiabe
1. Alegría	4. Apellániz	12. Durana
AMURRIO	5. Cicujano	13. Luko
2. Artómaña	6. Leorza	14. Mendibil
AÑANA	7. Maestu	15. Ullibarri-Gamboa
ARAMAIO	8. Onraitia	16. Ziriano
ARMIÑÓN	9. Róitegui	17. Zurbano
	10. Sabando	

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ARTZINIEGA	48. Elciego	LEZA
18. Artziniega	ELVILLAR	LLODIO
ASPARREÑA	49. Elvillar	76. Llodio
19. Albéniz	IRUÑA DE OCA	MOREDA DE ÁLAVA
20. Araia	50. Trespuentes	
21. Ilarduia	IRURAIZ-GAUNA	NAVARIDAS
AYALA	51. Acilu	77. Navaridas
22. Menoio	52. Arrieta	OKONDO
23. Quejana	53. Erentxun	78. Okondo
24. Respaldiza	54. Gauna	OYÓN
25. Sojo	55. Gazeo	79. Barriobusto
BAÑOS DE EBRO	56. Gereñu	PEÑACERRADA
BARRUNDIA	57. Langarika	80. Baroja
26. Dallo	58. Trokoniz	81. Payueta
27. Elgea	KRIPAN	82. Peñacerrada
28. Etxabarri-Urtupiña	59. Kripan	RIBERA ALTA
29. Gebara	KUARTANGO	83. Antezana de la Ribera
30. Heredia	60. Arriano	84. Castillo-Sopeña
31. Larrea	61. Guillarte	85. Morillas
32. Marieta	62. Luna	86. Paúl
BERANTEVILLA	63. Zuhatzu-Kuartango	87. San Miguel
33. Berantevilla	LABASTIDA	88. Subijana-Morillas
34. Mijancas	64. Labastida	89. Villabezana
35. Santa Cruz del Fierro	65. Salinillas de Buradón	RIBERA BAJA
BERNEDO	LAGRÁN	SALVATIERRA
36. Bernedo	66. Villaverde	90. Arrizala
37. Markinez	LAGUARDIA	91. Egileor
38. Navarrete	67. Laguardia	92. Opakua
39. Urarte	LANCIEGO	93. Salvatierra
CAMPEZO	LANTARÓN	SAMANIEGO
40. Antoñana	68. Bergüenda	94. Samaniego
41. Bujanda	69. Molinilla	SAN MILLÁN
42. Orbiso	70. Puentelarrá	95. Adana
43. Oteo	LAPUEBLA DE	96. Aspuru
44. Santa Cruz de Campezo	LABARCA	97. Galarreta
ELBURGO	71. Lapuebla de Labarca	98. Luzuriaga
45. Añua	LEGUTIANO	99. Munain
46. Azua	72. Elosu	100. Narbaiza
47. Gáceta	73. Legutiano	101. Ordoñana
ELCIEGO	74. Urbina	102. Ullibarri-Jauregi
	75. Urrúnaga	103. Vicuña

104. Zuazo de San Millán	123. Aberásturi	151. Monasterioguren
URKABUSTAIZ	124. Abetxuko	152. Oreitia
105. Beluntza	125. Ali	153. Otazu
106. Izarra	126. Amárita	154. Retana
107. Uzkiano	127. Andollu	155. Ullibbarri-Arazua
VALDEGOVÍA	128. Aránguiz	156. Villafranca
108. Barrio	129. Arcaute	157. Vitoria
109. Basabe	130. Arechavaleta	158. Zerio
110. Bellojín	131. Aríñez	YÉCORA
111. Caranca	132. Arkaia	ZALDUONDO
112. Espejo	133. Arriaga	159. Zalduondo
113. Lalastra	134. Askartza	ZAMBRANA
114. Nograro	135. Asteguieta	160. Berganzo
115. Osma	136. Betoño	161. Ocio
116. Quintanilla	137. Castillo	162. Portilla
117. Ribera y Valderejo	138. Elorriaga	163. Zambrana
118. Villanañe	139. Estarrona	ZIGOITIA
119. Villanueva de Valdegovía	140. Gamarra mayor	164. Buruaga
VALLE DE ARANA	141. Gamarra menor	165. Gopegi
120. Alda	142. Gamiz	166. Mendarozketa
121. San Vicente de Arana	143. Gardelegi	167. Ondategi
122. Ullibbarri-Arana	144. Gobeo	ZUIA
VILLABUENA DE ÁLAVA	145. Junguitu	168. Domaikia
VITORIA	146. Lopidana	169. Jugo
	147. Matauco	170. Lukiano
	148. Mendiola	171. Markina
	149. Miñano mayor	172. Murgia
	150. Miñano menor	

Apéndice 2.

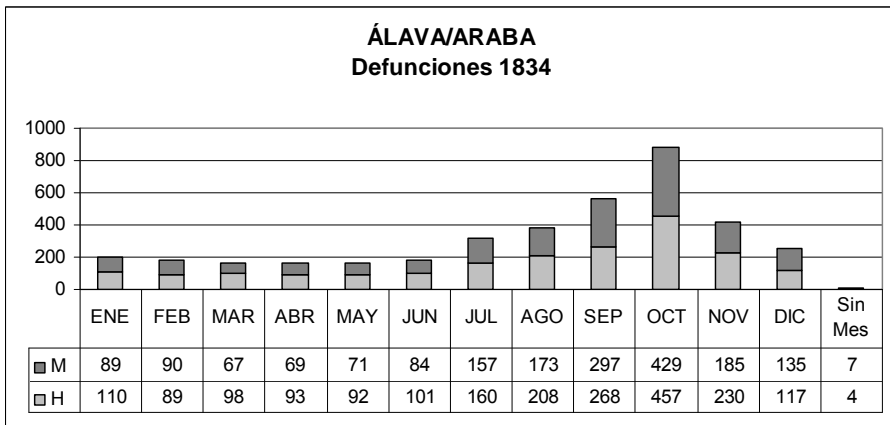
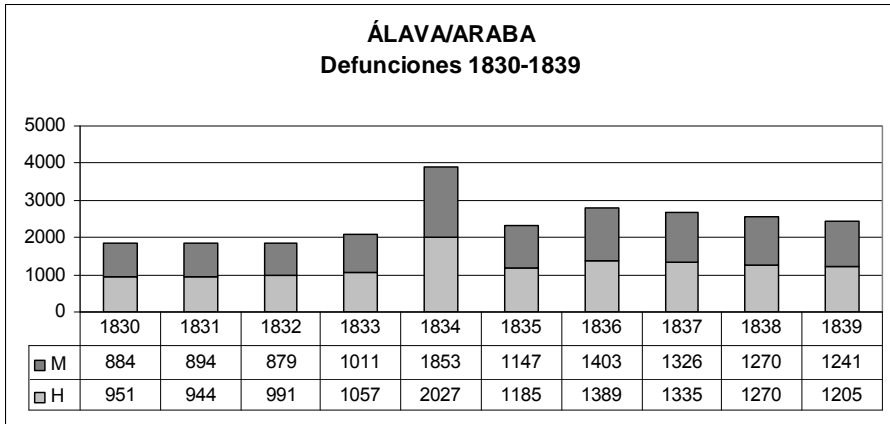
Gráficas de defunciones de los periodos 1830-1839 y del año 1834 por localidades.⁹³⁵

2.1. Territorio Histórico de Álava.

2.2. Municipios y localidades.

⁹³⁵ En aquellas localidades en las que se ha analizado la nupcialidad y la natalidad incluyen estas gráficas además de las defunciones.

2.1. Territorio Histórico de ÁLAVA/ARABA.⁹³⁶



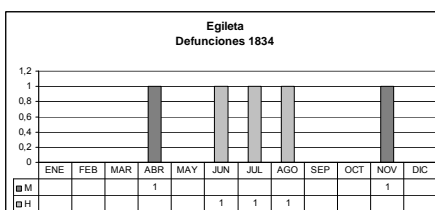
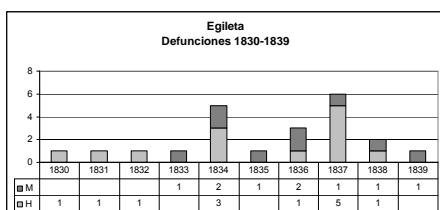
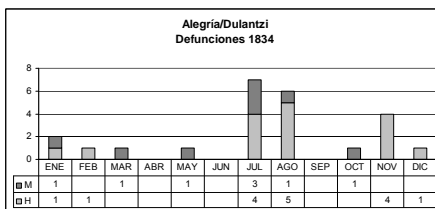
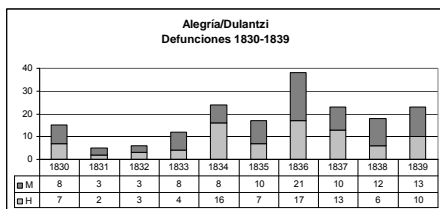
Durante 1834 aparecen 11 defunciones en el conjunto de Álava sin que conste el mes (7 de ellos en la localidad de Elvillar).

⁹³⁶ Aunque pertenecen a la Diócesis de Vitoria, se han excluidos los datos de Treviño (incluye a Lapuebla de Arganzón) y Orduña, para ajustarse al espacio político alavés que se toma como referencia geográfica en el estudio. La división administrativa corresponde al momento actual, no a la del siglo XIX. La leyenda es en todas las gráficas M=Mujer y H=Hombre. El eje X es siempre el temporal (años o meses según el caso), correspondiendo el eje Y a la variable sacramental que se expresa en el título, generalmente “defunciones”. Los nombres de municipios y localidades corresponde al nomenclátor vigente en 2009.

2.2. Municipios y Localidades de Álava.

ALEGRÍA-DULANTZI

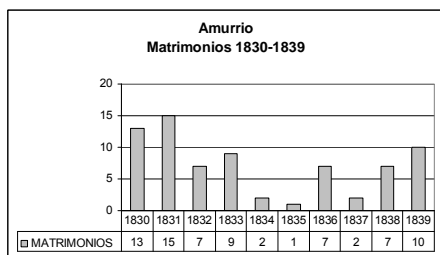
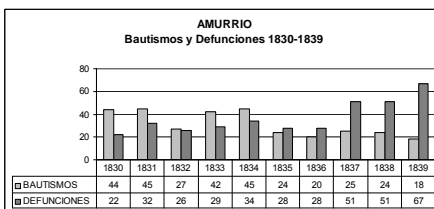
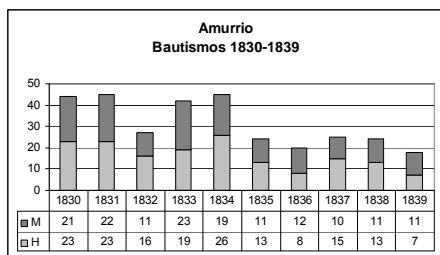
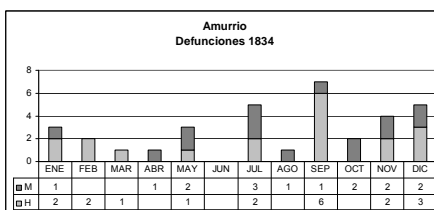
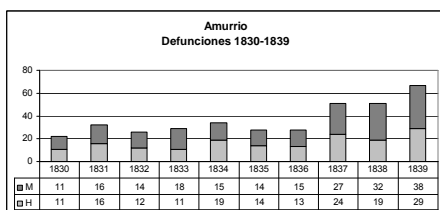
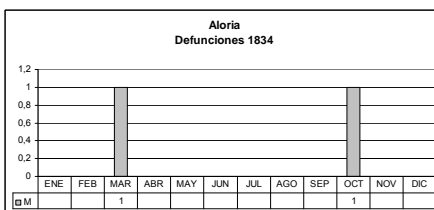
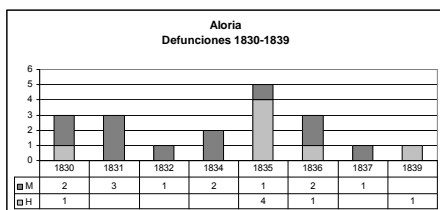
Localidades: Alegría-Dulantzi, Egileta.



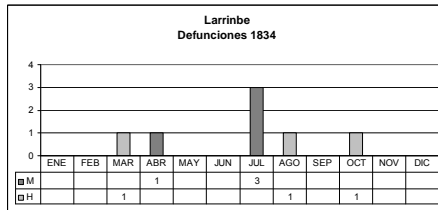
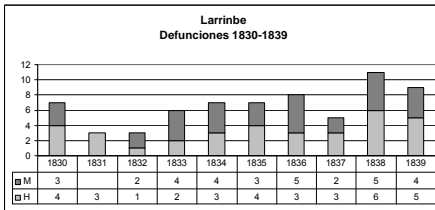
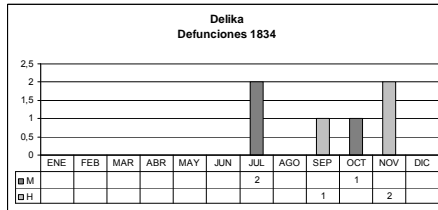
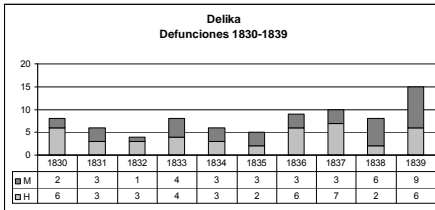
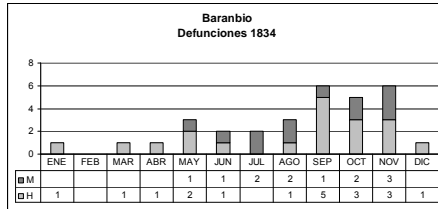
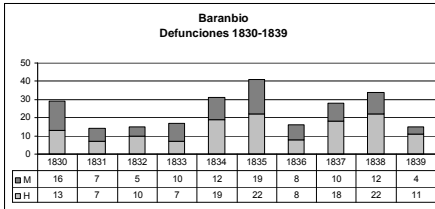
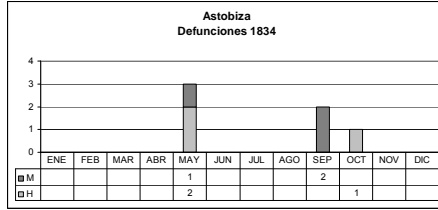
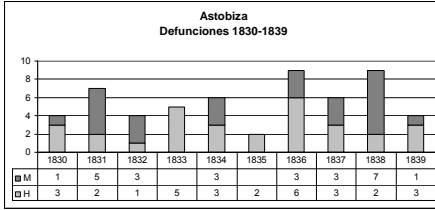
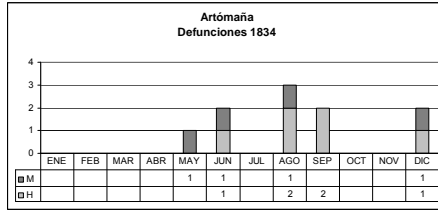
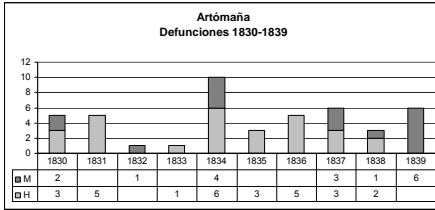
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

AMURRIO

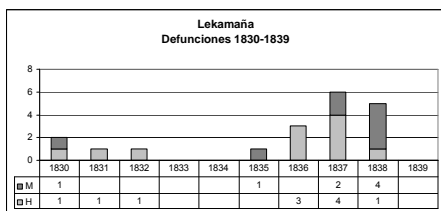
Localidades: Aloria, Amurrio, Artómaña, **Astobiza**, Baranbio, Delika, Larrinbe, Lekamaña, Lezama, Saratxo, Tertanga.⁹³⁷



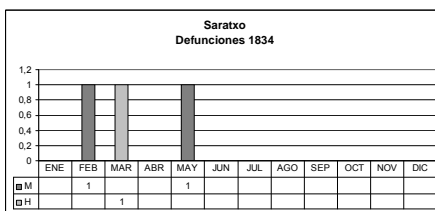
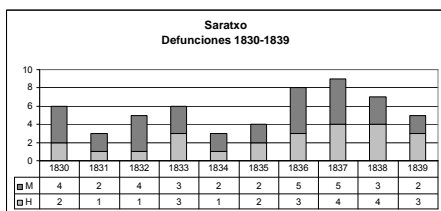
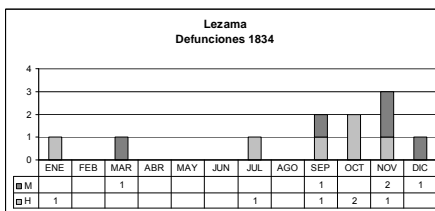
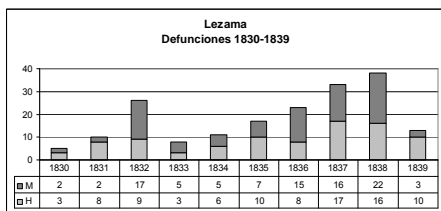
⁹³⁷ Aunque actualmente no figura como localidad, se incluye la gráfica del núcleo de Astobiza ya que entonces contaba con parroquia propia.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



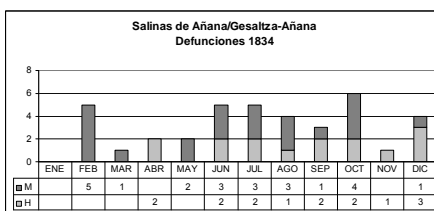
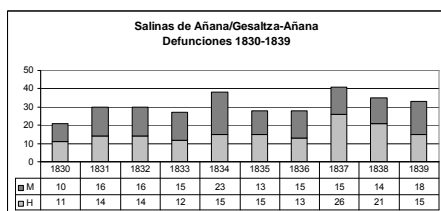
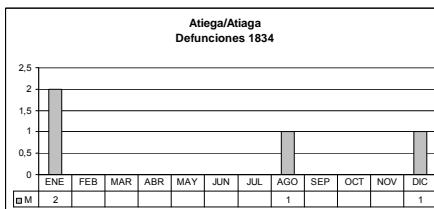
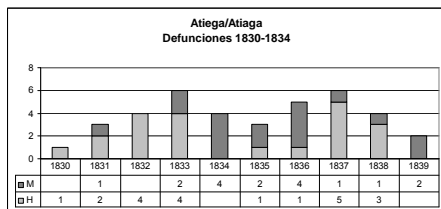
No hay defunciones registradas en el año 1834 en Lekamaña.



Tertanga: Sólo se dispone de datos de defunción para 1839.

AÑANA

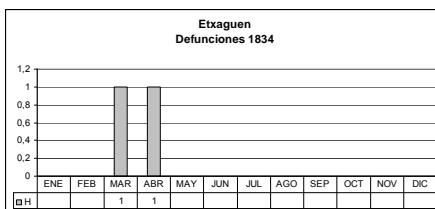
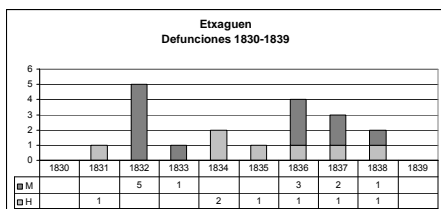
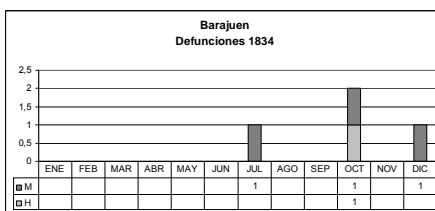
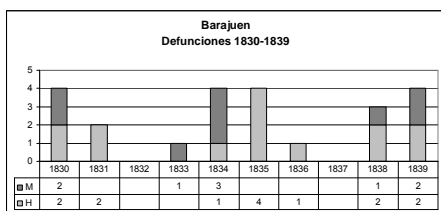
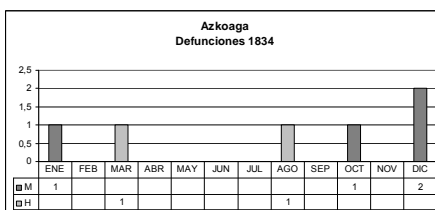
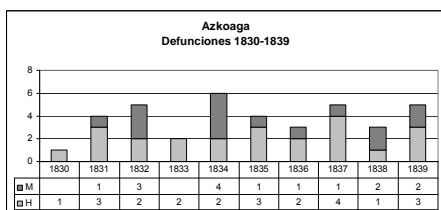
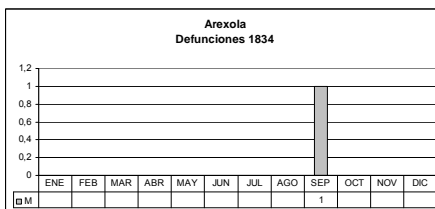
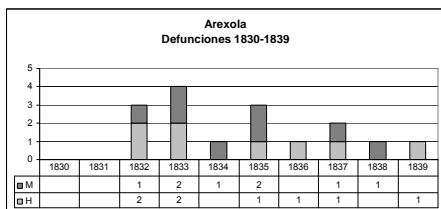
Localidades: Atiega/Atiaga, Salinas de Añana/Gesaltza-Añana.

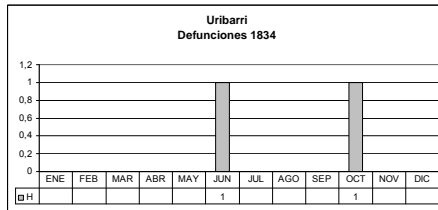
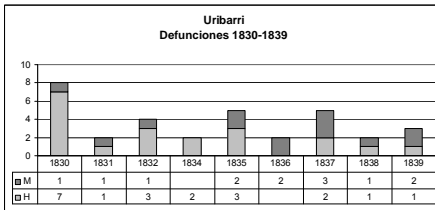
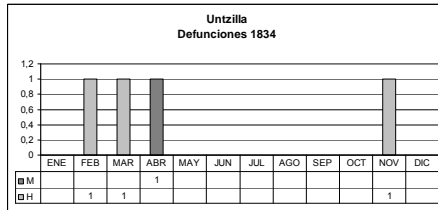
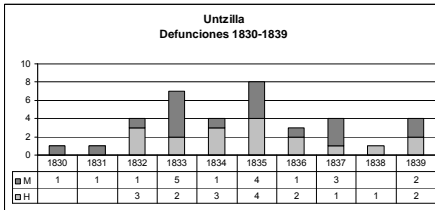
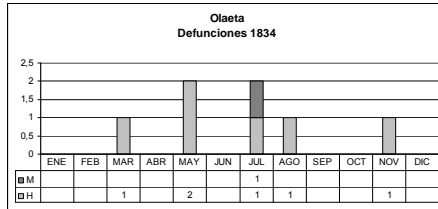
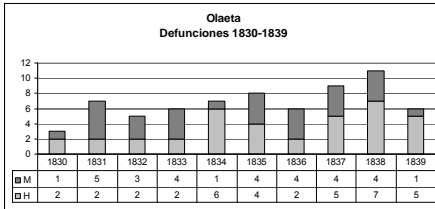
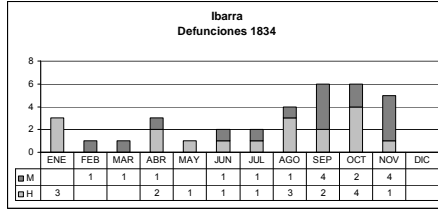
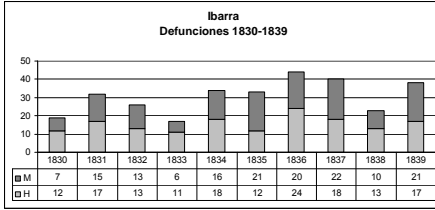
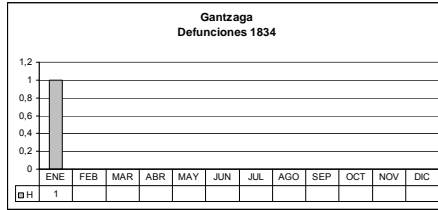
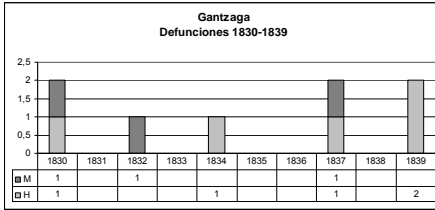


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ARAMAIO

Localidades: Arexola, Azkoaga, Barajuen, Etxaguen, Gantzaga, Ibarra, Olaeta, Untzilla, Uribarri.

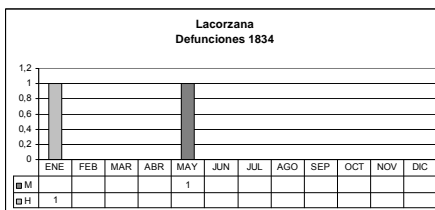
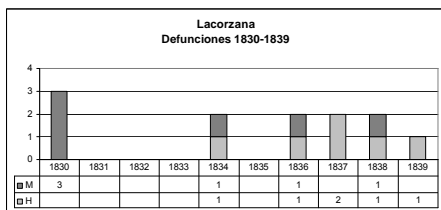
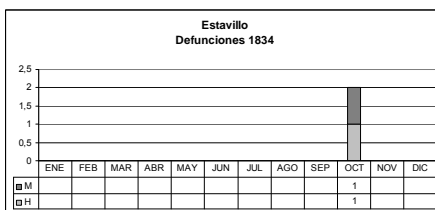
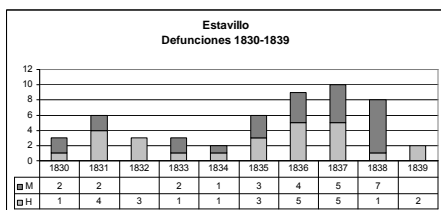
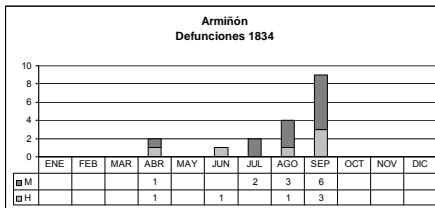
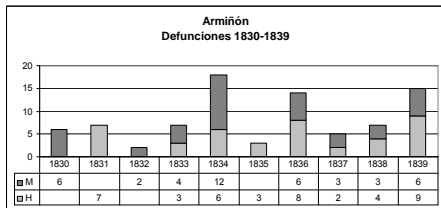




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

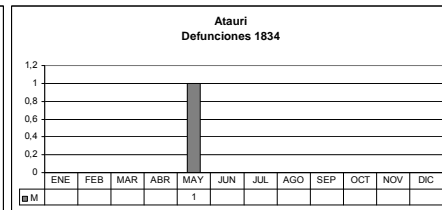
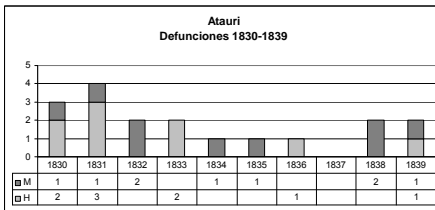
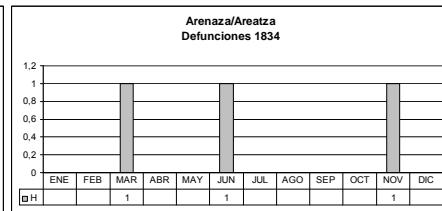
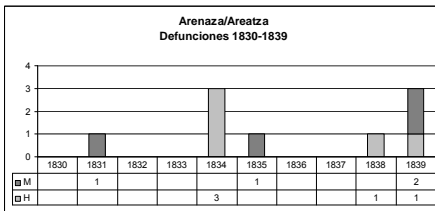
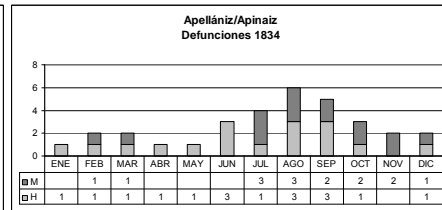
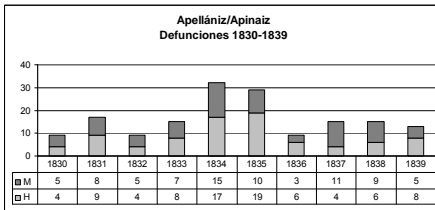
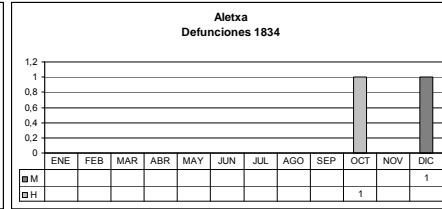
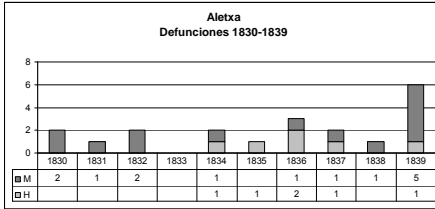
ARMIÑÓN

Localidades: Armiñón, Estavillo, Lacorzana.



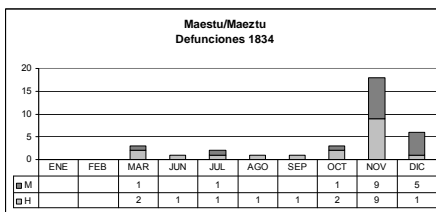
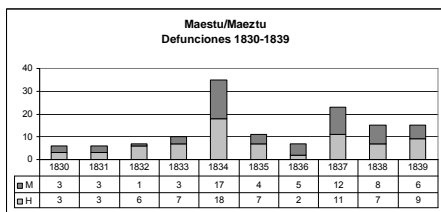
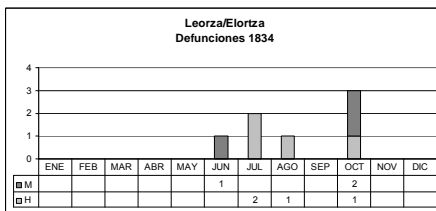
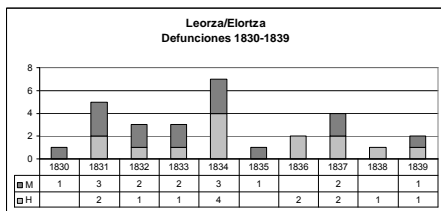
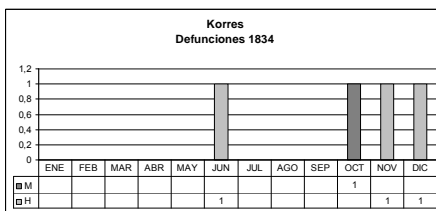
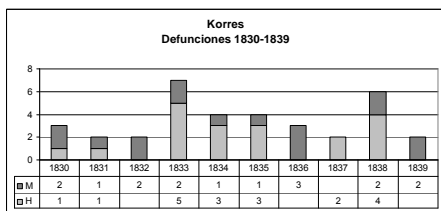
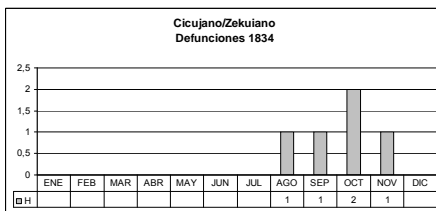
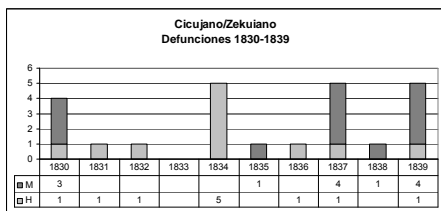
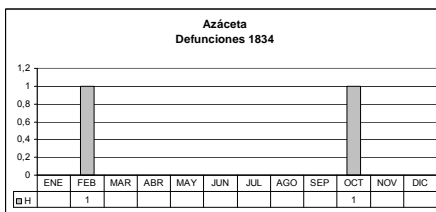
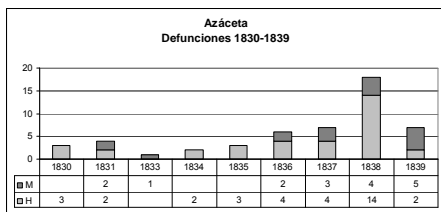
ARRAIA-MAEZTU

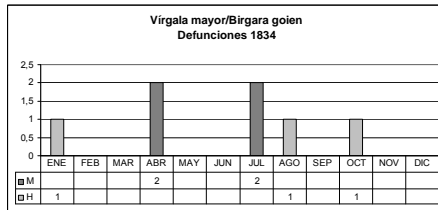
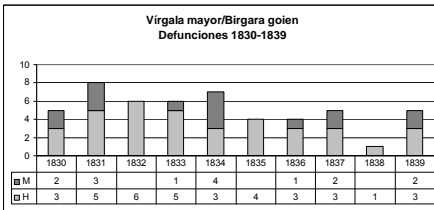
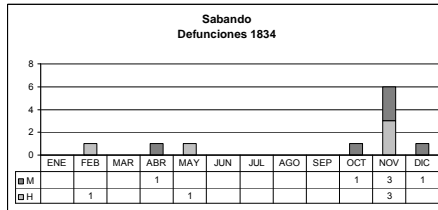
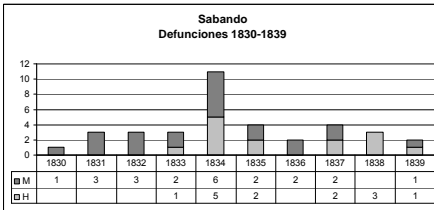
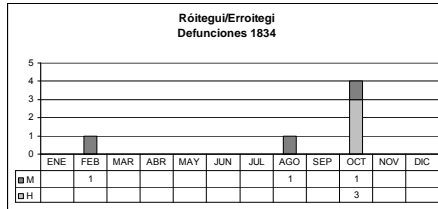
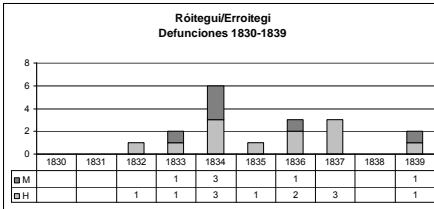
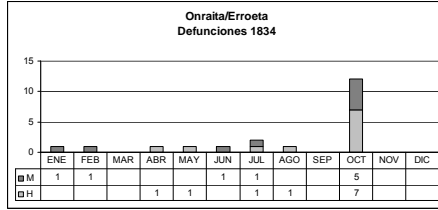
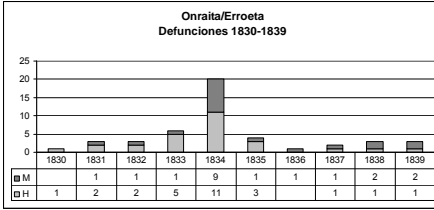
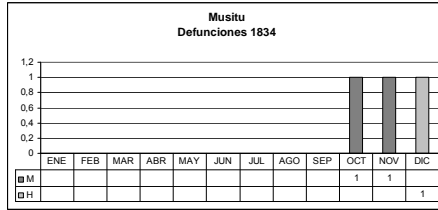
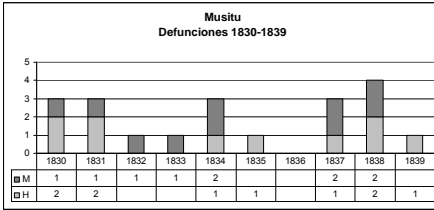
Localidades: Aletxa, Apellániz/Apinaiz, Arenaza/Areatza, Atauri, Azáceta, Cicujano/Zekuiano, Ibisate, Korres, Leorza/Elortza, Maestu/Maeztu, Musitu, Onraita/Erroeta, Real Valle de Laminoria/Laminoriako Erret Harana, Róitegui/Erroitegi, Sabando, Vírgala mayor/Birgara goien, Vírgala menor/Birgara barren.⁹³⁸



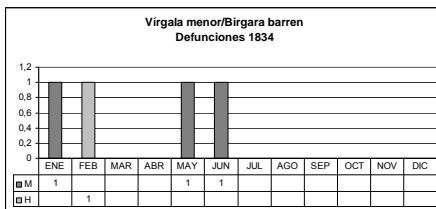
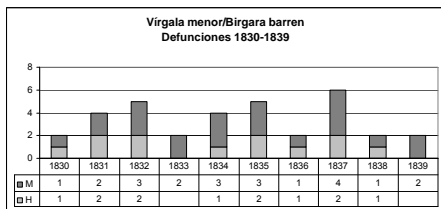
⁹³⁸ No hay datos de Ibisate ni del Valle de Laminoria de manera independiente en el intervalo temporal a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



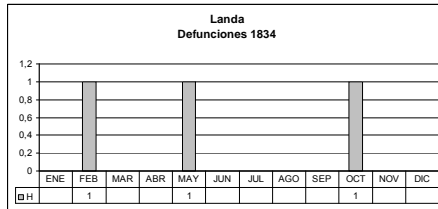
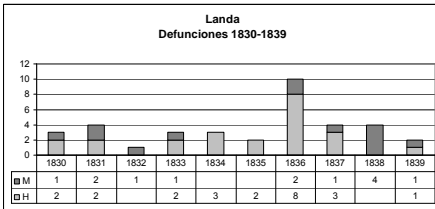
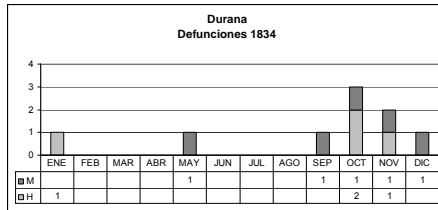
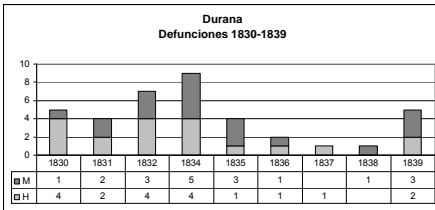
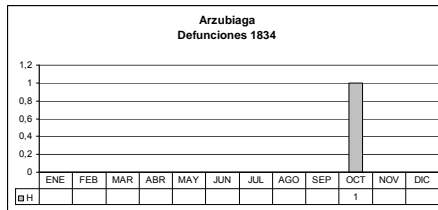
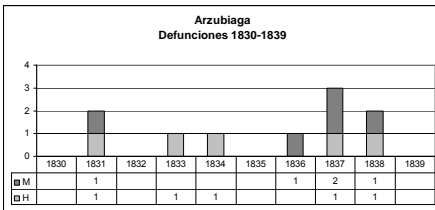
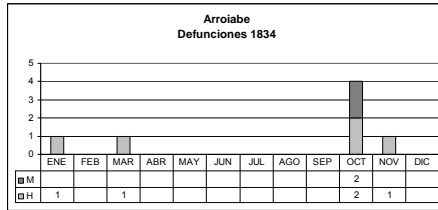
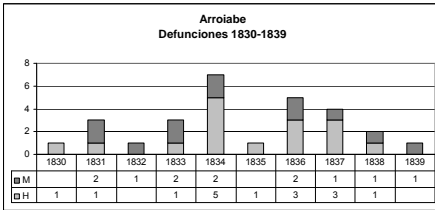


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



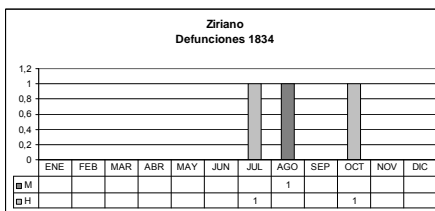
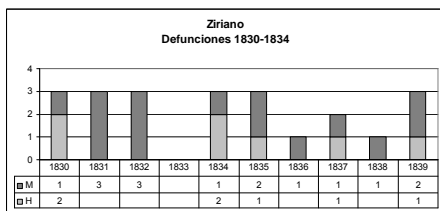
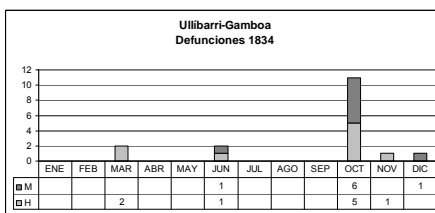
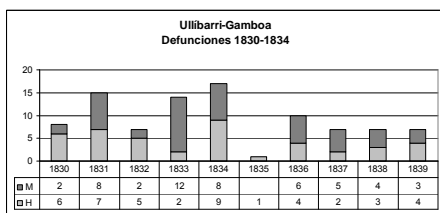
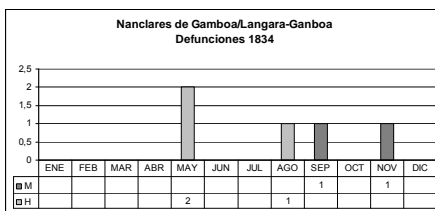
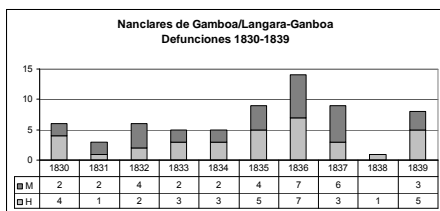
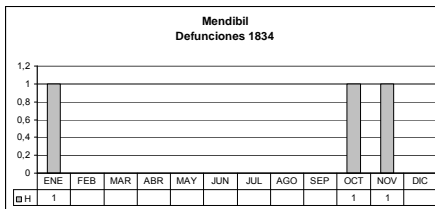
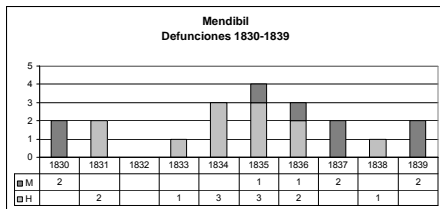
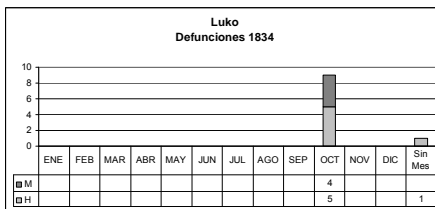
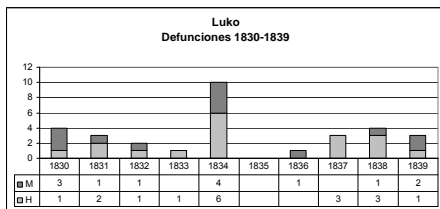
ARRAZUA-UBARRUNDIA

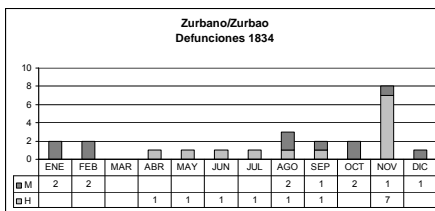
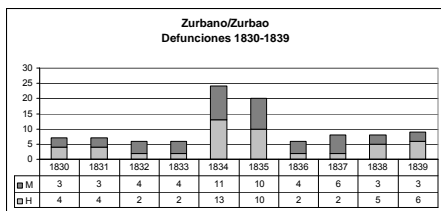
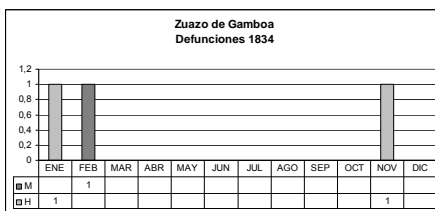
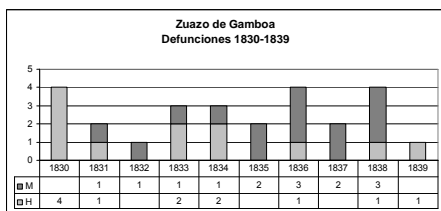
Localidades: Arroiabe, Arzubiaga, Betolaza, Durana, Landa, Luko, Mendibil, Nanclares de Gamboa/Langara-Gamboia, Ullívarri-Gamboia, Ziriano, **Zuazo de Gamboa**, Zurbano/Zurbao.⁹³⁹



⁹³⁹ No hay datos de Betolaza de manera independiente en el intervalo temporal a estudio. Por el contrario se ofrecen datos de Zuazo de Gamboa, hoy desaparecido bajo las aguas del embalse de Ullívarri-Gamboia.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

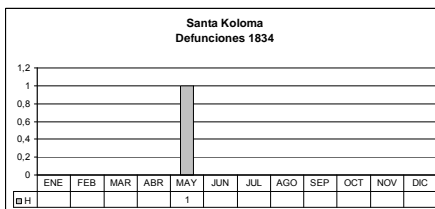
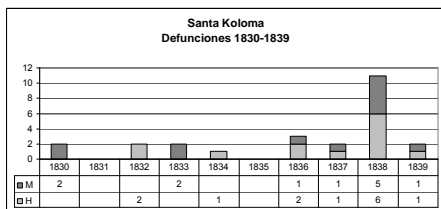
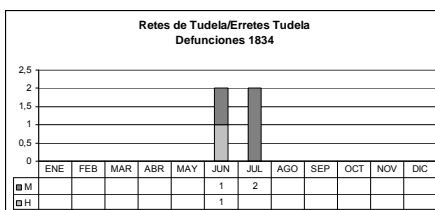
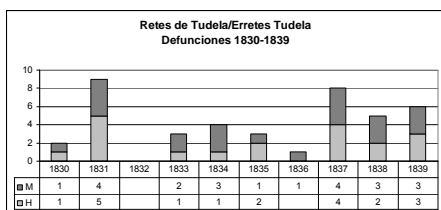
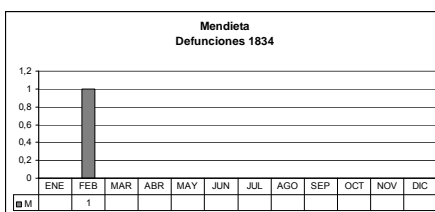
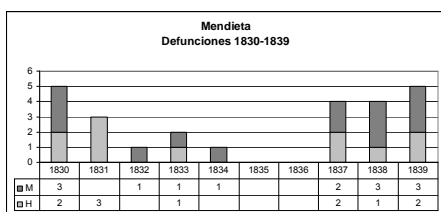
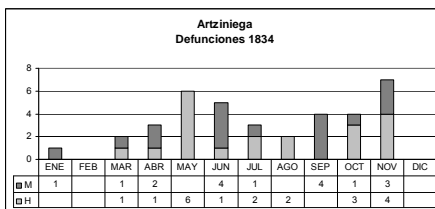
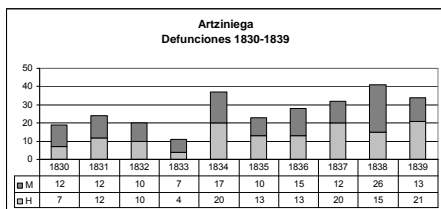




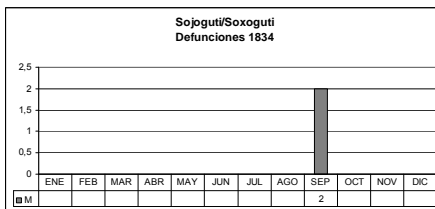
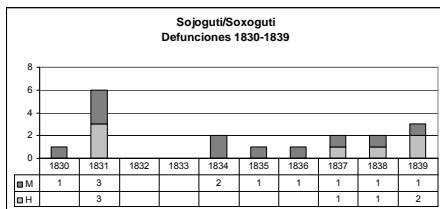
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ARTZINIEGA

Localidades: Artziniega, Campijo, Gordeliz, Mendieta, Retes de Tudela/Erretes Tudela, Santa Coloma, Sojoguti/Soxoguti.⁹⁴⁰



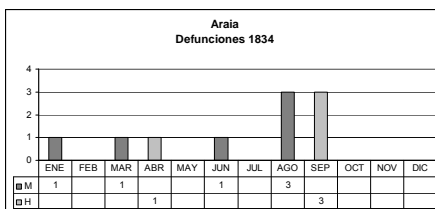
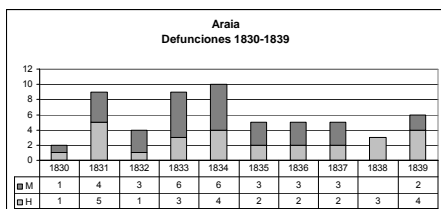
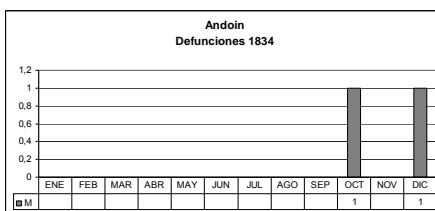
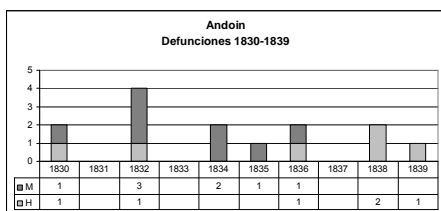
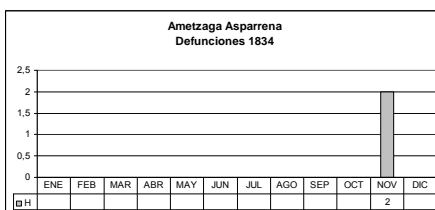
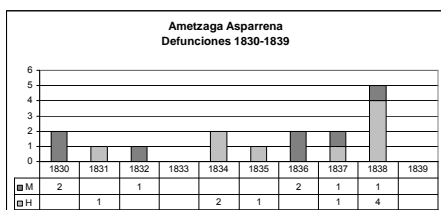
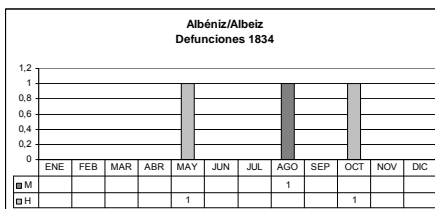
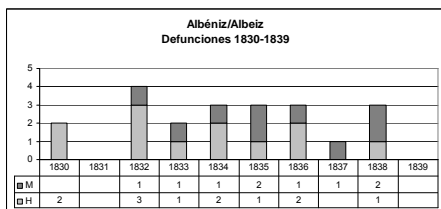
⁹⁴⁰ No hay datos de Campijo ni de Gordeliz de manera independiente en el intervalo temporal a estudio.

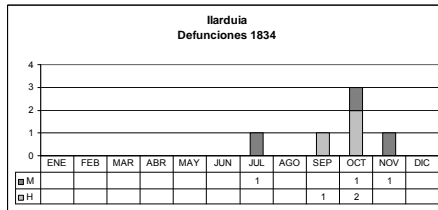
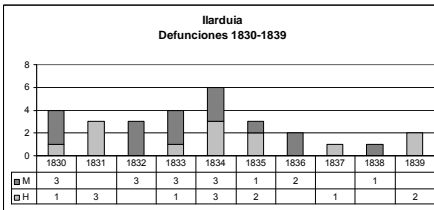
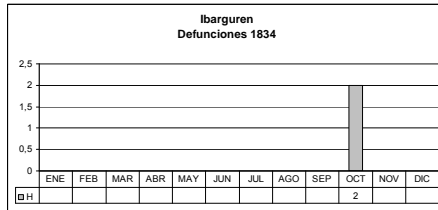
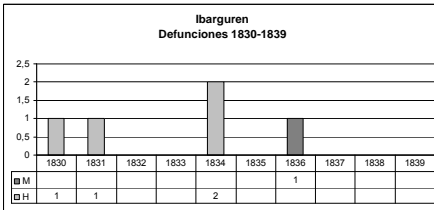
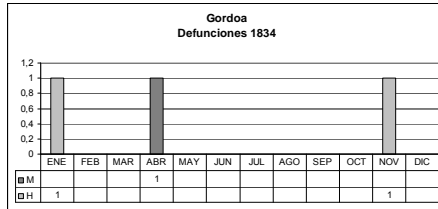
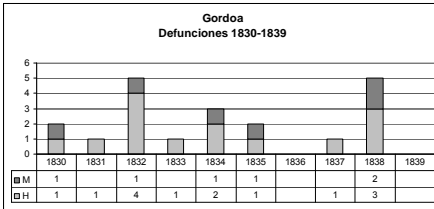
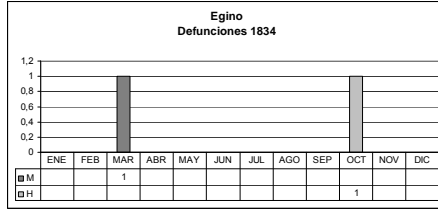
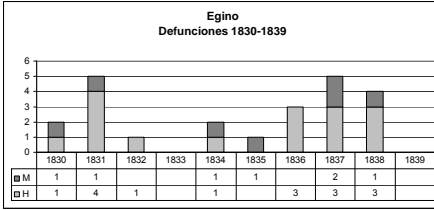
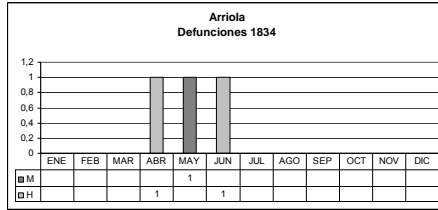
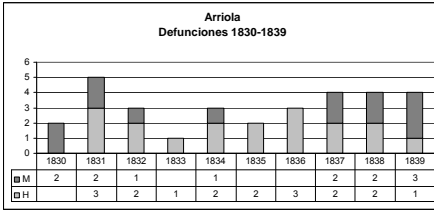


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

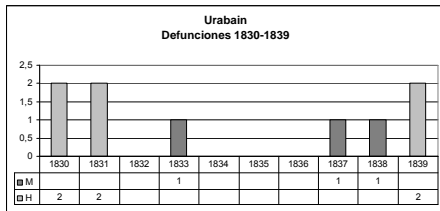
ASPARRENA

Localidades: Albéniz/Albeiz, Ametzaga Asparrena, Andoni, Araia, Arriola, Eguino, Gordoa, Iburguren, Ilarduia, Urabain.





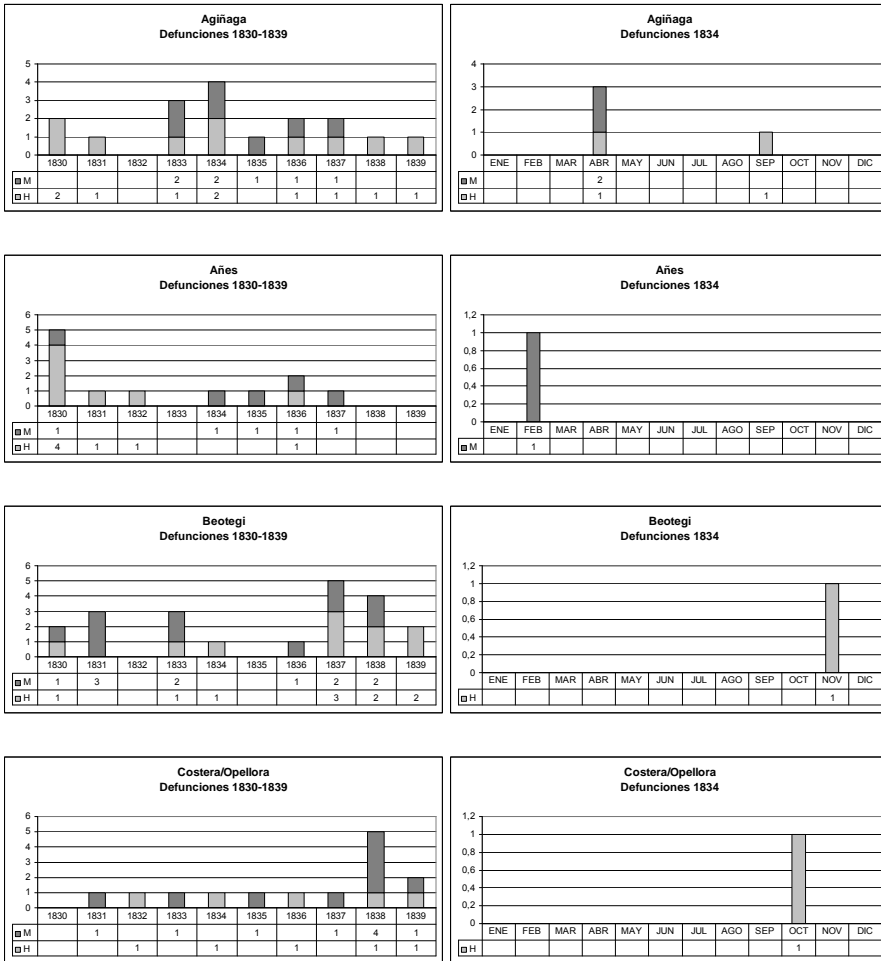
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



No hay datos de defunciones durante 1834 en Urabain.

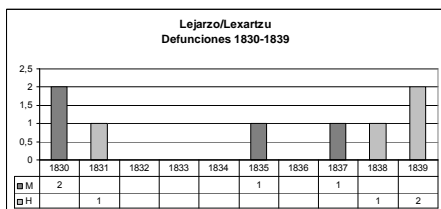
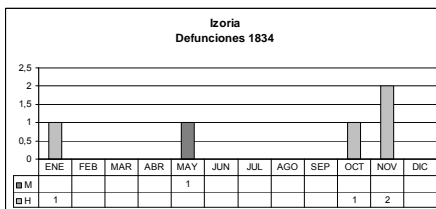
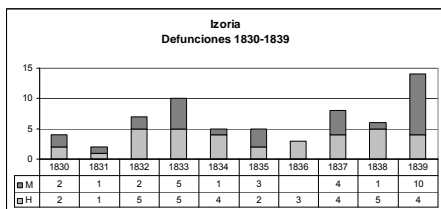
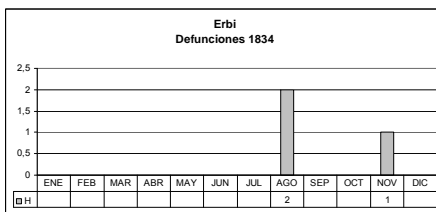
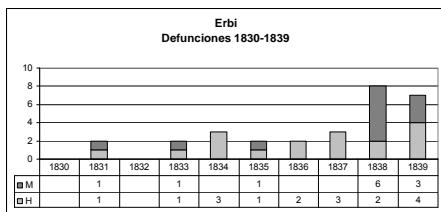
AYALA/AIARA

Localidades: Agiñaga, Añes, Beotegi, Costera/Opellora, Erbi, Etxegoien, Izoria, Lejarzo/Lexartzu, Llanten, Luiaondo, Lujó/Luxo, Madaria, Maroño, Menagarai, Menoio, Murga, Olabazar, Ozeka, Quejana/Kexaa, Respaldiza/Arespalditza, Retes de Llanten, Salmantón, Sojo, Zuaza/Zuhatza.⁹⁴¹

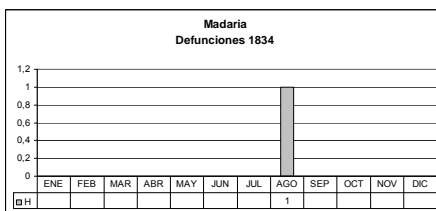
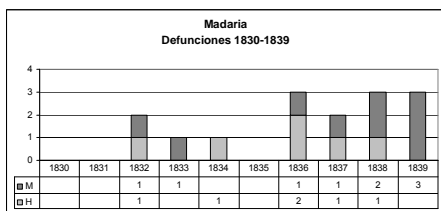
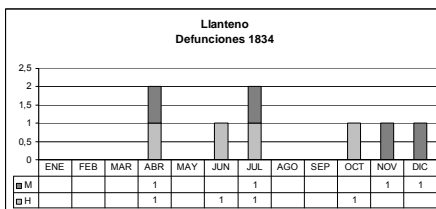
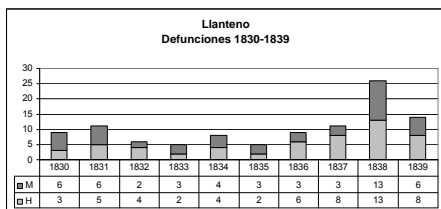


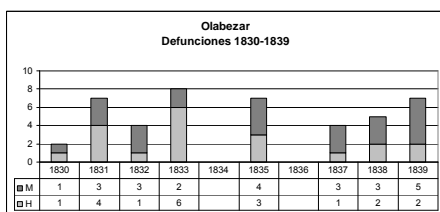
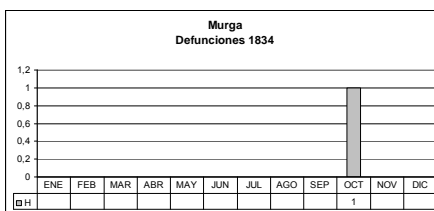
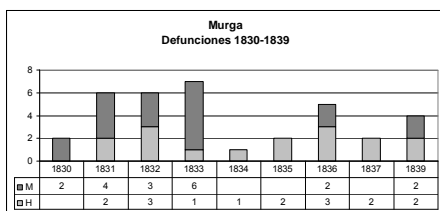
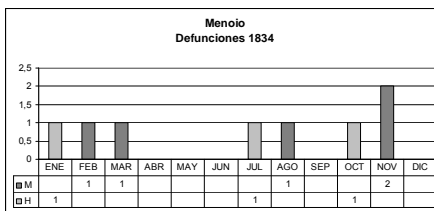
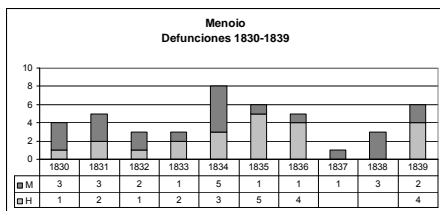
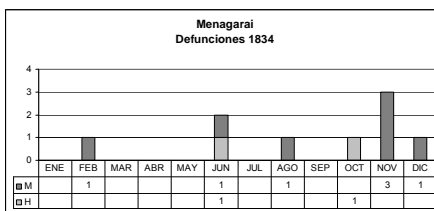
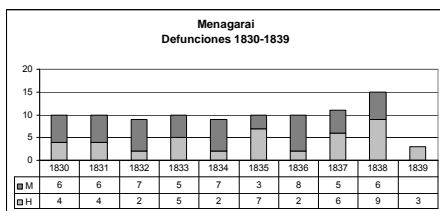
⁹⁴¹ No hay datos de Etxegoien, Luiaondo, Lujó/Luxo ni de Maroño de manera independiente en el intervalo temporal a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

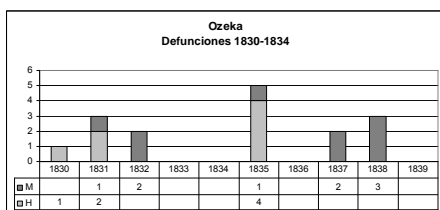


No hay datos de defunciones durante 1834 en Lejarzo.



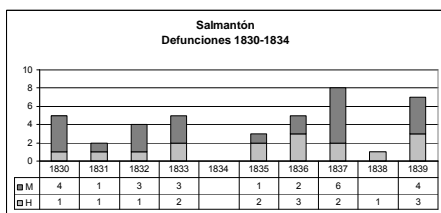
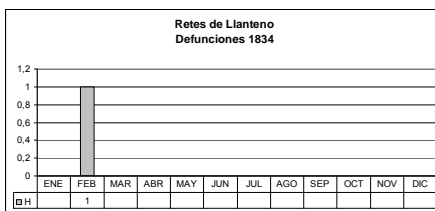
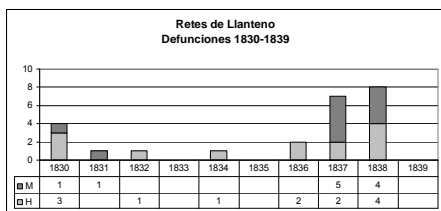
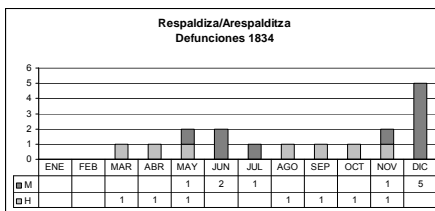
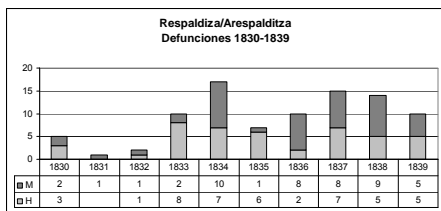
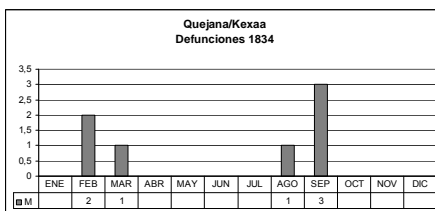
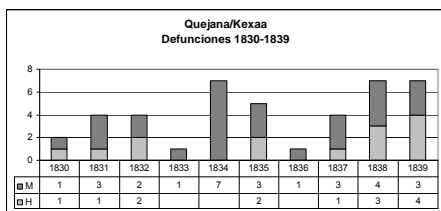


No hay datos de defunciones durante 1834 en Olabezar.

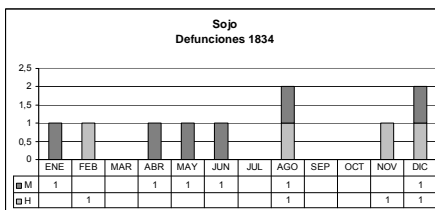
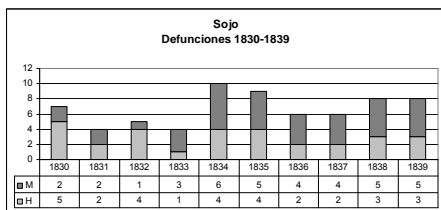


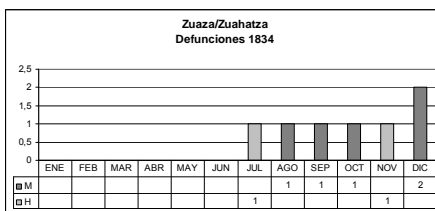
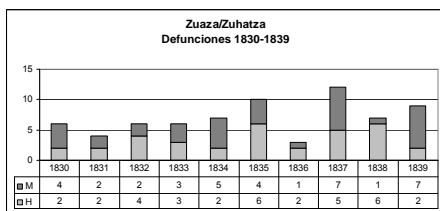
No hay datos de defunciones durante 1834 en Ozeka.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



No hay datos de defunciones durante 1834 en Salmantón.

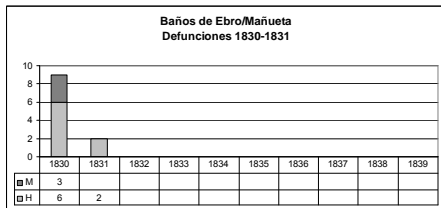




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

BAÑOS DE EBRO/MAÑUETA

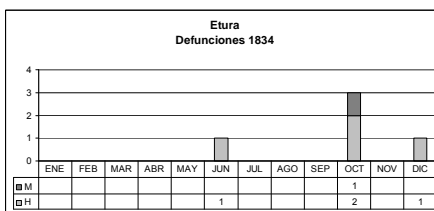
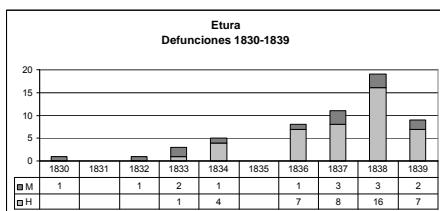
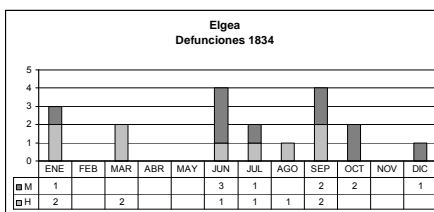
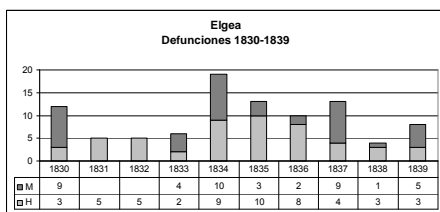
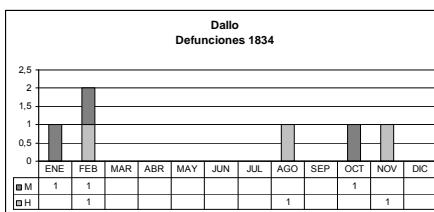
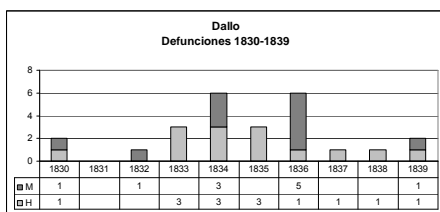
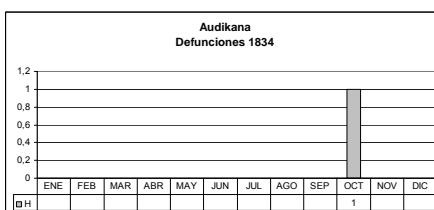
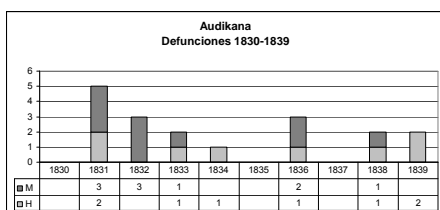
Localidades: Baños de Ebro/Mañueta.



Se carece de datos para los años posteriores a 1831.

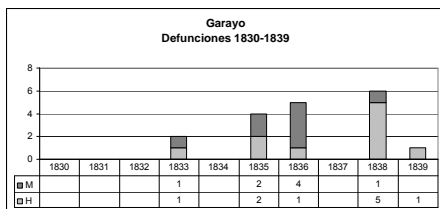
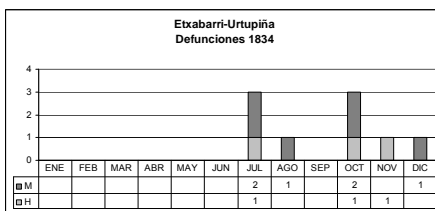
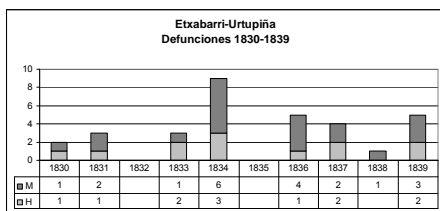
BARRUNDIA

Localidades: Audikana, Dallo, Elgea, Etura, Etxabarri-Urtupiña, **Garayo**, Gebara, Heredia, Hermua, Larrea, Larrantzar, Marieta, Maturana, Mendijur, **Mendizabal**, **Otaza de Barrundia**, Ozaeta, Urizar, Zuhatzola.⁹⁴²

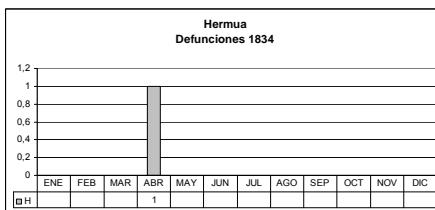
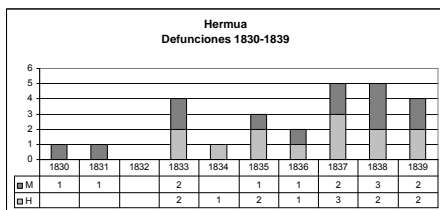
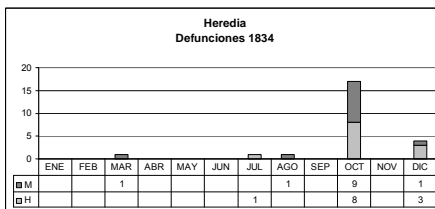
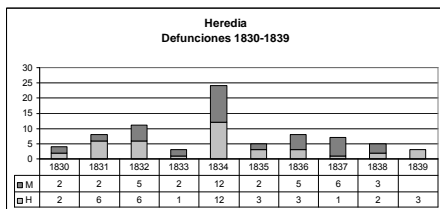
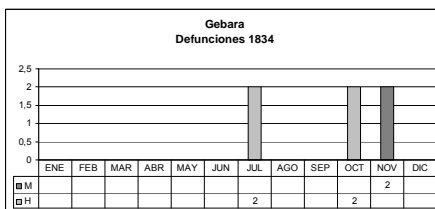
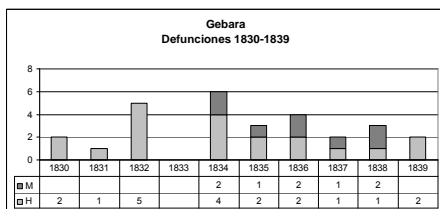


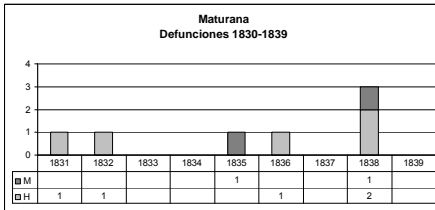
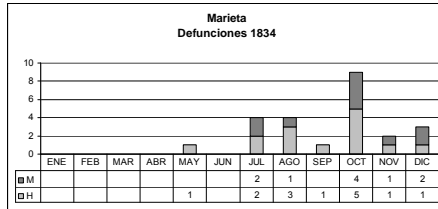
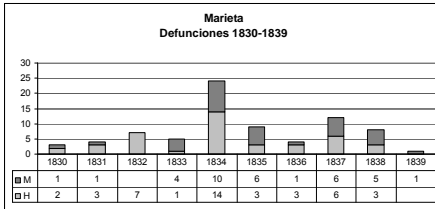
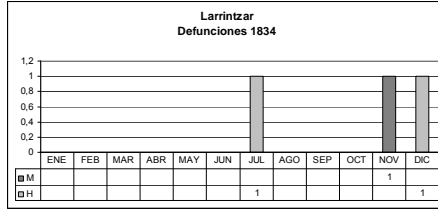
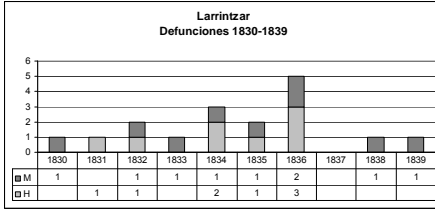
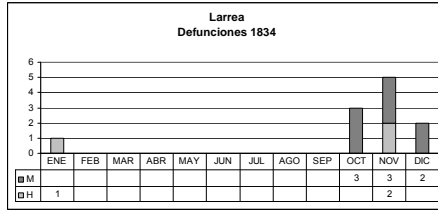
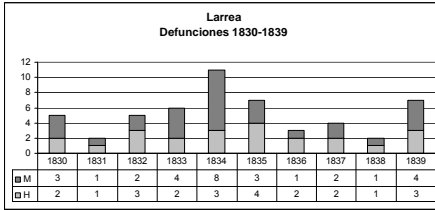
⁹⁴² No hay datos de Zuhatzola de manera independiente en el intervalo temporal a estudio. Por el contrario se ofrecen de Garayo, Mendizabal y Otaza de Barrundia, localidades afectadas por el embalse de Ullibarri-Gamboa.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

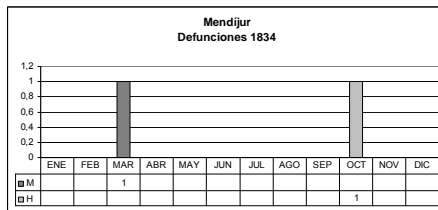
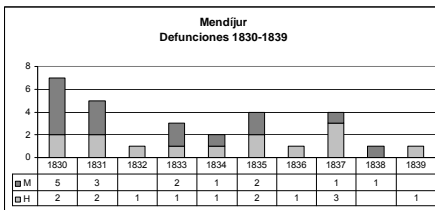


No hay datos de defunciones durante 1834 en Garayo.

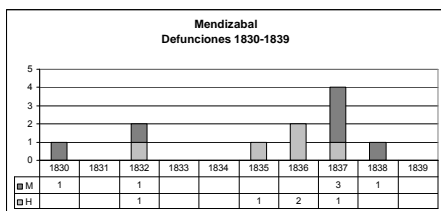




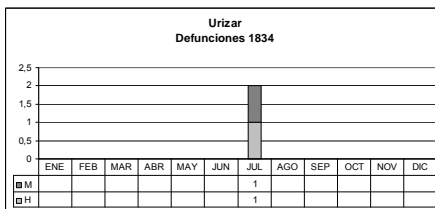
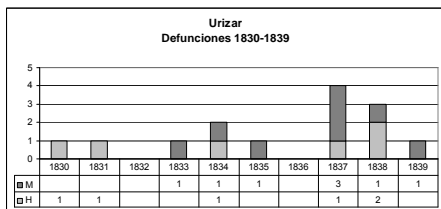
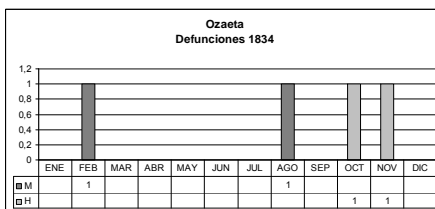
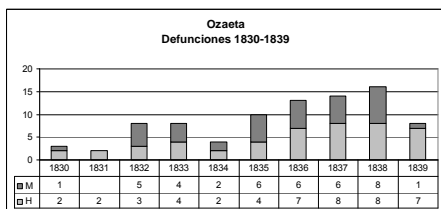
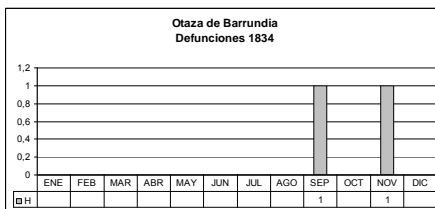
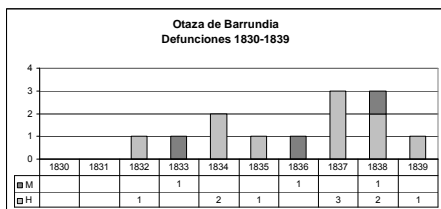
No hay datos de defunciones durante 1834 en Maturana.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

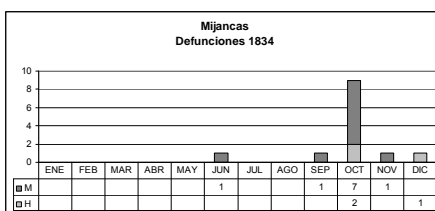
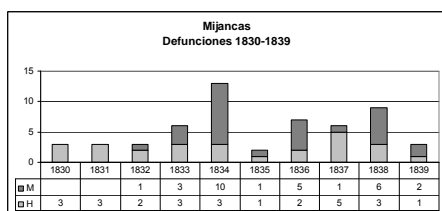
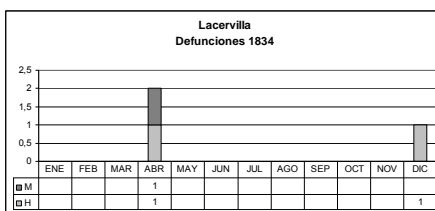
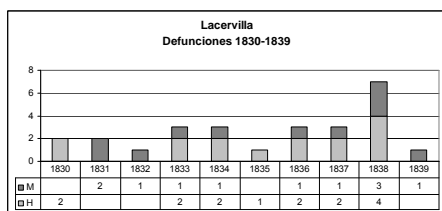
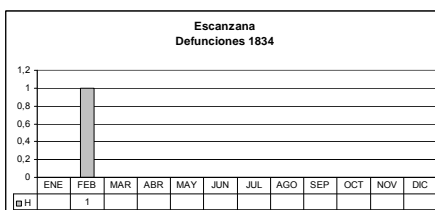
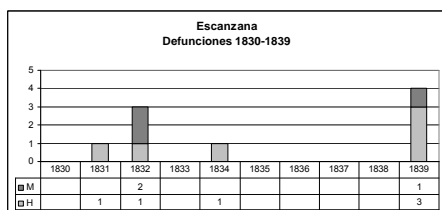
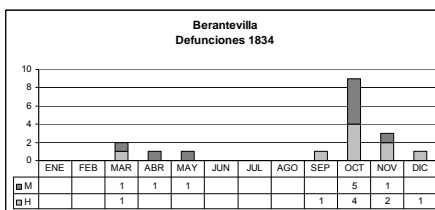
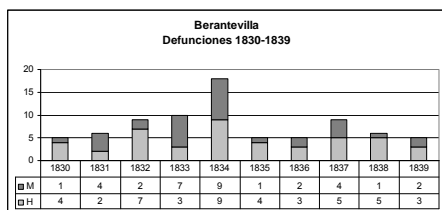


No hay datos de defunciones durante 1834 en Mendizabal.



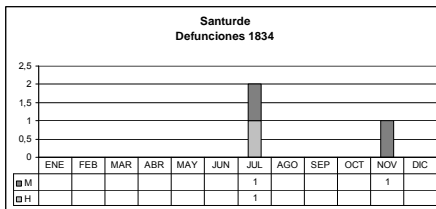
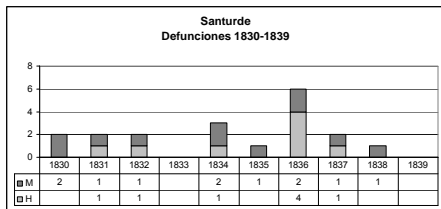
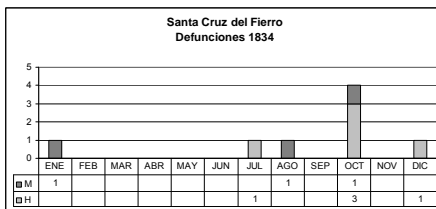
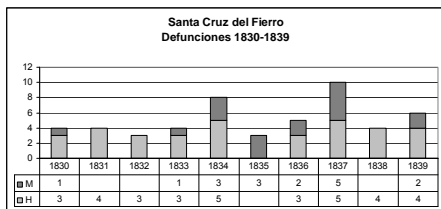
BERANTEVILLA

Localidades: Berantevilla, Escanzana, Lacervilla, Lacorzanilla, Mijancas, Santa Cruz del Fierro, Santurde, Tobera.⁹⁴³



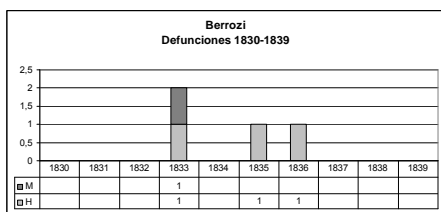
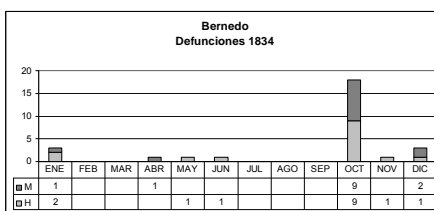
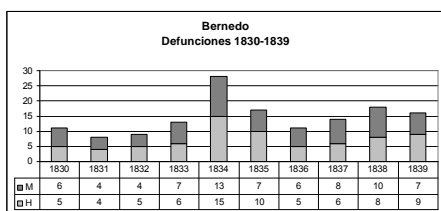
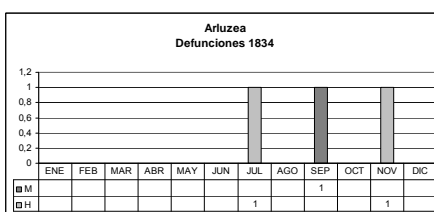
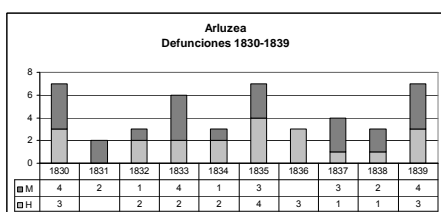
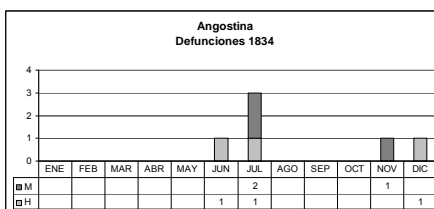
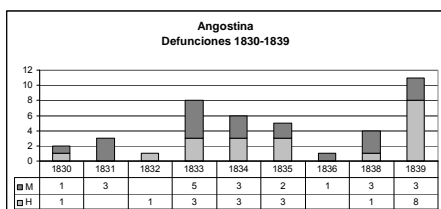
⁹⁴³ No hay datos de Lacorzanilla ni de Tobera de manera independiente en el intervalo temporal a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



BERNEDO

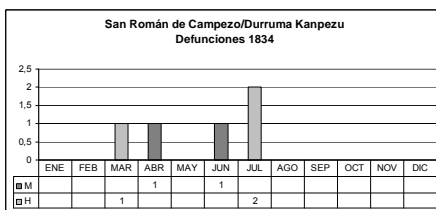
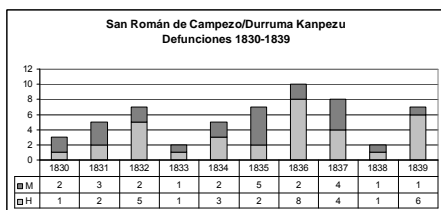
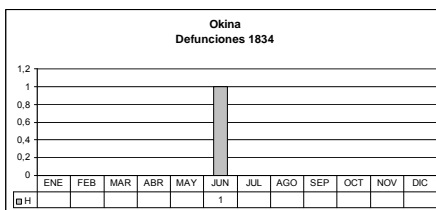
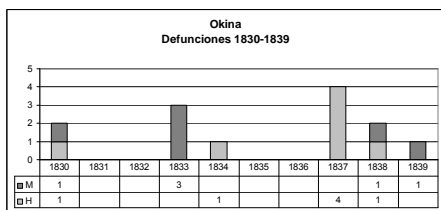
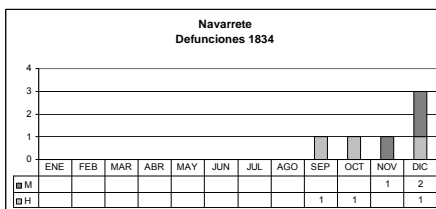
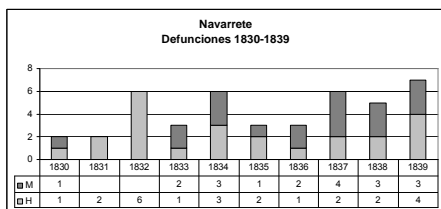
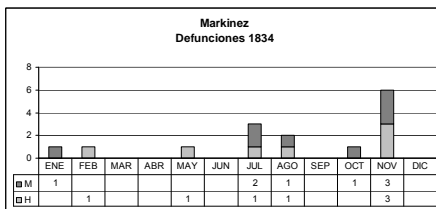
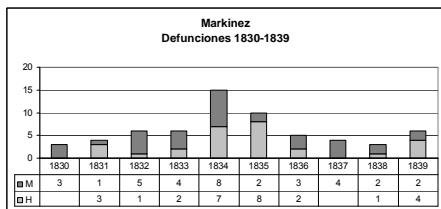
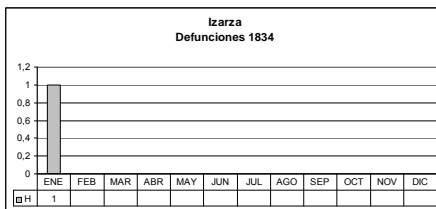
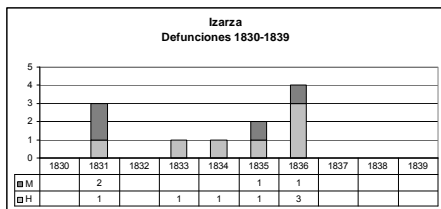
Localidades: Angostina, Arluzea, Bernedo, **Berrozi**, **Izarza**, Markinez, Navarrete, Okina, Quintana, San Román de Campezo/Durruma Kanpezu, Urarte, Urturi, Villafría.⁹⁴⁴

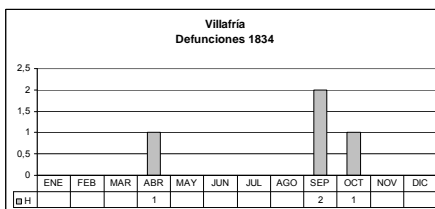
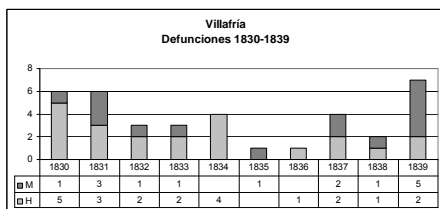
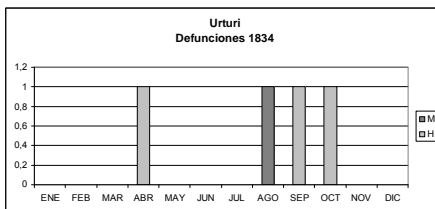
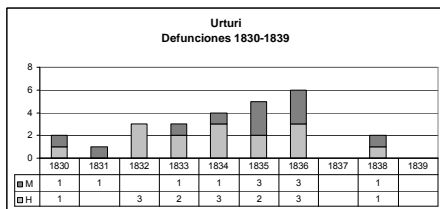
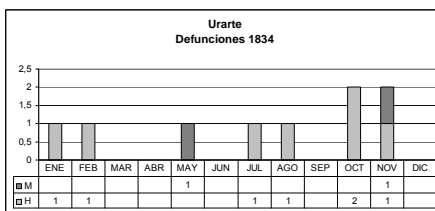
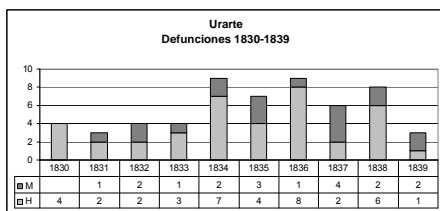


No hay datos de defunciones durante 1834 en Berrozi.

⁹⁴⁴ No hay datos de Quintana de manera independiente en el intervalo temporal a estudio. Por el contrario sí existen para los núcleos de Berrozi e Izarza, que hoy no constituyen entidad local o concejo.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

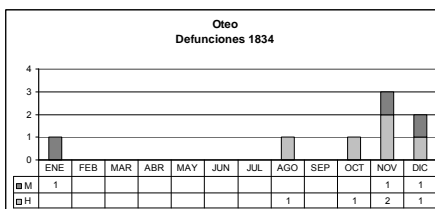
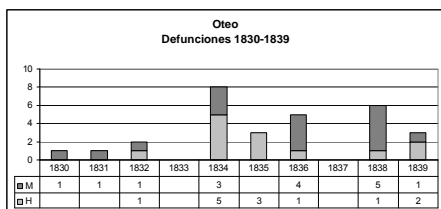
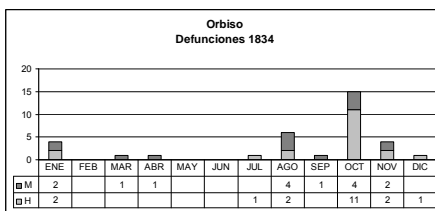
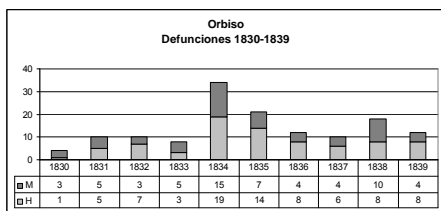
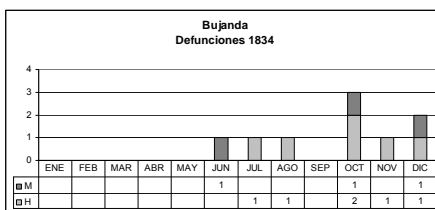
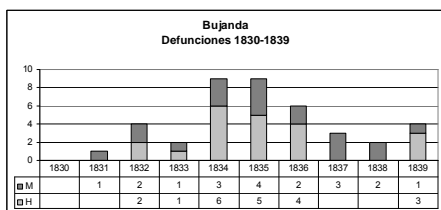
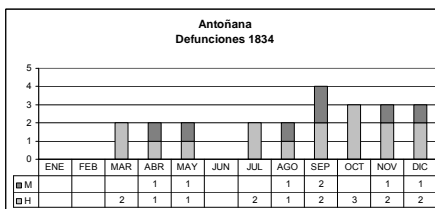
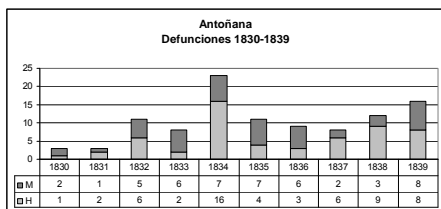


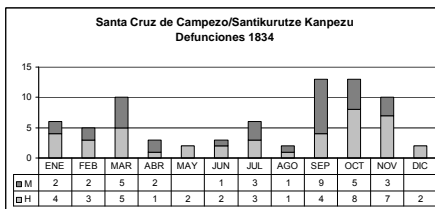
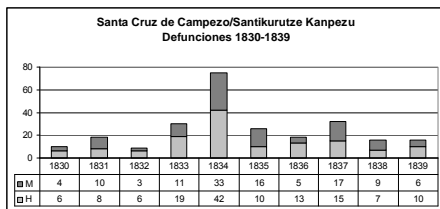


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

CAMPEZO/KANPEZU

Localidades: Antoñana, Bujanda, Orbiso, Oteo, Santa Cruz de Campezo/Santikurutze Kanpezu.

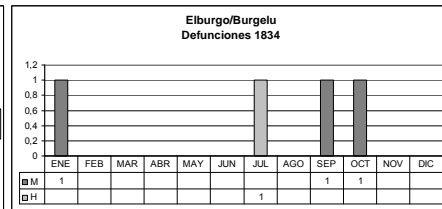
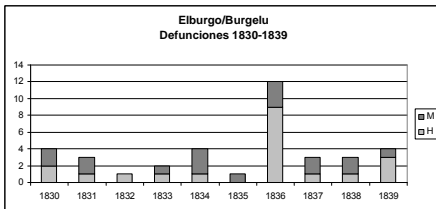
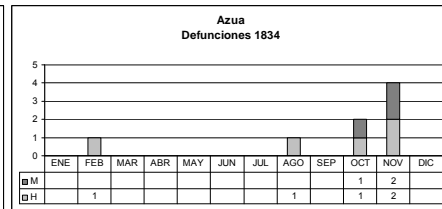
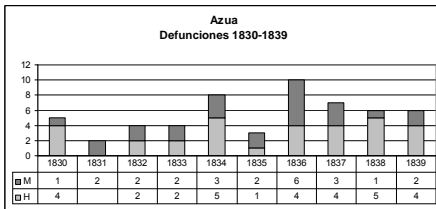
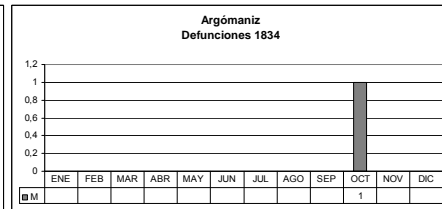
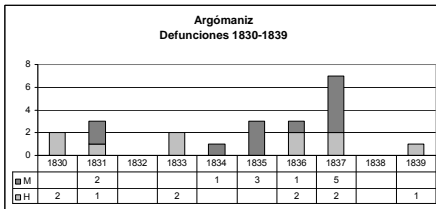
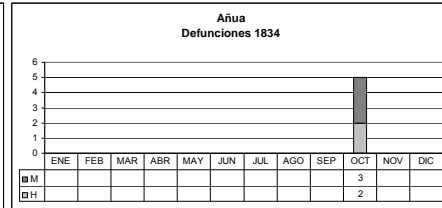
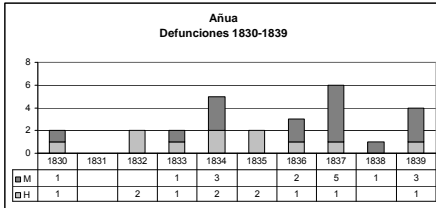




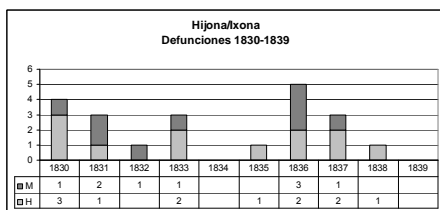
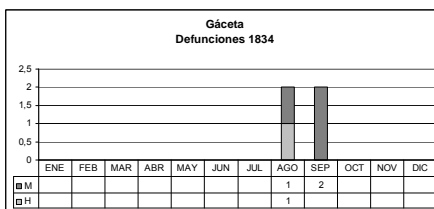
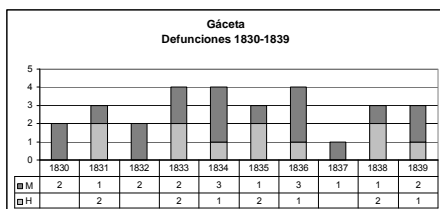
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ELBURGO/BURGELU

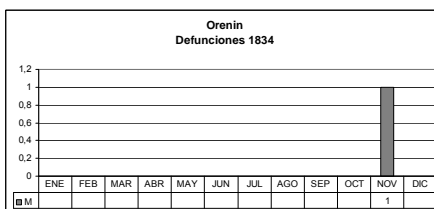
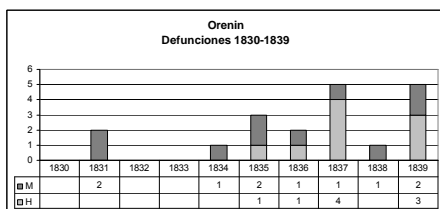
Localidades: Añua, Arbulo/Arbulu, Argómaniz, Azua, Elburgo/Burgelu, Gáceta, Hijona/Ixona, **Orenin**.⁹⁴⁵



⁹⁴⁵ No hay datos de Arbulo/Arbulu de manera independiente para el intervalo temporal a estudio. Por el contrario se dispone de datos para Azua y Orenin que hoy día carecen de entidad administrativa propia.



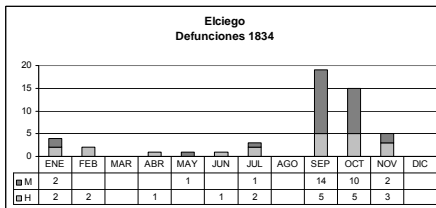
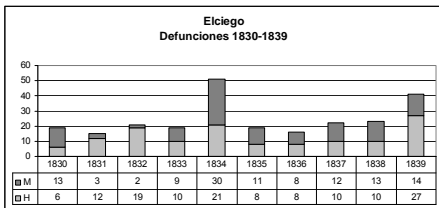
No hay datos de defunciones durante 1834 en Hijona.



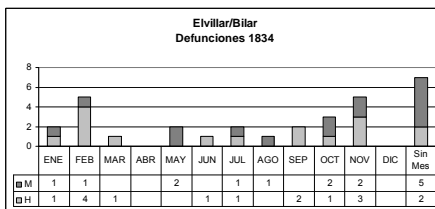
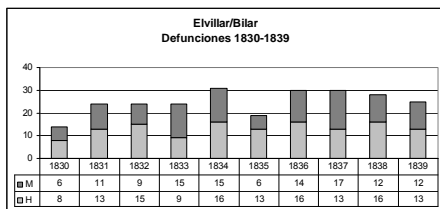
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ELCIEGO

Localidades: Elciego



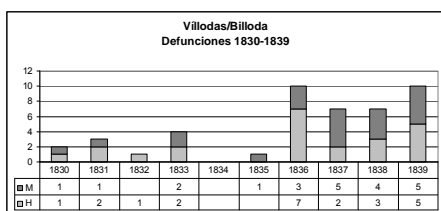
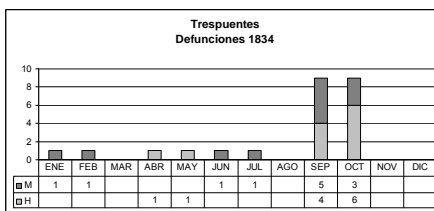
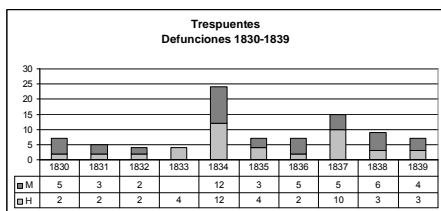
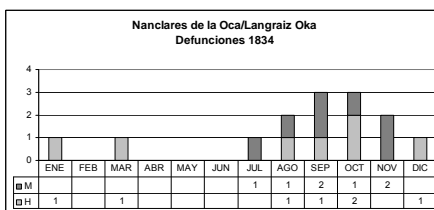
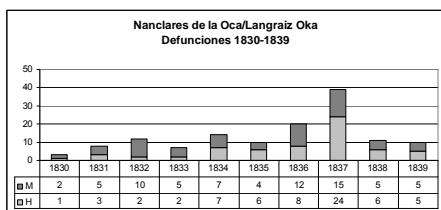
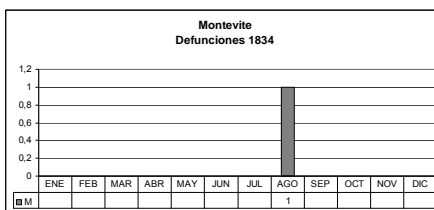
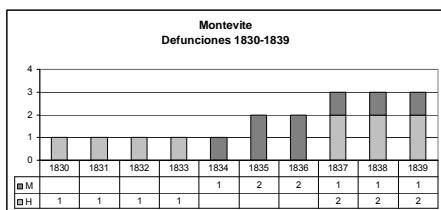
ELVILLAR/BILLAR
Localidades: Elvillar/Bilar



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

IRUÑA DE OCA / IRUÑA OKA

Localidades: Montevite, Nanclares de la Oca/Langraiz Oka, Ollávarre, Trespuentes, Villodas/Billoda.⁹⁴⁶

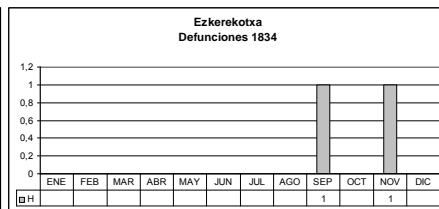
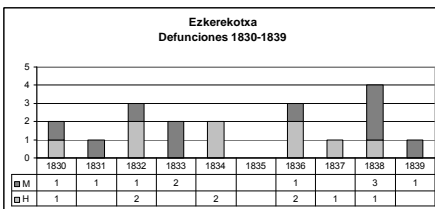
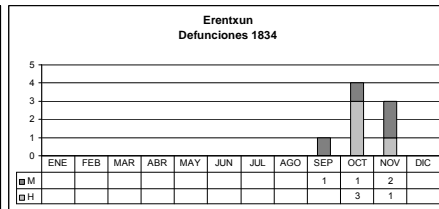
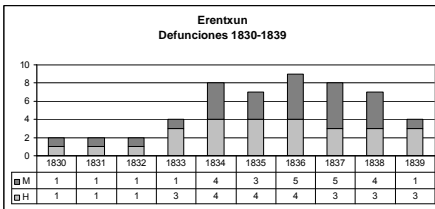
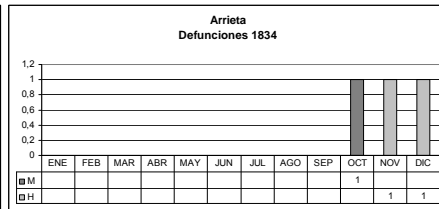
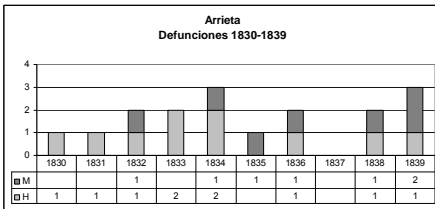
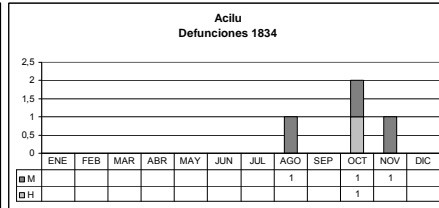
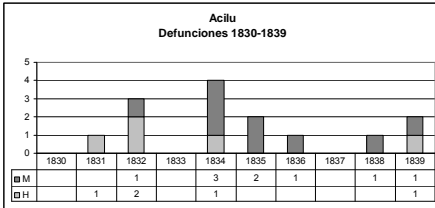


No hay datos de defunciones durante 1834 en Villodas.

⁹⁴⁶ No hay datos de Ollávarre de manera independiente para el intervalo temporal a estudio.

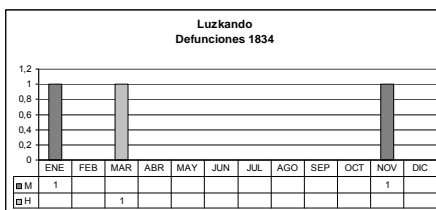
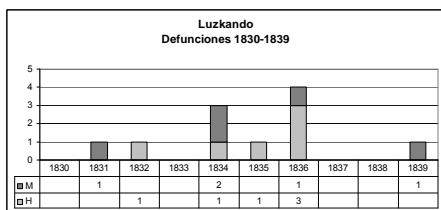
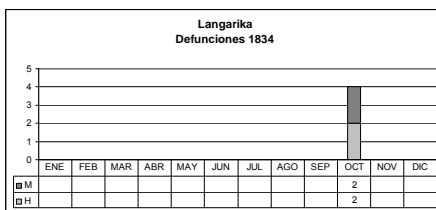
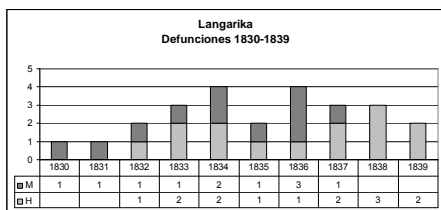
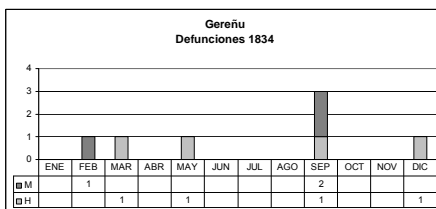
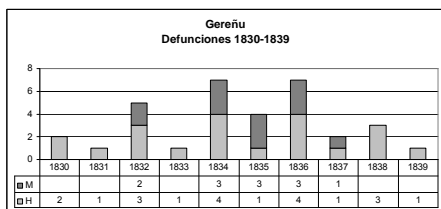
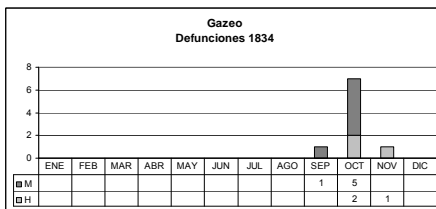
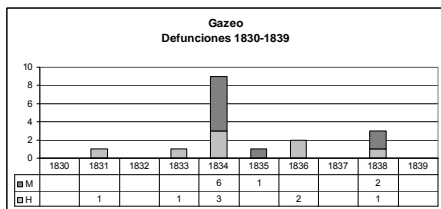
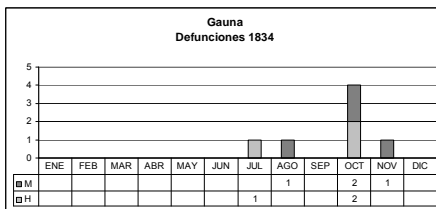
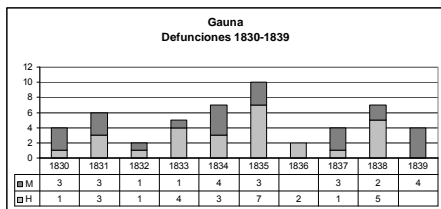
IRURAIZ-GAUNA

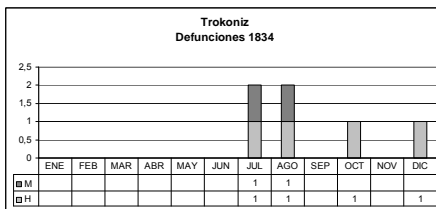
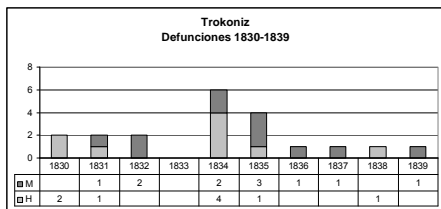
Localidades: Acilu, Alaitza, Arrieta, Erentxun, Ezkerekotxa, Gauna, Gazeo, Gereñu, Jauregi, Langarika, **Luzkando**, Trokoniz.⁹⁴⁷



⁹⁴⁷ No hay datos de Alaitza y de Jauregi de manera independiente para el intervalo temporal a estudio. Por contra, se dispone de datos para Luzkando que actualmente carece de entidad administrativa propia.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

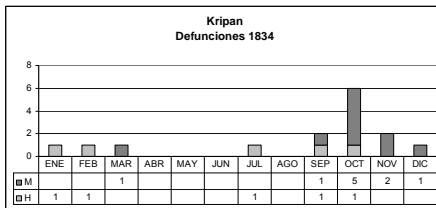
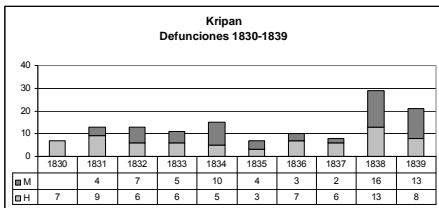




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

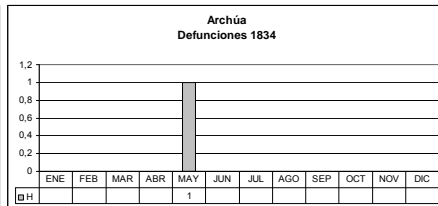
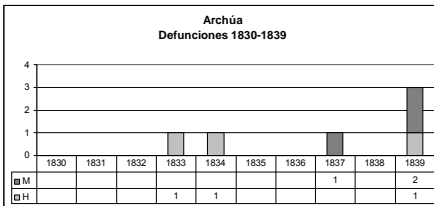
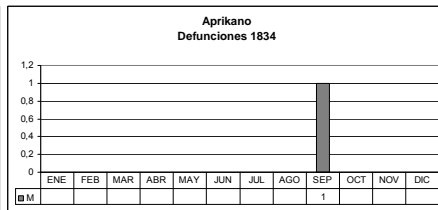
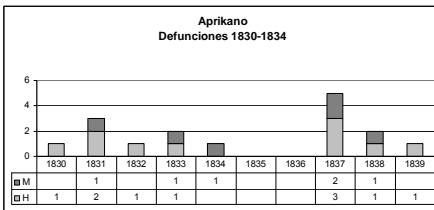
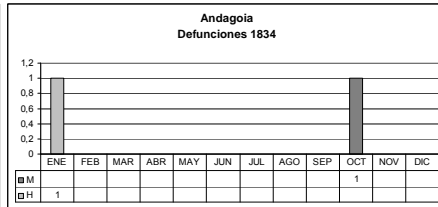
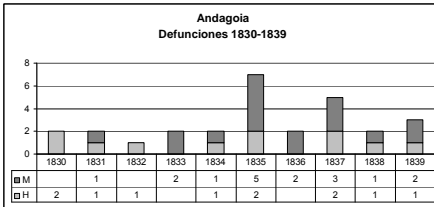
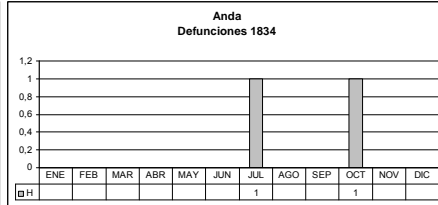
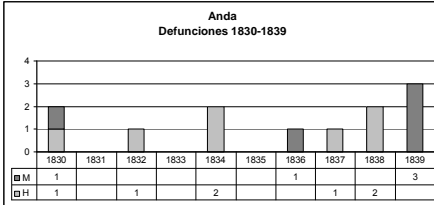
KRIPAN

Localidades: Kripan



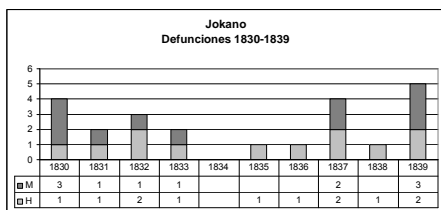
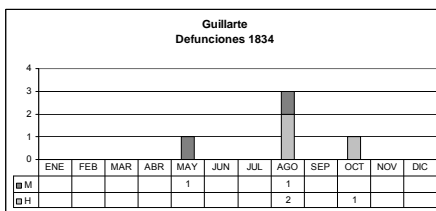
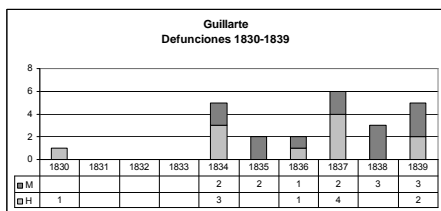
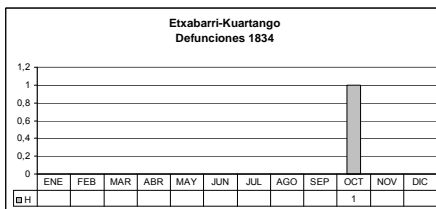
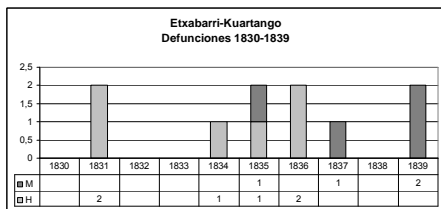
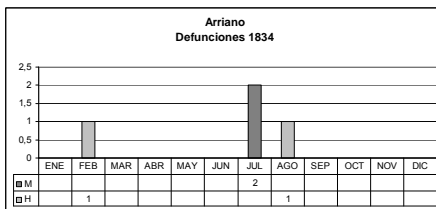
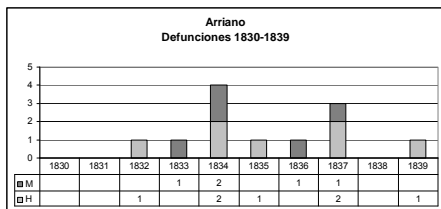
KUARTANGO

Localidades: Anda, Andagoia, Aprikano, Archúa, Arriano, Etxabarri-Kuartango, Guillarte, Iñurrita, Jokano, Katadiano, Luna, Marinda, Santa Eulalia, Sendadiano, Tortura, Urbina de Basabe, Urbina Eza, Uribarri-Kuartango, Villamanca, Zuhatzu-Kuartango.⁹⁴⁸

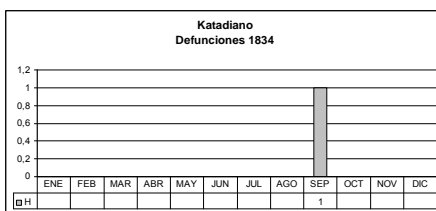
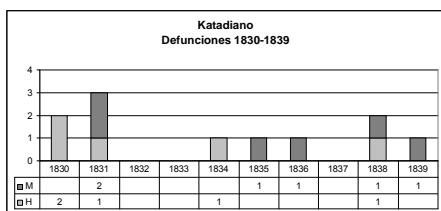


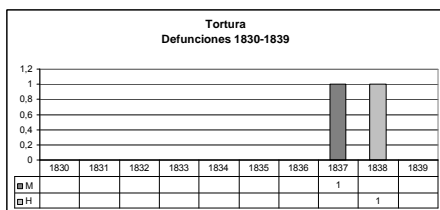
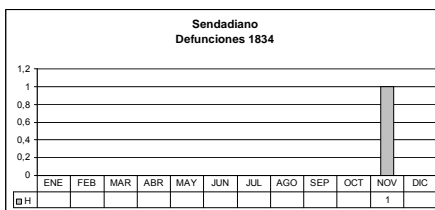
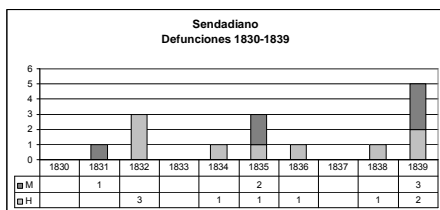
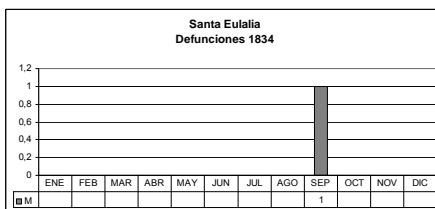
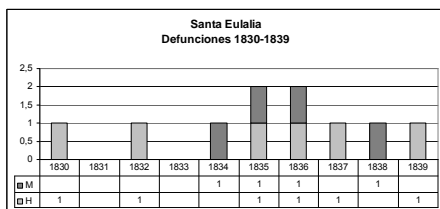
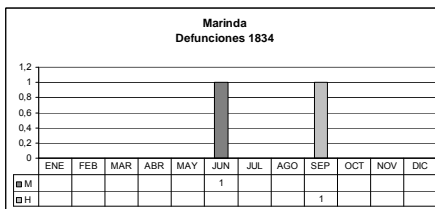
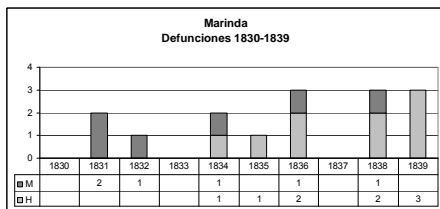
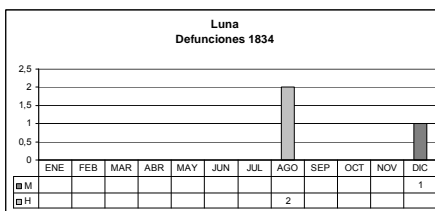
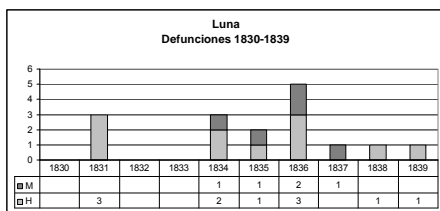
⁹⁴⁸ No hay datos para la localidad de Iñurrita de manera independiente para el periodo a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



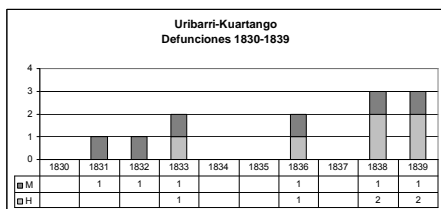
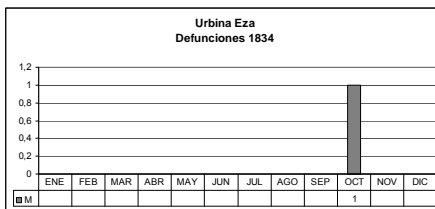
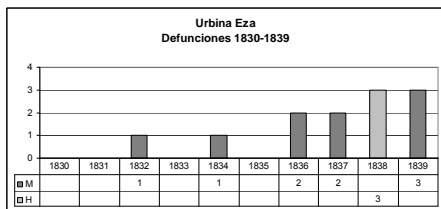
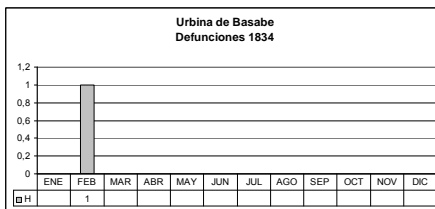
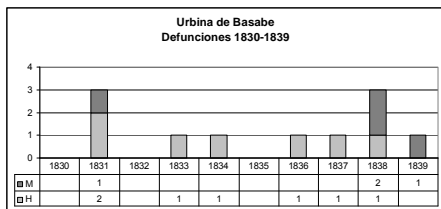
No hay datos de defunciones durante 1834 en Jokano.



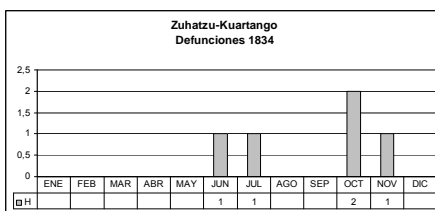
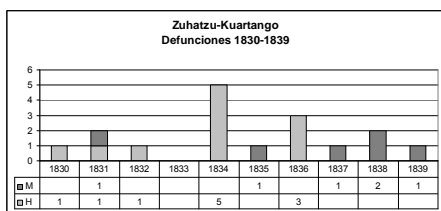
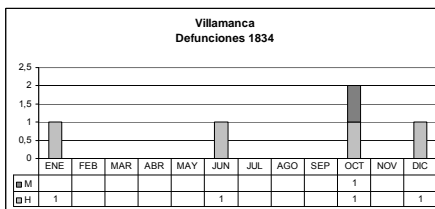
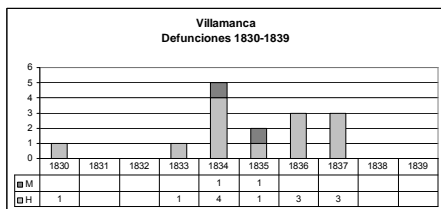


No hay datos de defunciones durante 1834 en Tortura.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

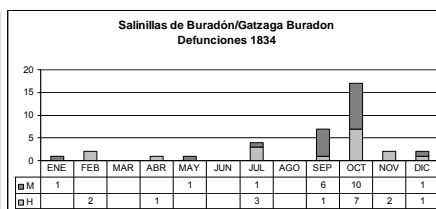
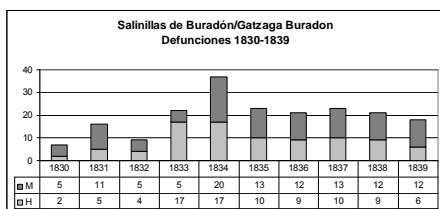
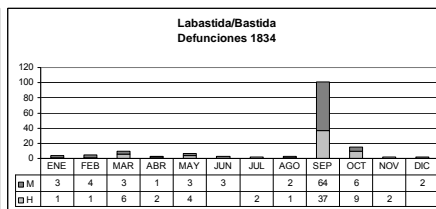
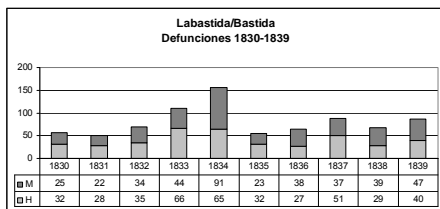


No hay datos de defunciones durante 1834 en Uribarri-Kuartango.



LABASTIDA / BASTIDA

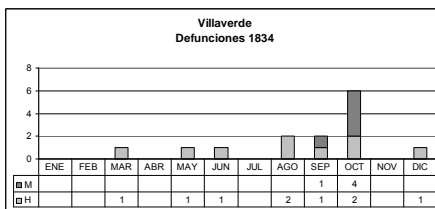
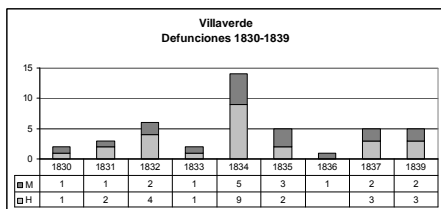
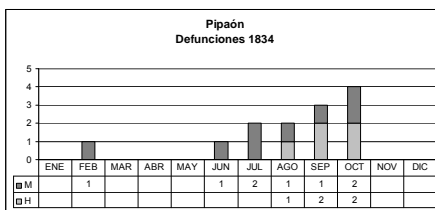
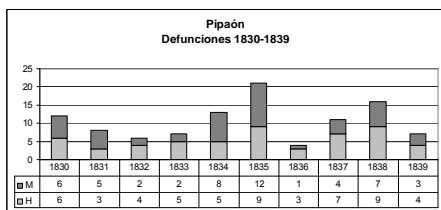
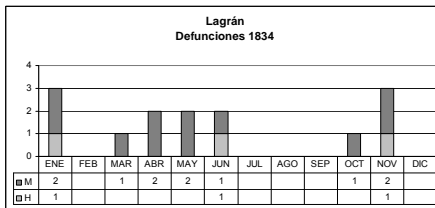
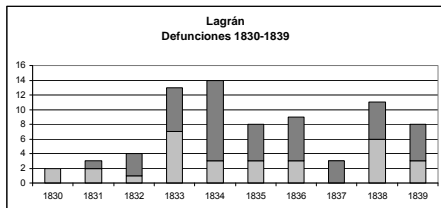
Localidades: Labastida, Salinillas de Buradón/Gatzaga Buradon.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

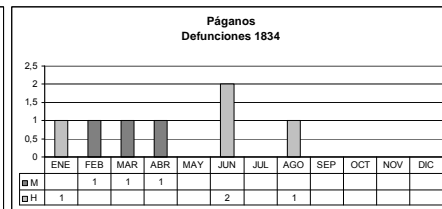
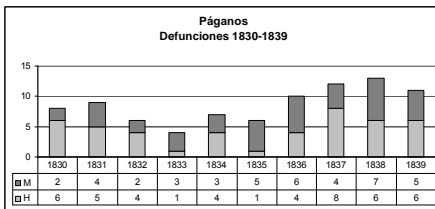
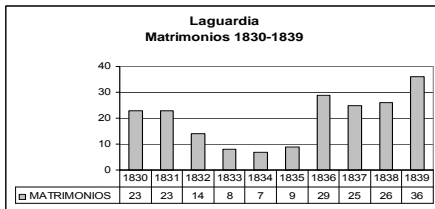
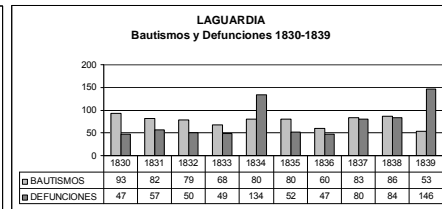
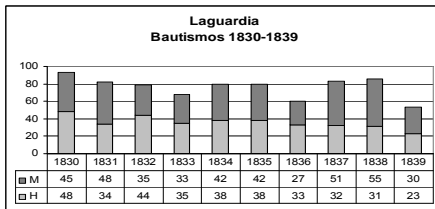
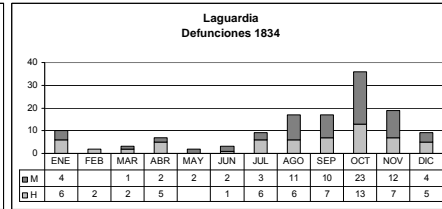
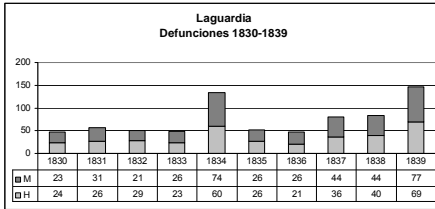
LAGRÁN

Localidades: Lagrán, Pipaón, Villaverde.



LAGUARDIA

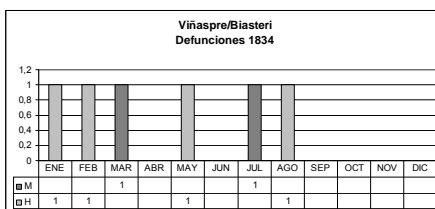
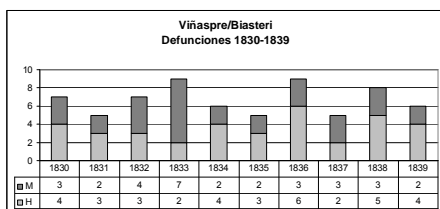
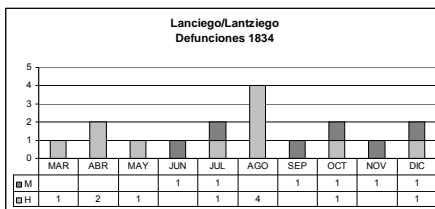
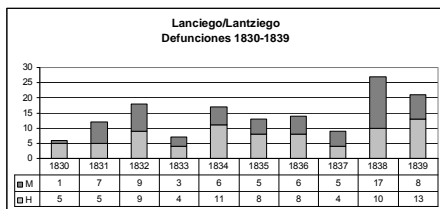
Localidades: El Campillar, Laguardia, Laserna, Párganos.⁹⁴⁹



⁹⁴⁹ No hay datos de El Campillar ni de Laserna de manera independiente para el intervalo temporal a estudio

LANCIEGO/LANTZIEGO

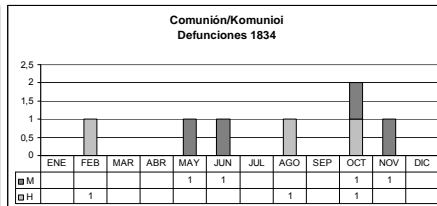
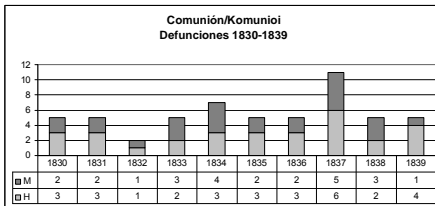
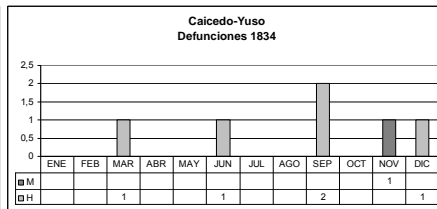
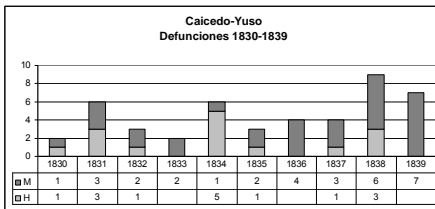
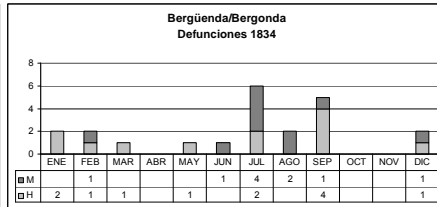
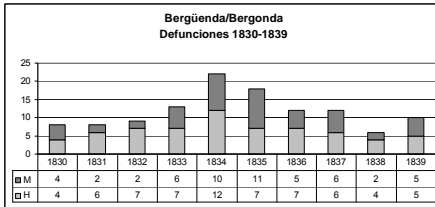
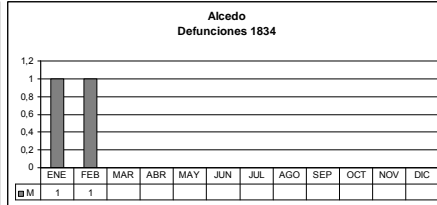
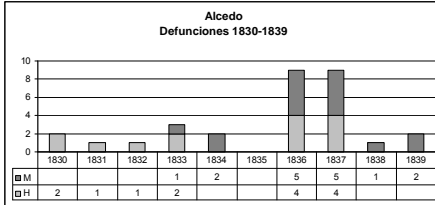
Localidades: Assa, Lanciego/Lantziego, Viñaspre/Biasteri.⁹⁵⁰



⁹⁵⁰ No hay datos de Assa de manera independiente para el intervalo temporal a estudio

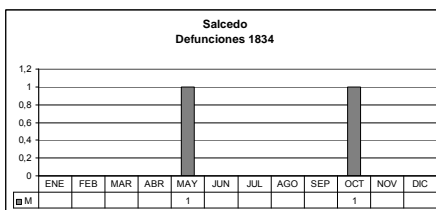
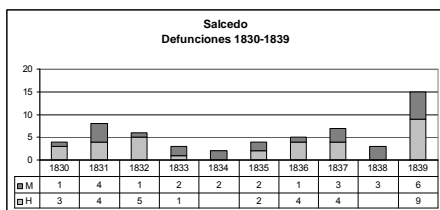
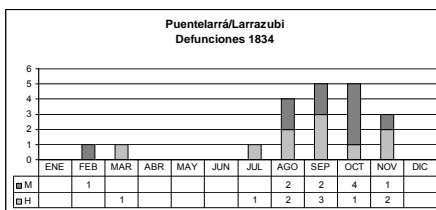
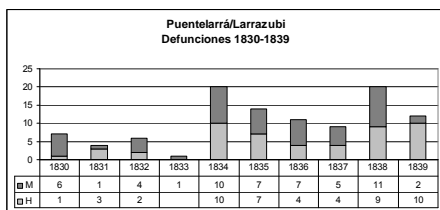
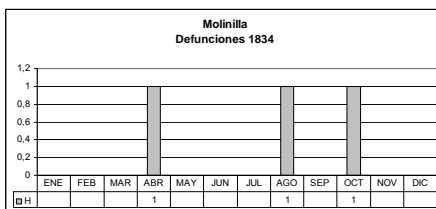
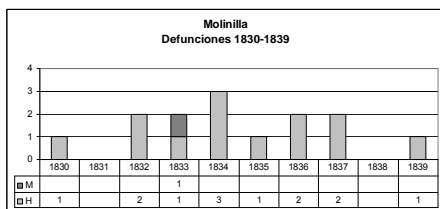
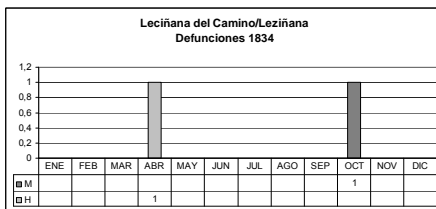
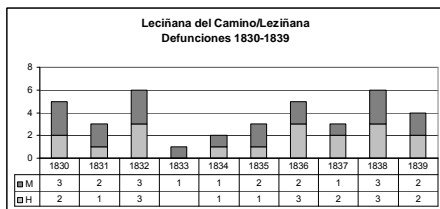
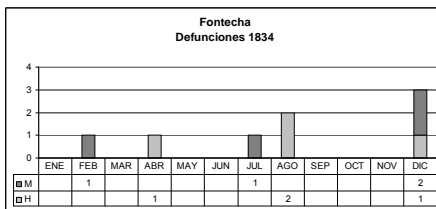
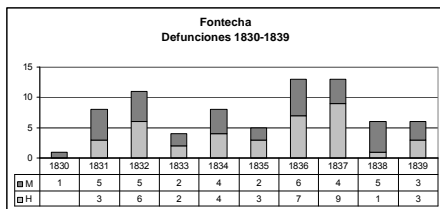
LANTARÓN

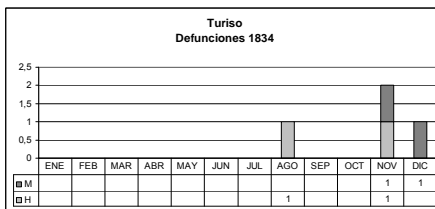
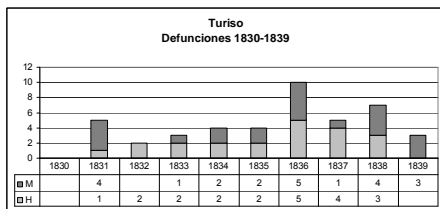
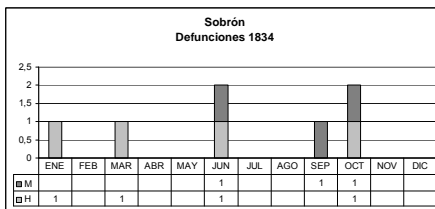
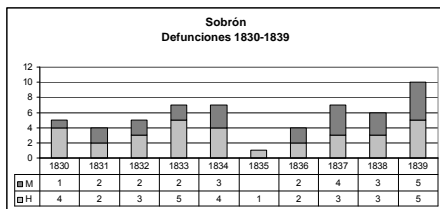
Localidades: Alcedo, Bergüenda/Bergonda, Caicedo-Yuso, Comunión/Komunioi, Fontecha, Leciñana del camino/Leziñana, Molinilla, Puentelarrá/Larrazubi, Salcedo, Sobrón, Turiso, Zubillaga.⁹⁵¹



⁹⁵¹ No hay datos de Zubillaga de manera independiente para el intervalo temporal a estudio

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

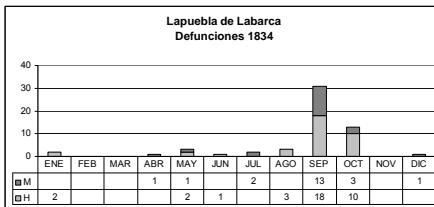
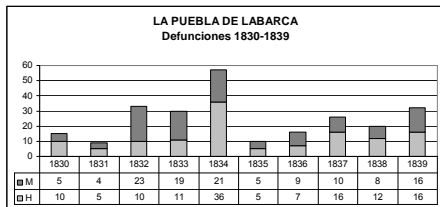




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

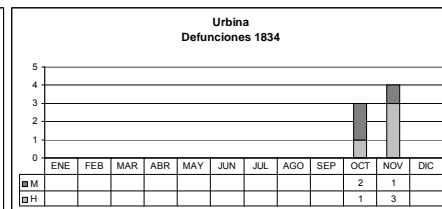
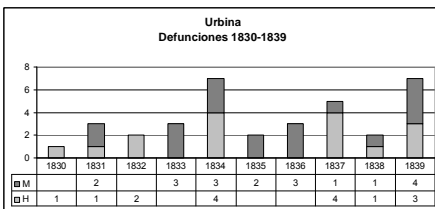
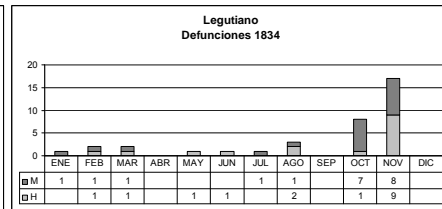
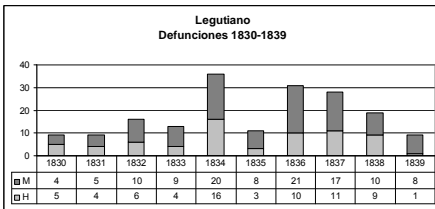
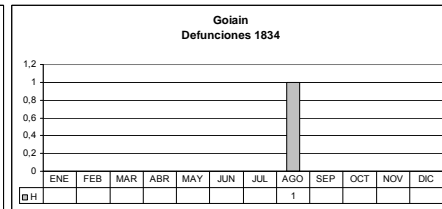
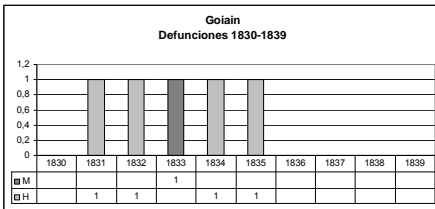
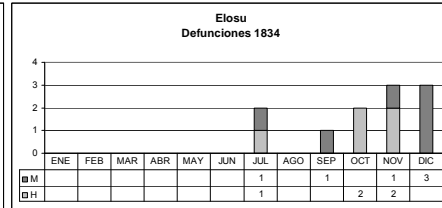
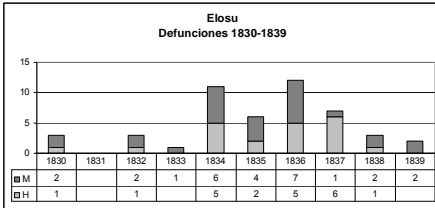
LAPUEBLA DE LABARCA

Localidades: Lapuebla de Labarca.



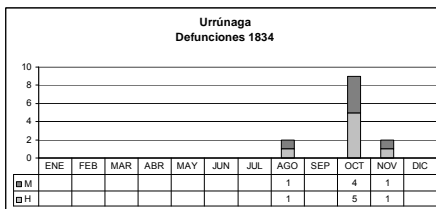
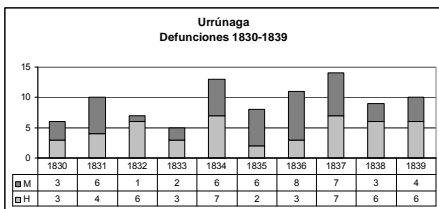
LEGUTIANO

Localidades: Elosu, Goiaín, Legutiano, Nafarrate, Ollerías/Ollerieta, Urbina, Urrúnaga.⁹⁵²



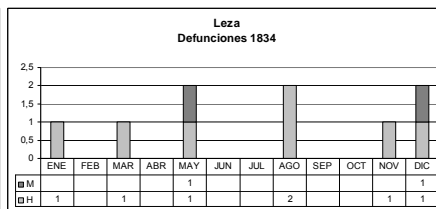
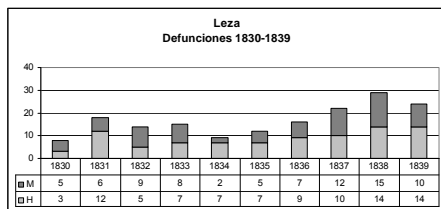
⁹⁵² No hay datos de Nafarrate ni de Ollerías/Ollerieta de manera independiente para el intervalo temporal a estudio

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



LEZA

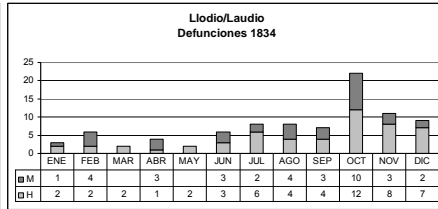
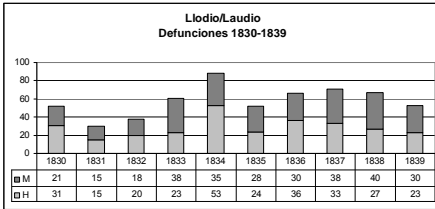
Localidades: Leza.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

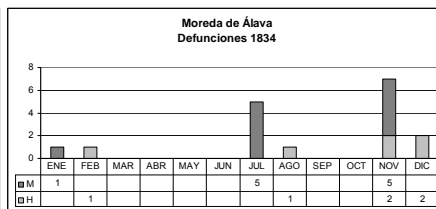
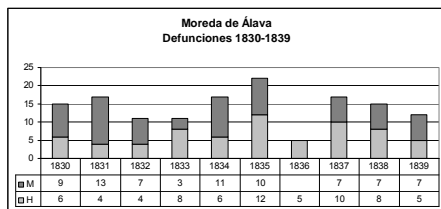
LLODIO/LAUDIO

Localidades: Llodio/Laudio.



MOREDA DE ÁLAVA

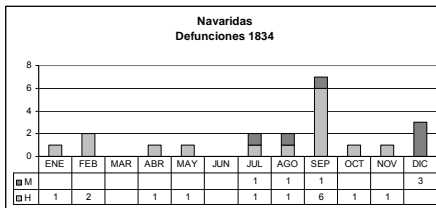
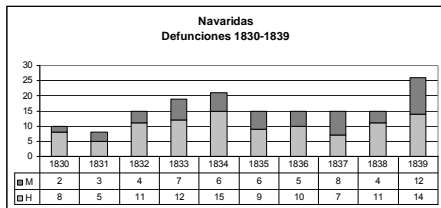
Localidades: Moreda de Álava.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

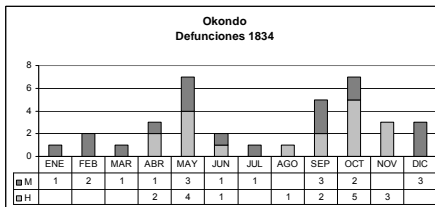
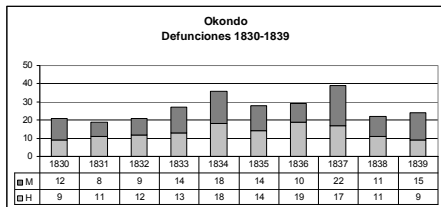
NAVARIDAS

Localidades: Navaridas.



OKONDO

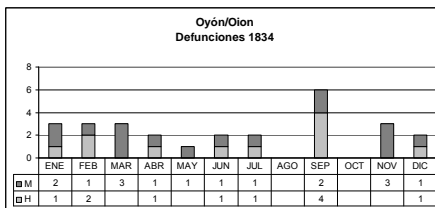
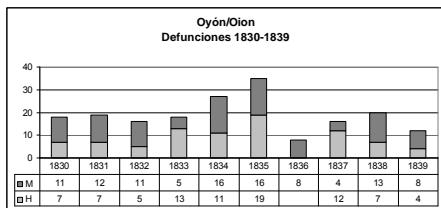
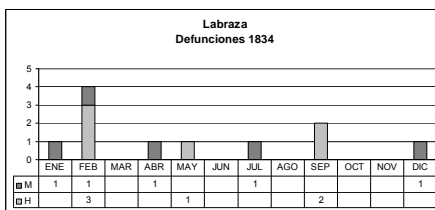
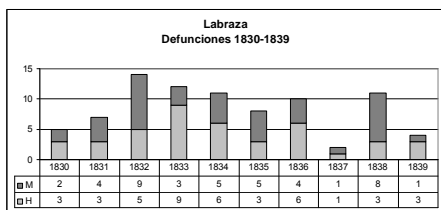
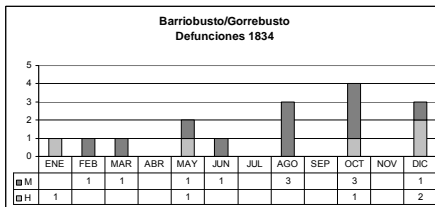
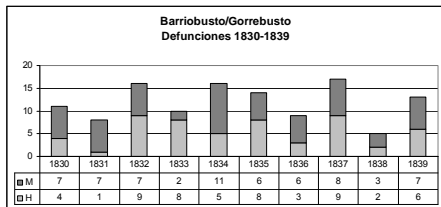
Localidades: Okondo.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

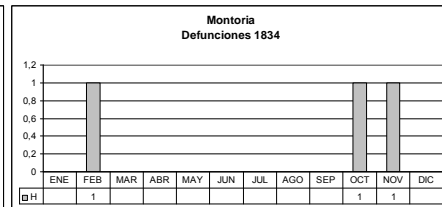
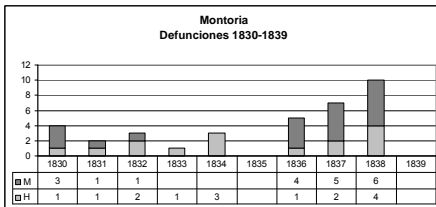
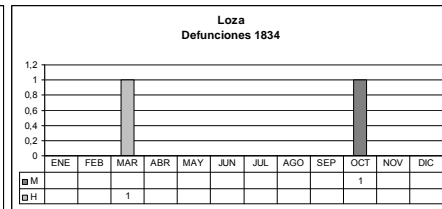
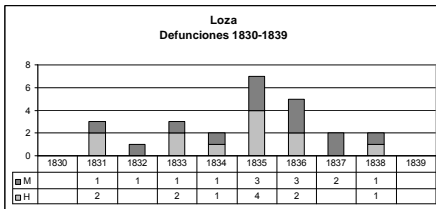
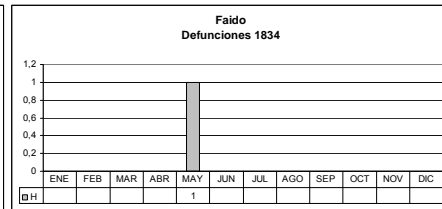
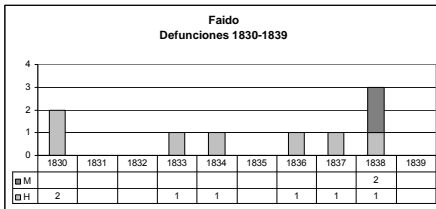
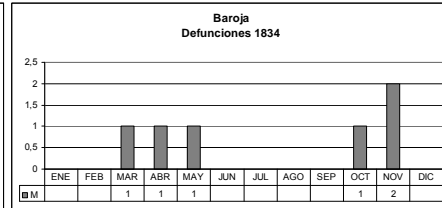
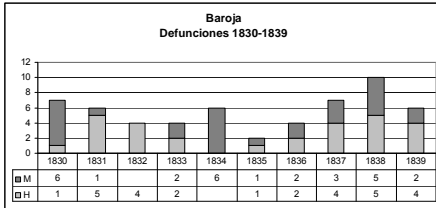
OYÓN-OION

Localidades: Barriobusto/Gorrebusto, Labraza, Oyón-Oion.



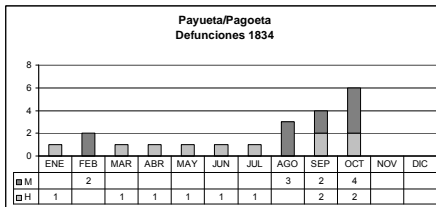
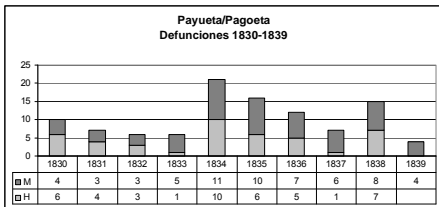
PEÑACERRADA-URIZAHARRA

Localidades: Baroja, Faido, Loza, Montoria, Payueta/Pagoeta, Peñacerrada /Urizaharra, Zumento.⁹⁵³



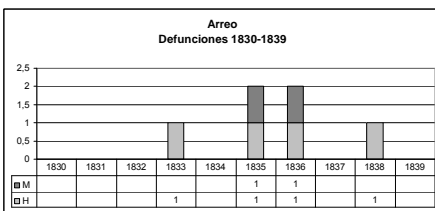
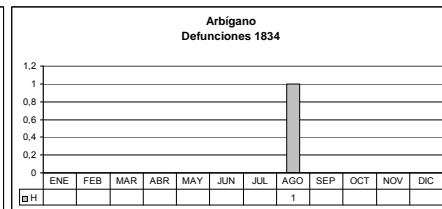
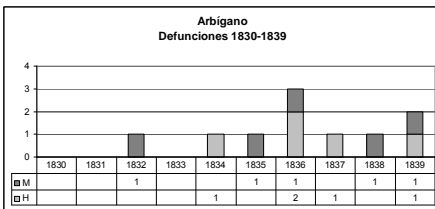
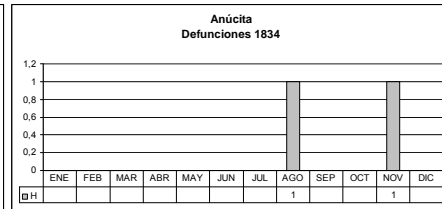
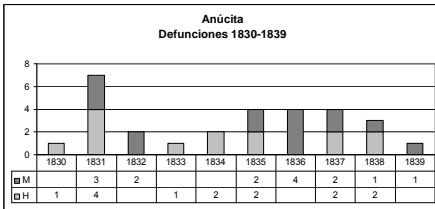
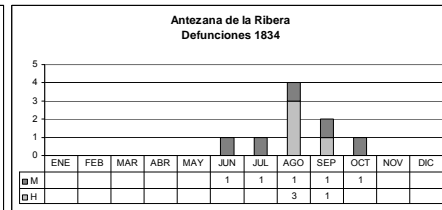
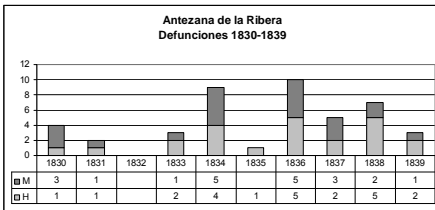
⁹⁵³ No hay datos de Peñacerrada/Urizaharra ni de Zumento de manera independiente para el intervalo temporal a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



RIBERA ALTA/ERRIBERAGOITIA

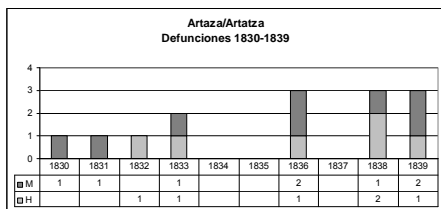
Localidades: Antezana de la Ribera, Anúcita, Arbígano, Arreo, Artaza/Artatza, Barrón, Basquiñuelas, Caicedo-Sopeña, **Carasta**, Castillo-Sopeña, Escota/Axkoeta, Hereña, Lasierra, Leciñana de la Oca, Morillas, Nuvilla, Ormijana, Paúl, Pobes, San Miguel, **San Pelayo**, Subijana-Morillas, Tuyo, Villabezana, Villaluenga, Villambrosa, Vitoria.⁹⁵⁴



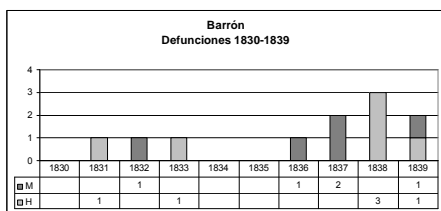
⁹⁵⁴ Se cuenta con datos independientes para Carasta y San Pelayo, que hoy no forman entidad propia.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

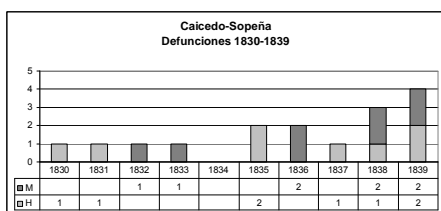
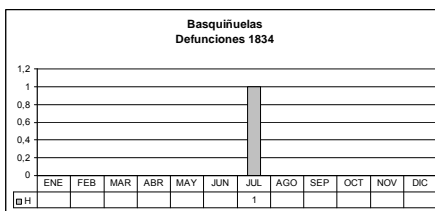
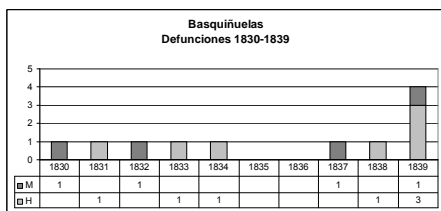
No hay datos de defunciones durante 1834 en Arreo.



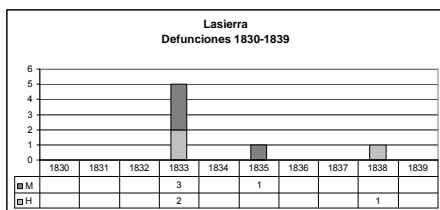
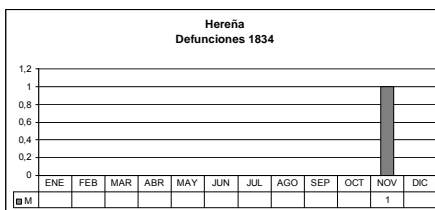
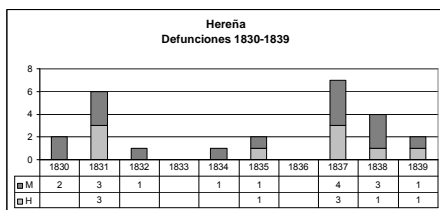
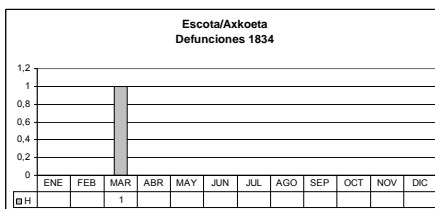
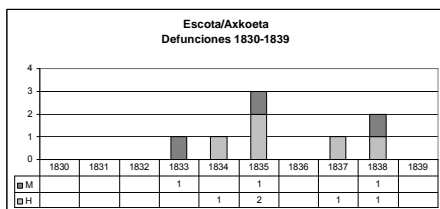
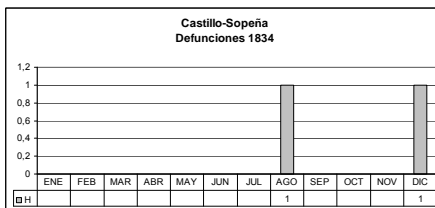
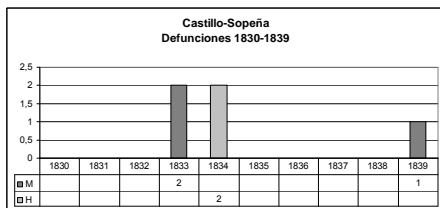
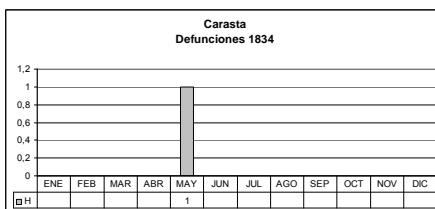
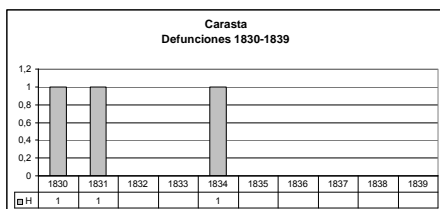
No hay datos de defunciones durante 1834 en Artaza.



No hay datos de defunciones durante 1834 en Barrón.

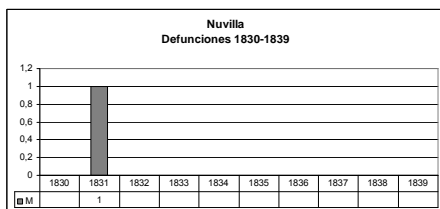
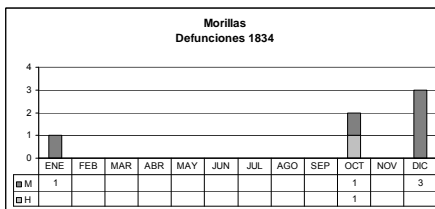
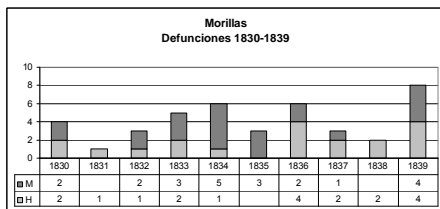
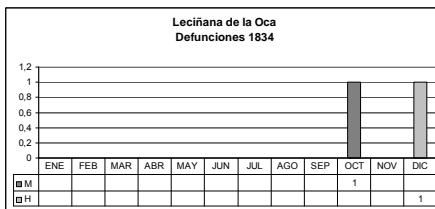
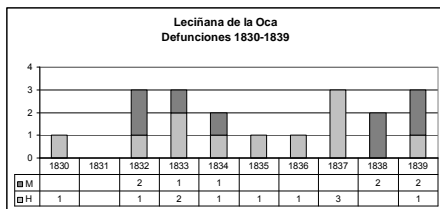


No hay datos de defunciones durante 1834 en Caicedo-Sopeña.

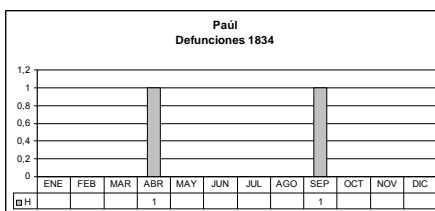
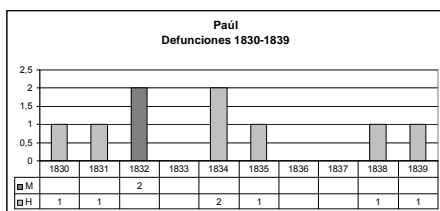
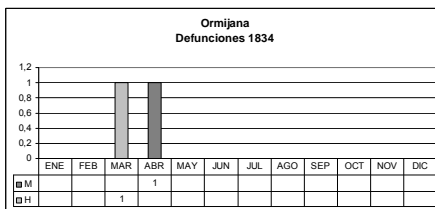
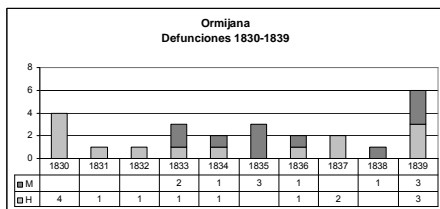


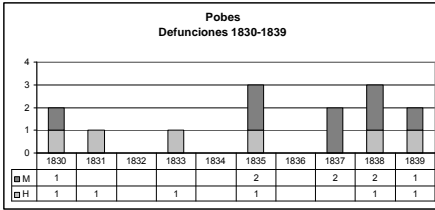
No hay datos de defunciones durante 1834 en Lasierra.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

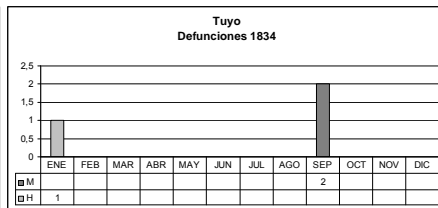
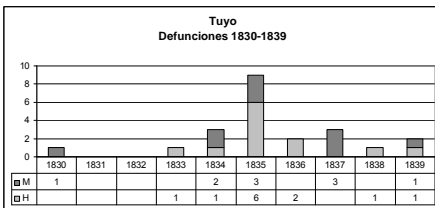
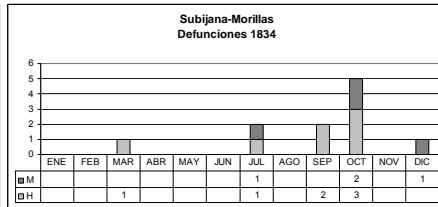
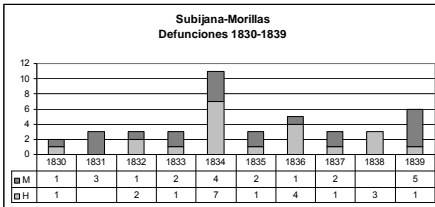
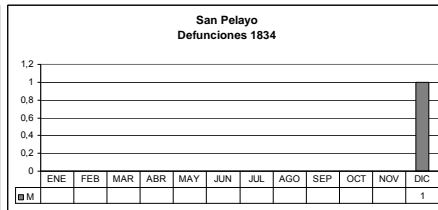
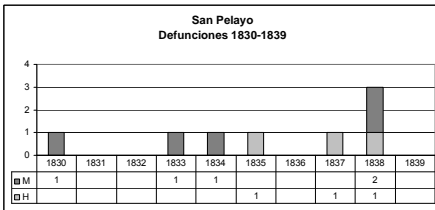
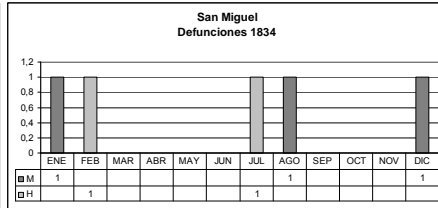
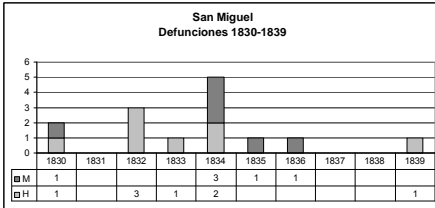


No hay datos de defunciones durante 1834 en Nuvilla.

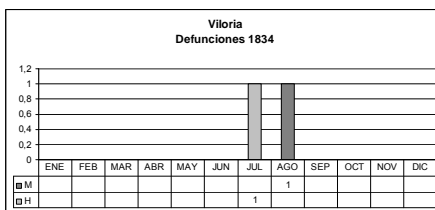
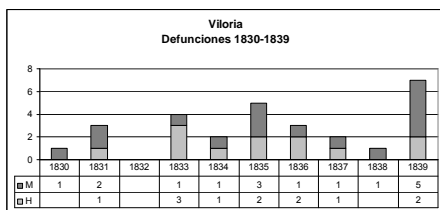
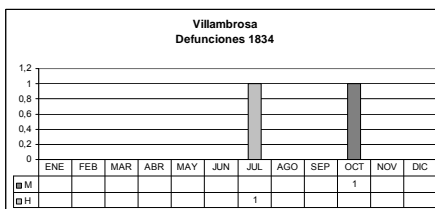
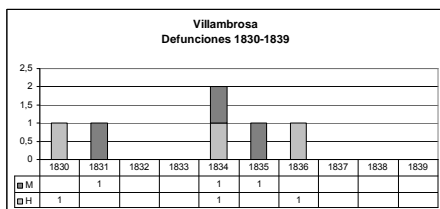
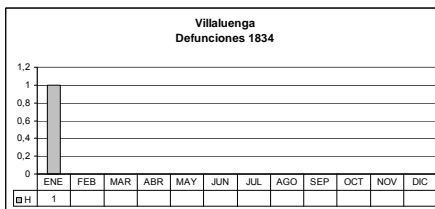
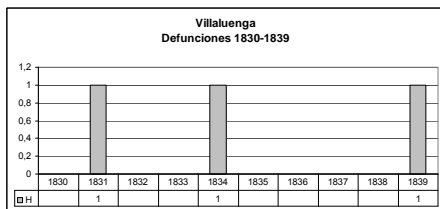
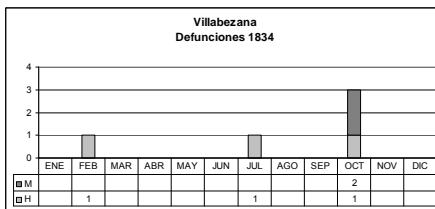
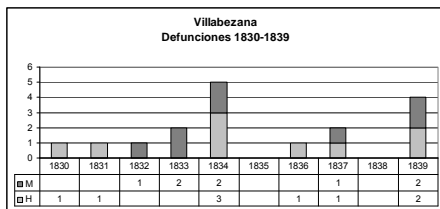




No hay datos de defunciones durante 1834 en Pobes.

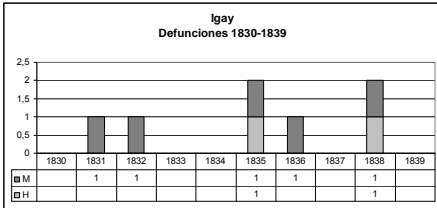


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

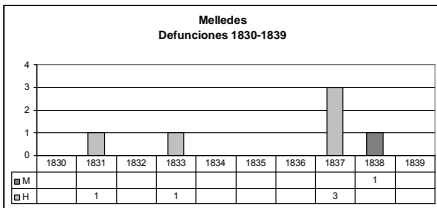
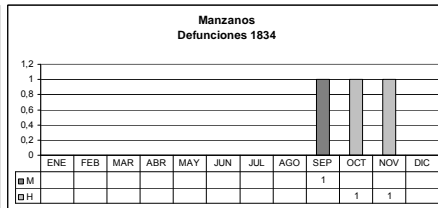
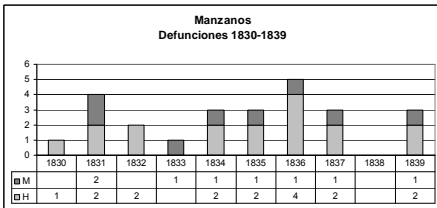


RIBERA BAJA/ERRIBERA

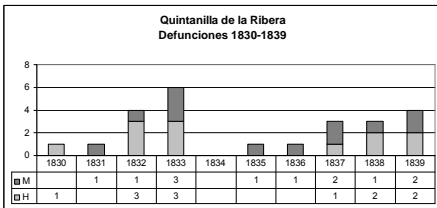
Localidades: Igay, Manzanos, Melleles, Quintanilla de la Ribera, Rivabellosa, Rivaguda.



No hay datos de defunciones durante 1834 en Igay.

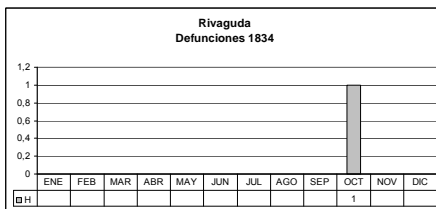
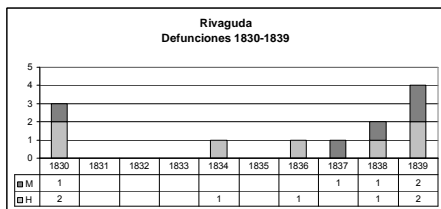
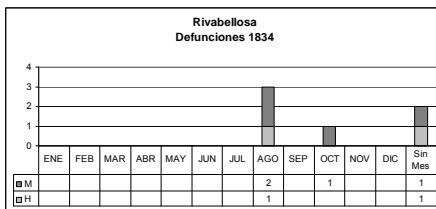
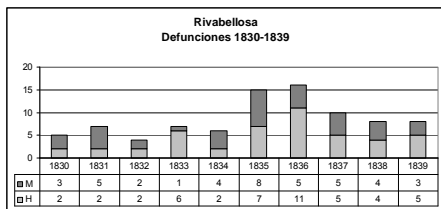


No hay datos de defunciones durante 1834 en Melleles.



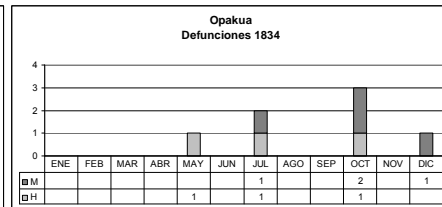
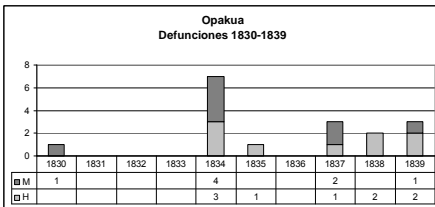
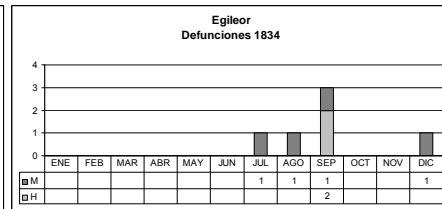
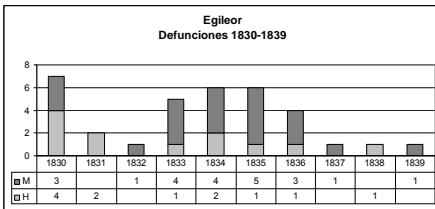
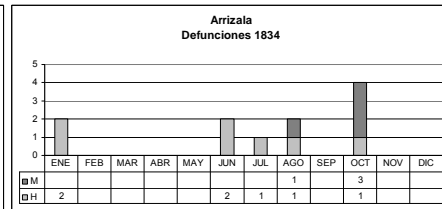
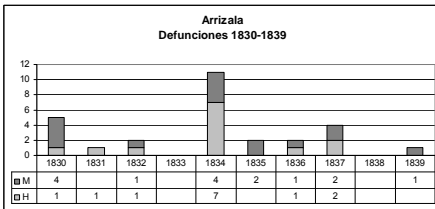
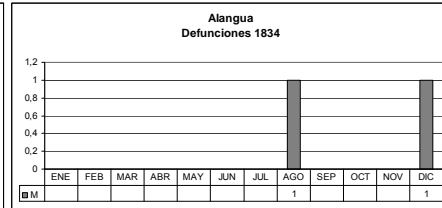
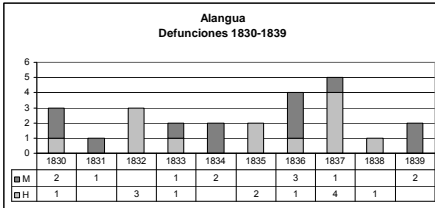
No hay datos de defunciones durante 1834 en Quintanilla de la Ribera.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



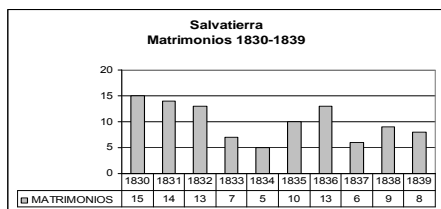
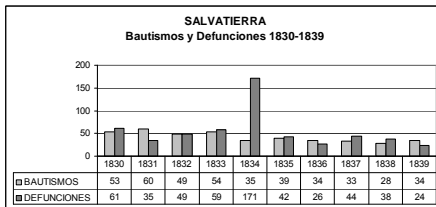
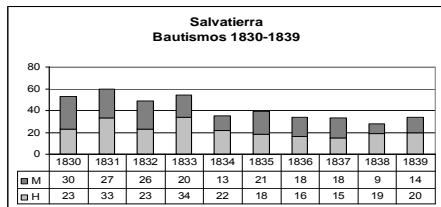
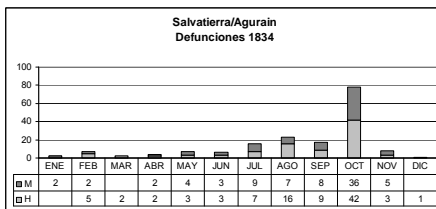
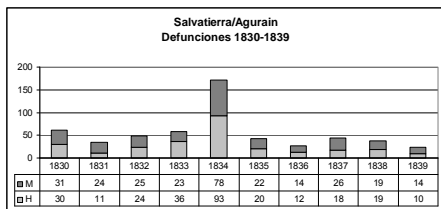
SALVATIERRA/AGURAIN

Localidades: Alangua, Arrizala, Egileor, Iturrieta, Opakua, Salvatierra/Agurain.⁹⁵⁵



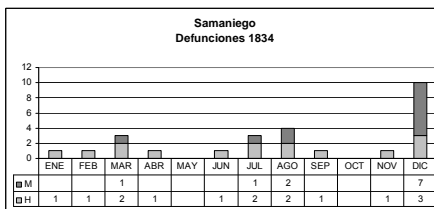
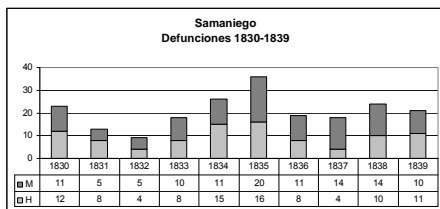
⁹⁵⁵ No hay datos para Iturrieta de manera independiente para el intervalo temporal a estudio

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



SAMANIEGO

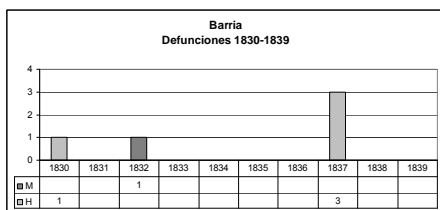
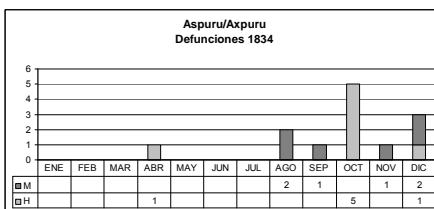
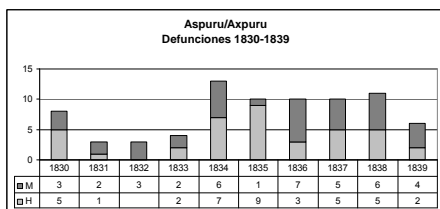
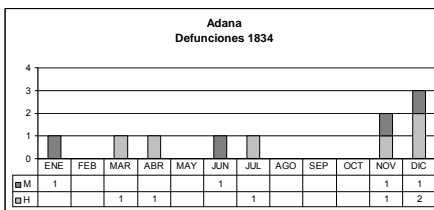
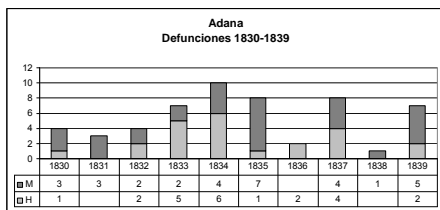
Localidades: Samaniego.



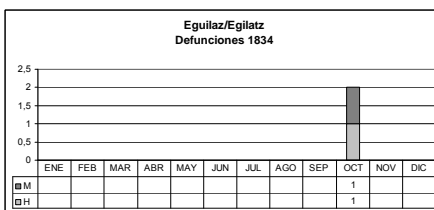
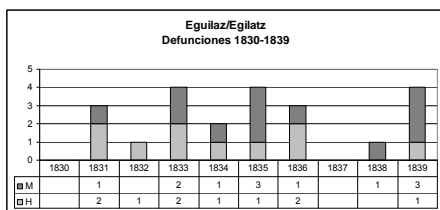
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

SAN MILLÁN/DONEMILIAGA

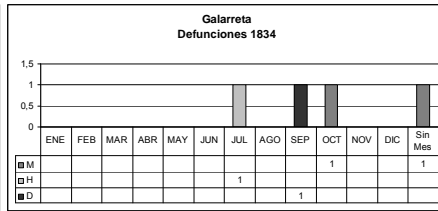
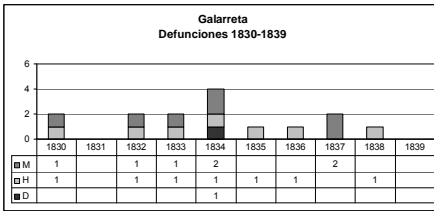
Localidades: Adana, Aspuru/Axpuru, **Barria**, Eguilaz/Egilatz, Galarreta, Luzuriaga, Mezkia, Munain, Narbaiza, Okariz, Ordoñana/Erdoñana, San Román de San Millán/Durruma, Txintxetru, Ullibarri-Jauregi/Uribarri-Jauregi, Vicuña/Bikuña, Zuazo de San Millán/Zuhatzu Donemiliaga.⁹⁵⁶



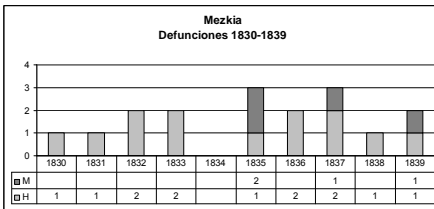
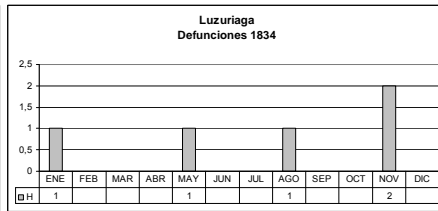
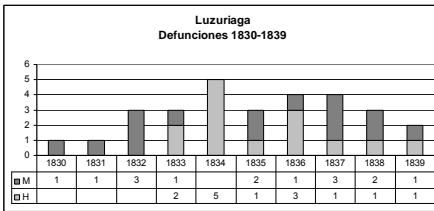
No hay datos de defunciones durante 1834 en Barria.



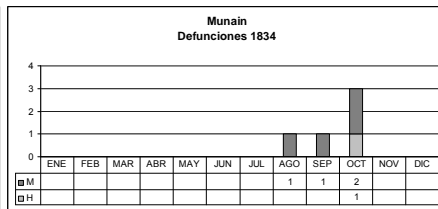
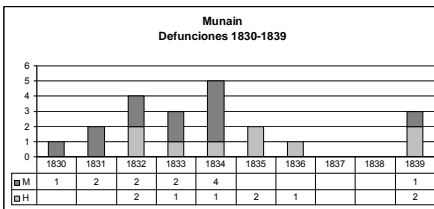
⁹⁵⁶ Se cuenta con datos independientes para Barria, aunque hoy carezca de entidad local propia.



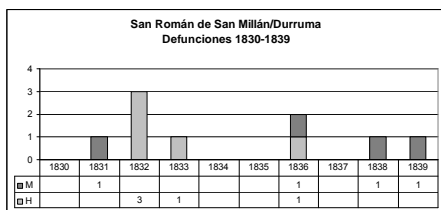
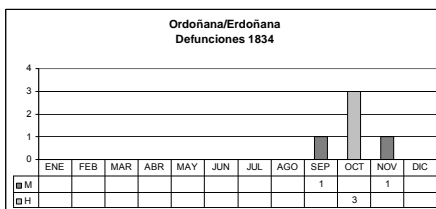
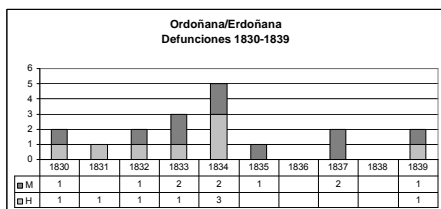
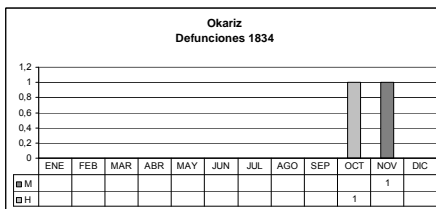
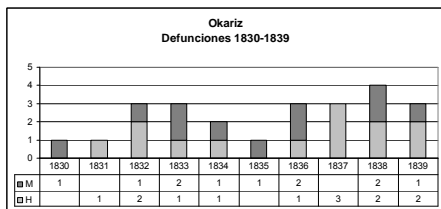
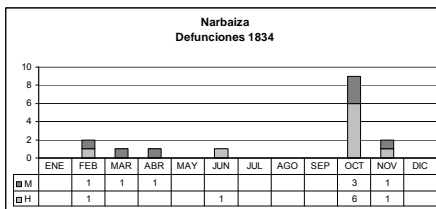
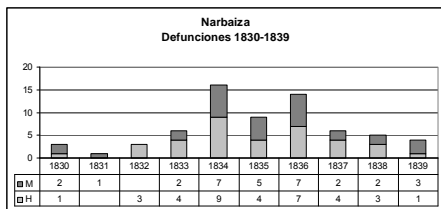
En la parroquia de Galarreta hay un fallecido sin nombre, por lo que se etiqueta como sexo desconocido (D).



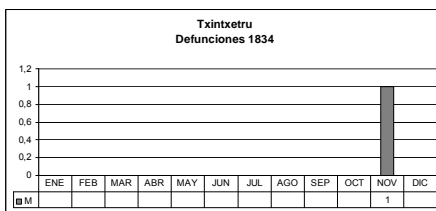
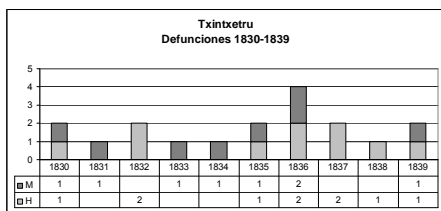
No hay datos de defunciones durante 1834 en Mezkia.

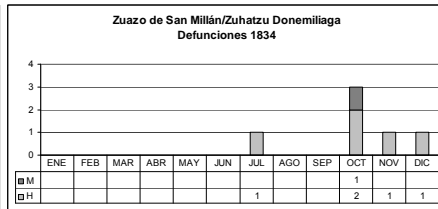
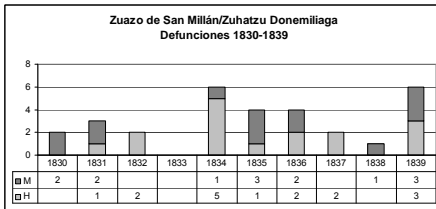
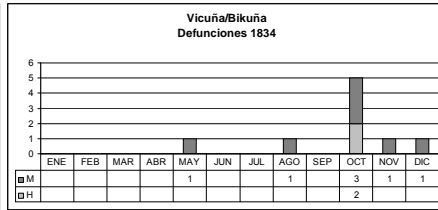
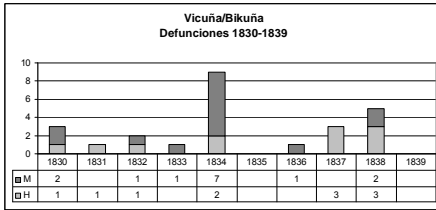
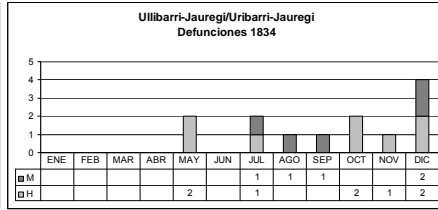
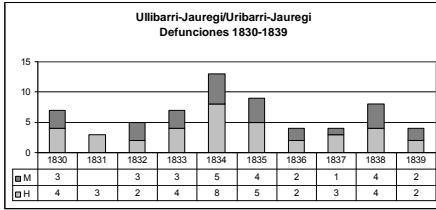


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



No hay datos de defunciones durante 1834 en San Román de San Millán.

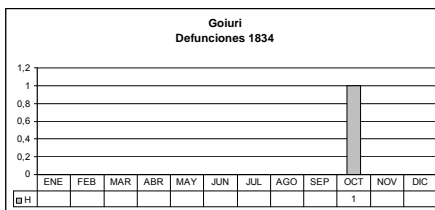
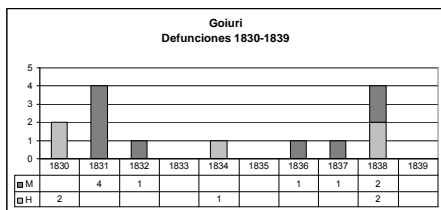
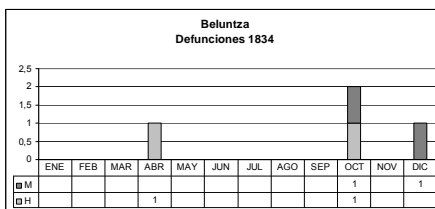
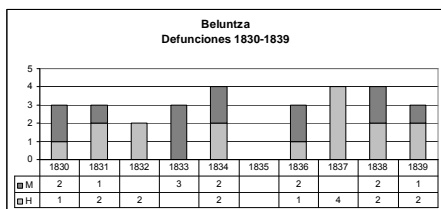
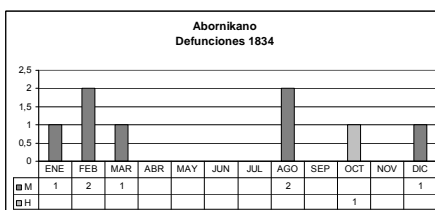
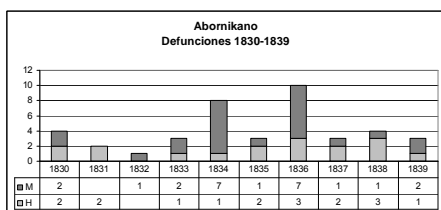
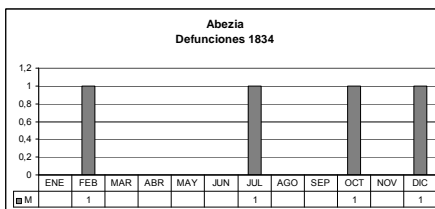
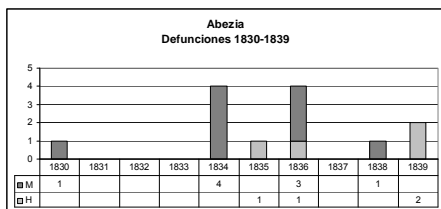




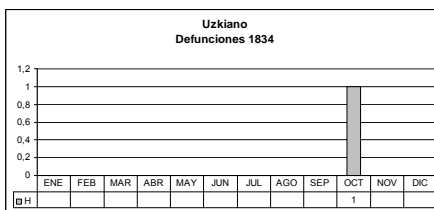
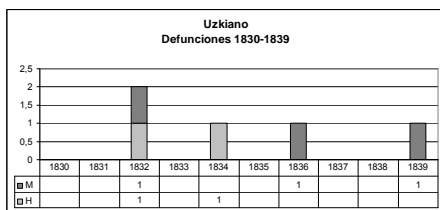
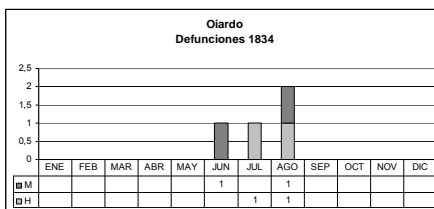
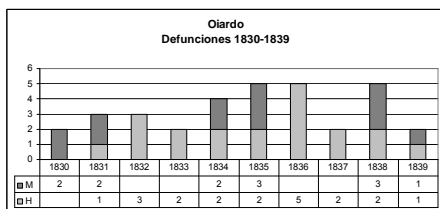
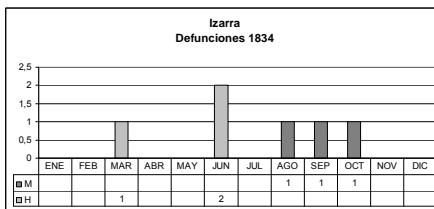
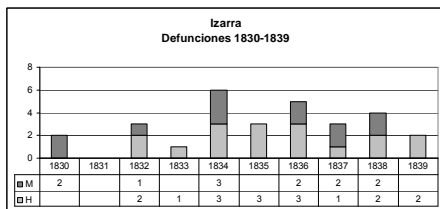
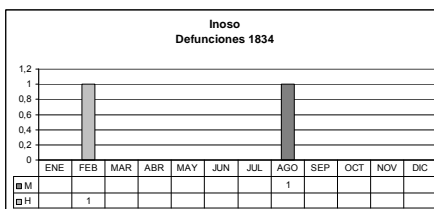
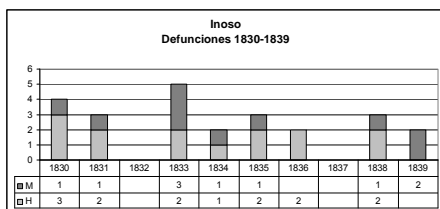
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

URKABUSTAIZ

Localidades: Abezia, Abornikano, Apreguindana/Apregindana, Beluntza, Goiuri-Ondona, Inoso, Izarra, Larrazketa, Oiardo, Unzá/Untzaga, Uzkiano.⁹⁵⁷



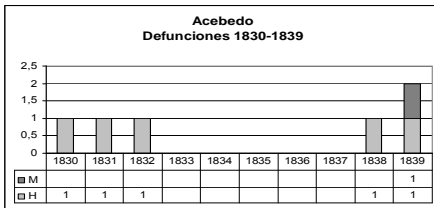
⁹⁵⁷ No hay datos de Apreguindana/Apregindana, Larrazketa ni de Unzá/Untzaga de manera independiente para el intervalo temporal a estudio



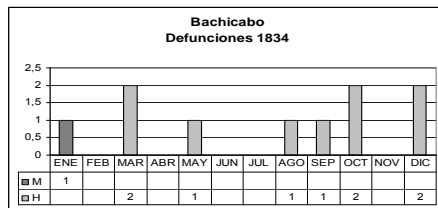
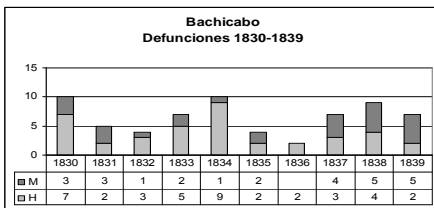
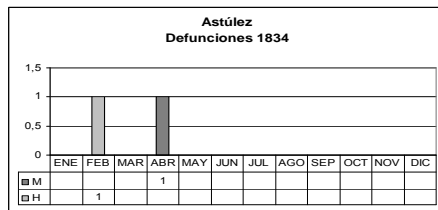
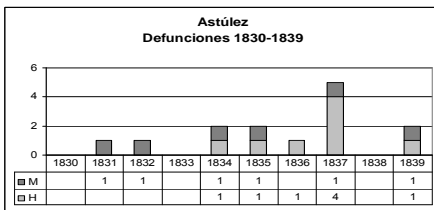
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

VALDEGOVÍA/GAUBEA

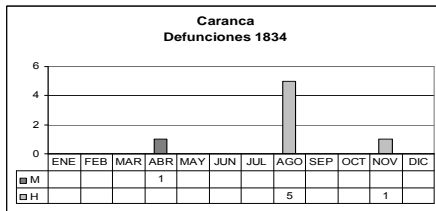
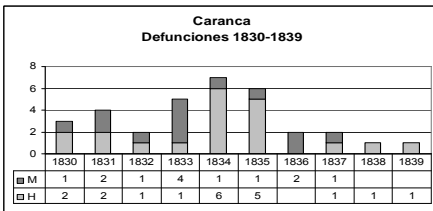
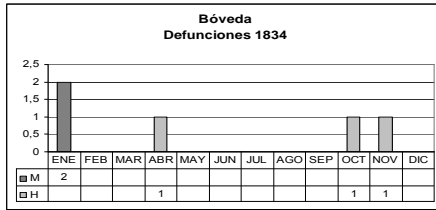
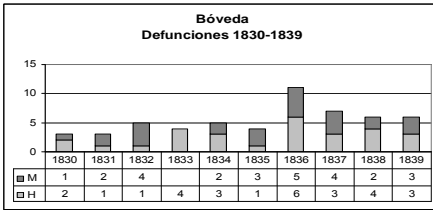
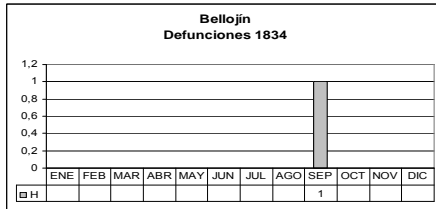
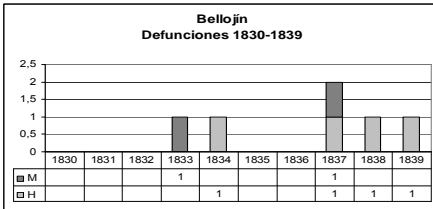
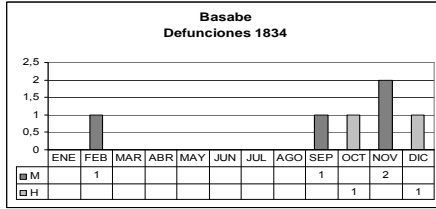
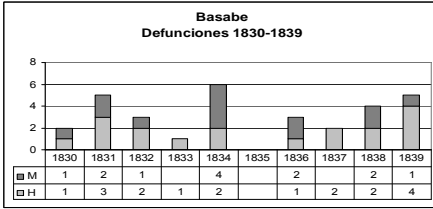
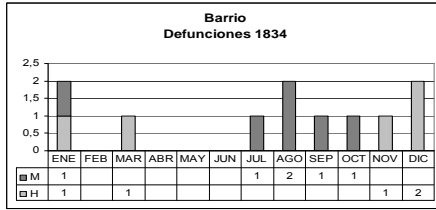
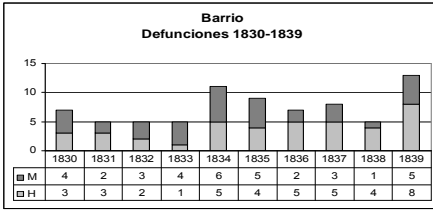
Localidades: Acebedo, Astúlez, Bachicabo, Barrio, Basabe, Bellojín, Bóveda, Caranca, Corro, Espejo, Fresneda, Guinea, Gurendes, Karkamu, Lahoz, Lalastra, Mioma, Nograro, Osma, Pinedo, Quejo, Quintanilla, Ribera, Tobillas, Tuesta, Valderejo, Valluerca, Villamaderne, Villamardones, Villanañe, Villanueva de Valdegovía.⁹⁵⁸



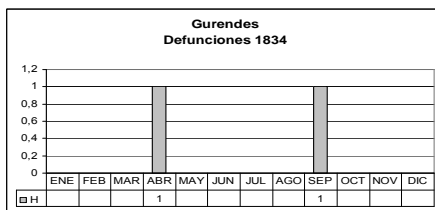
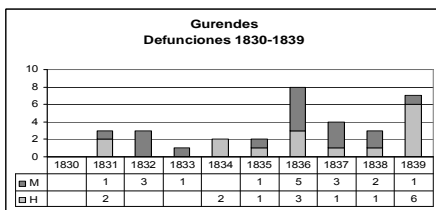
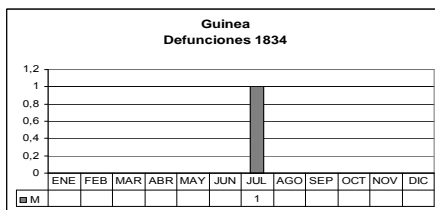
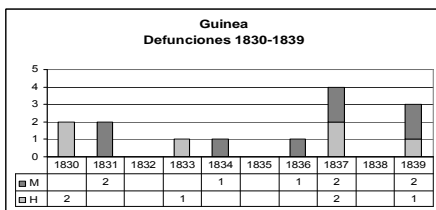
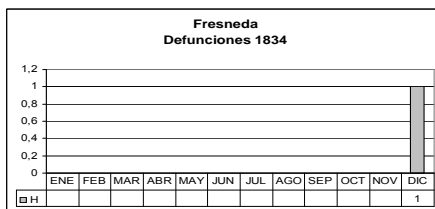
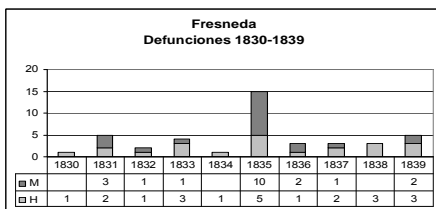
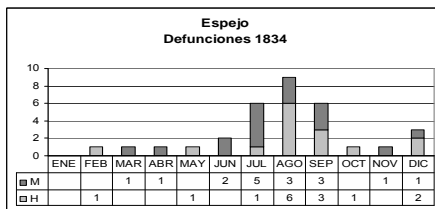
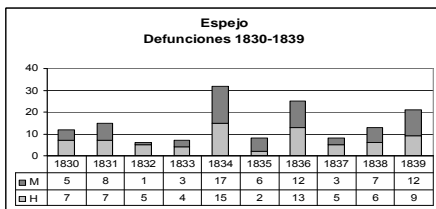
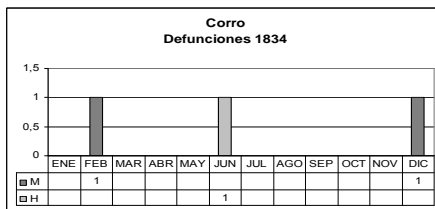
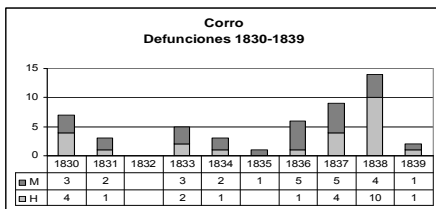
No hay datos de defunciones durante 1834 en Acebedo.

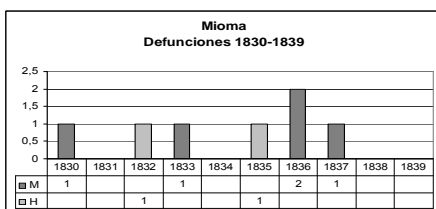
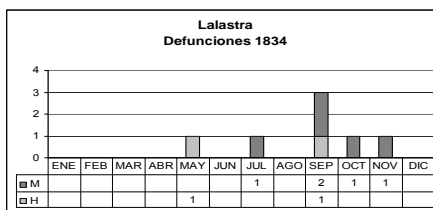
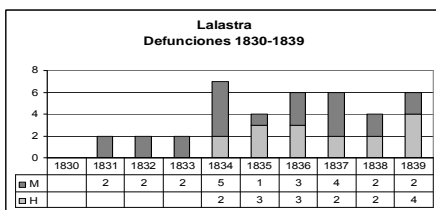
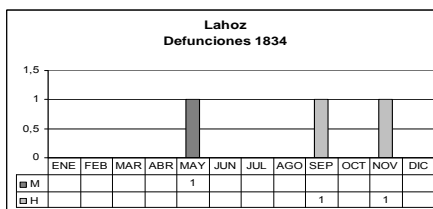
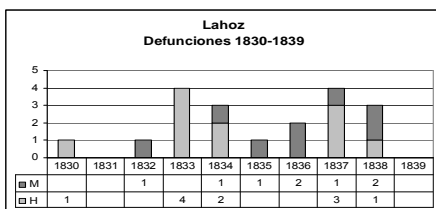


⁹⁵⁸ No se dispone de datos para Karkamu ni para Villamardones; por otro lado, los datos de Ribera y Valderejo aparecen juntos.

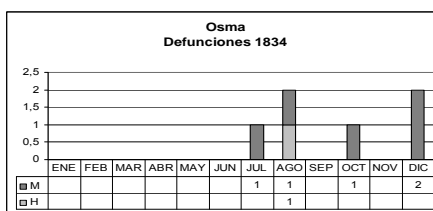
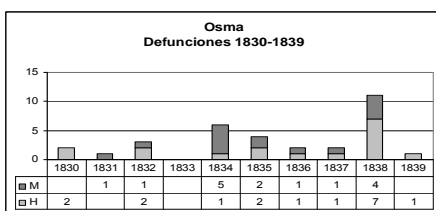
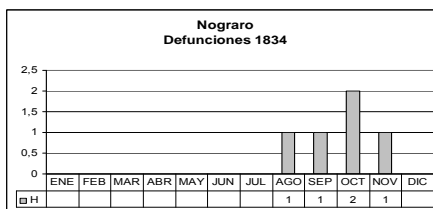
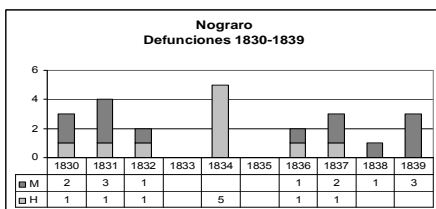


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

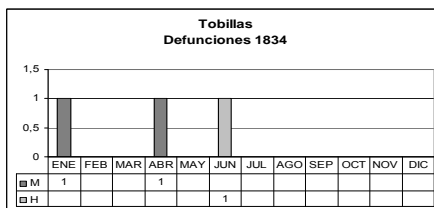
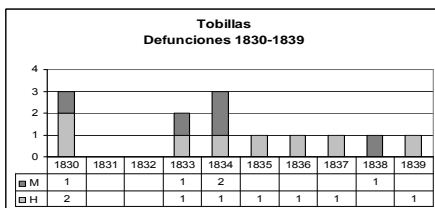
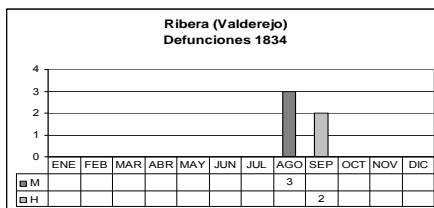
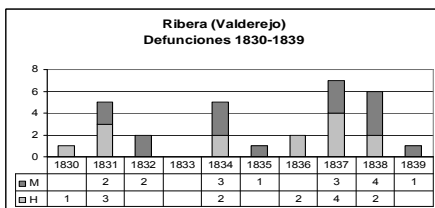
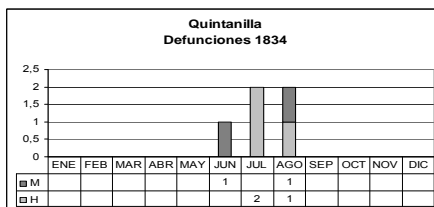
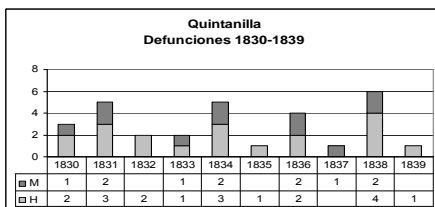
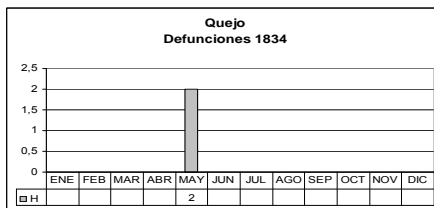
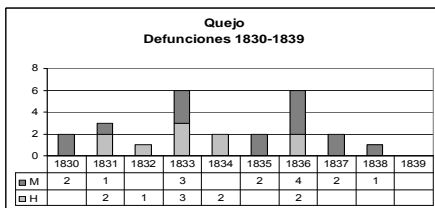
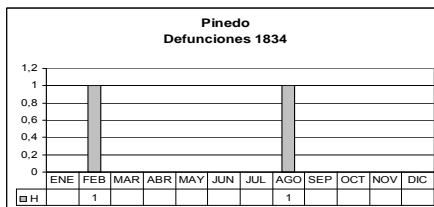
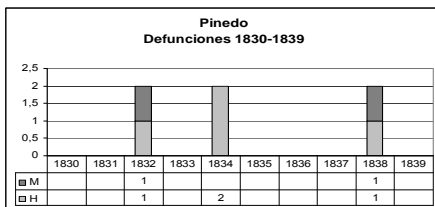


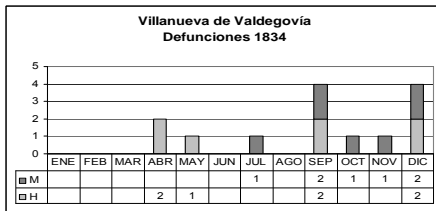
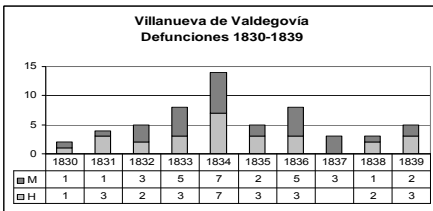
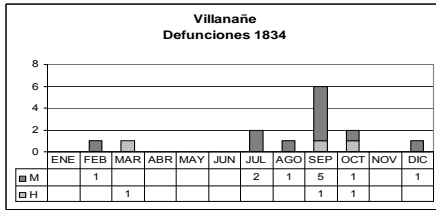
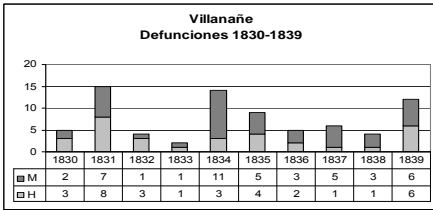
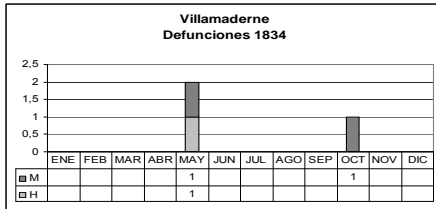
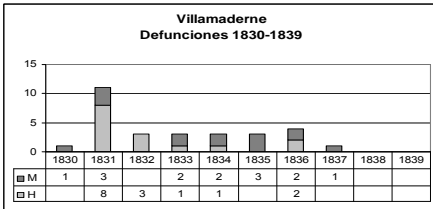
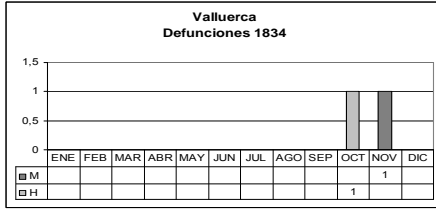
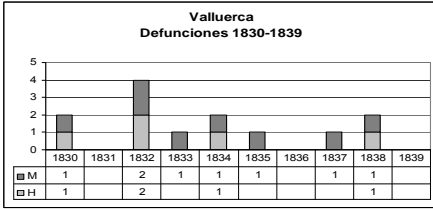
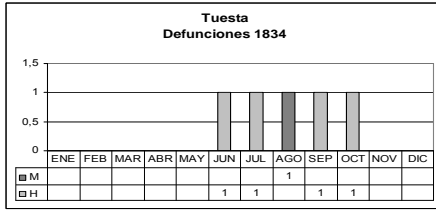
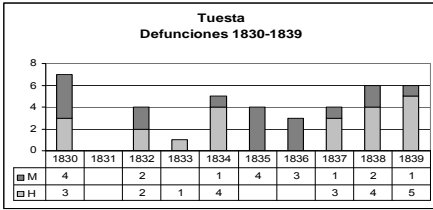


No hay datos de defunciones durante 1834 en Mioma.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

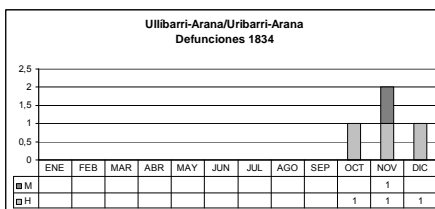
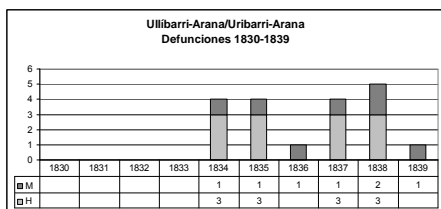
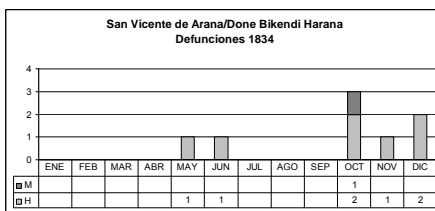
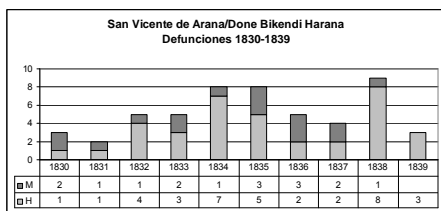
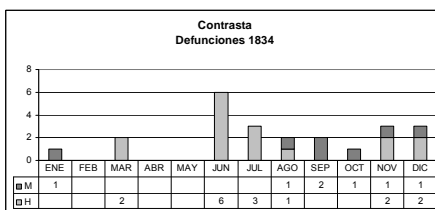
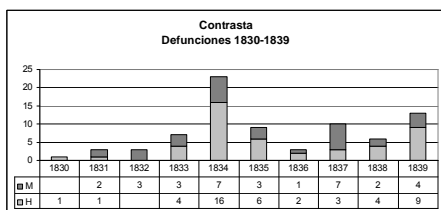
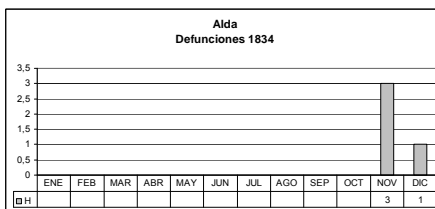
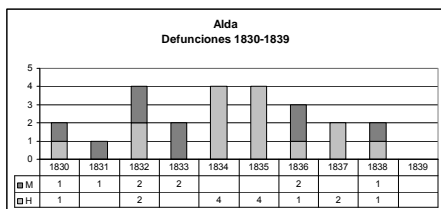




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

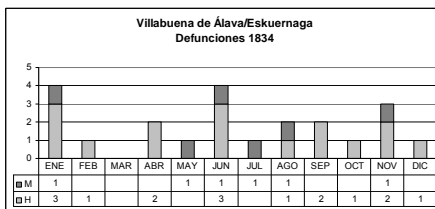
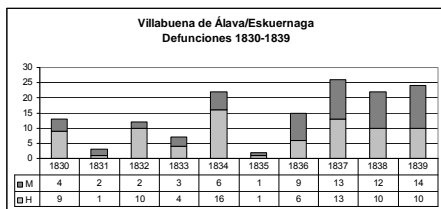
VALLE DE ARANA/HARANA

Localidades: Alda, Contrasta, San Vicente de Arana/Done Bikendi Harana, Ullibarri-Arana/Uribarri-Arana.



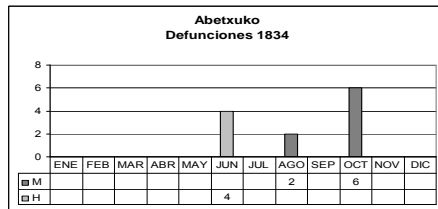
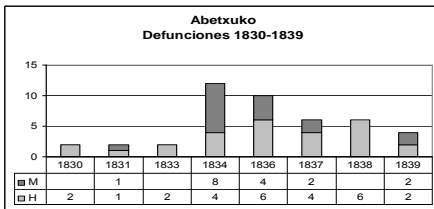
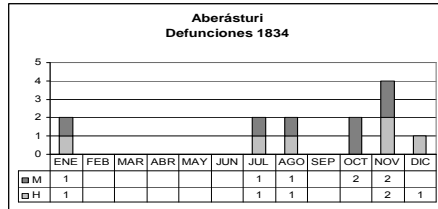
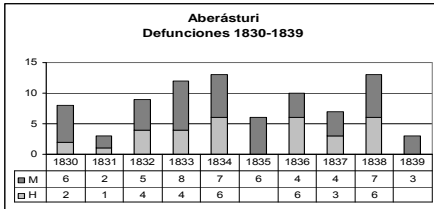
VILLABUENA DE ÁLAVA/ESKUERNAGA

Localidades: Villabuena de Álava/Eskuernaga.

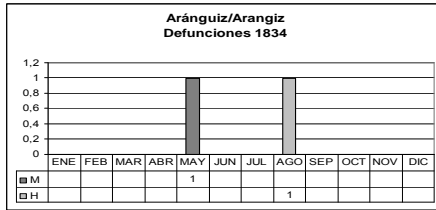
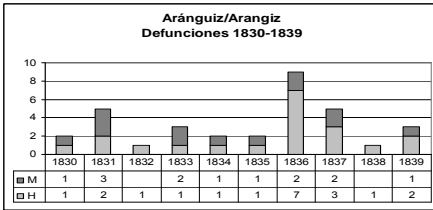
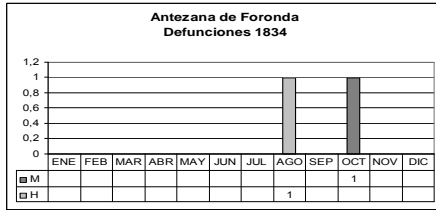
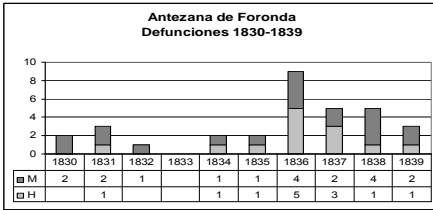
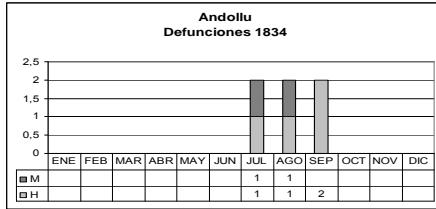
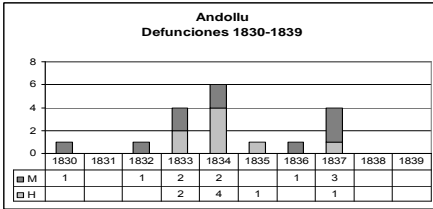
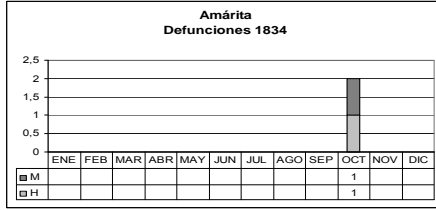
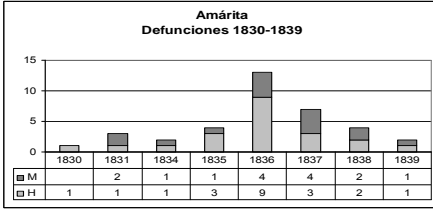
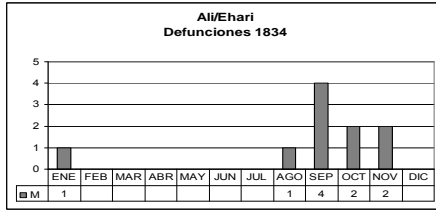
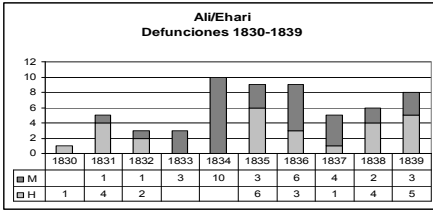


VITORIA-GASTEIZ

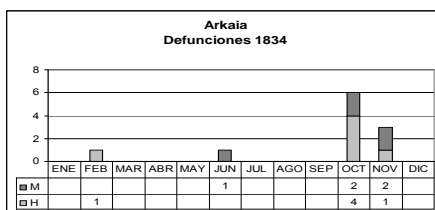
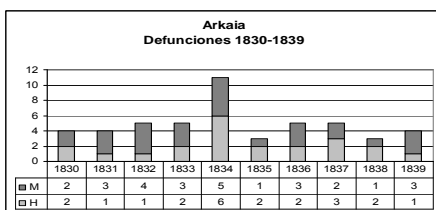
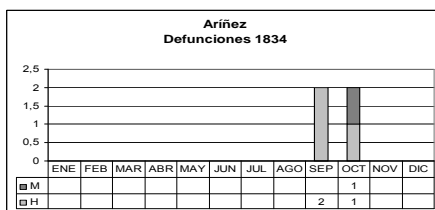
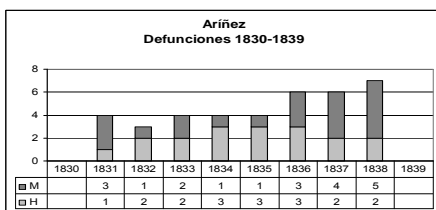
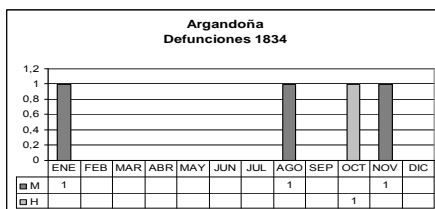
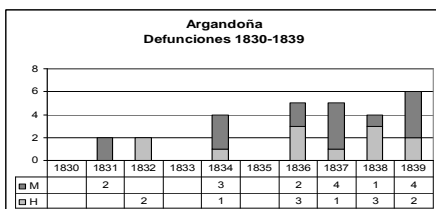
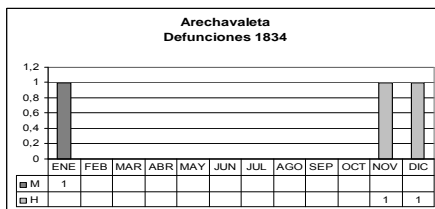
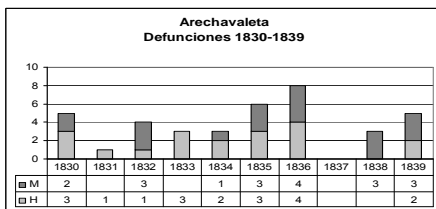
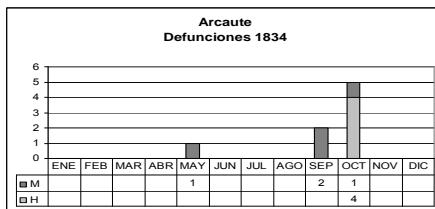
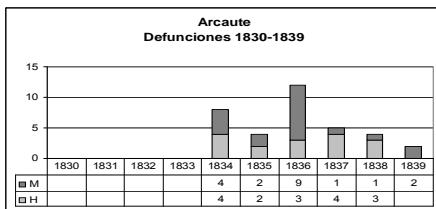
Localidades: Aberasturi, Abetxuko, Ali/Ehari, Amárita, Andollu, Antezana de Foronda, Aránguiz/Arangiz, Arcaute, Arechavaleta, Argandena, Aríñez, Arkaia, Armentia, Arriaga, Artaza de Foronda, Askartza, Asteguieta, Berrosteguieta, Betoño, Bolívar, Castillo/Gaztelu, Crispijana/Krispiñana, Elorriaga, Eskibel, Estarrona, Foronda, Gamarra mayor/Gamarra nagusia, Gamarra menor, Gamiz, Gardelegi, Gobeo, Gometxa, Guereña, Hueto abajo-Oto barren, Hueto arriba/Oto goien, Ilarratza, Junguitu/Jungitu, Lasarte, Legarda, Lermada, Lopidana, Lubiano, Mandojana, Margarita, Mártioda, Matauco, Mendiguren, Mendiola, Mendoza, Miñano mayor, Miñano menor/Miñao gutxia, Monasterioguren, Oreitia, **Otaza**, Otazu, Retana, Subijana de Álava/Subillana-Gasteiz, Ullibarri de los Olleros/Uribarri Nagusia, Ullibarri-Arazua, Ullibarri-Viña/Uribarri-Dibiña, Villafranca, Vitoria-Gasteiz, Yurre/Ihurre, Zerio, Zuazo de Vitoria/Zuhatzu, Zumelzu/Zumeltzu.⁹⁵⁹

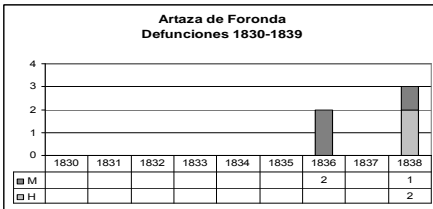
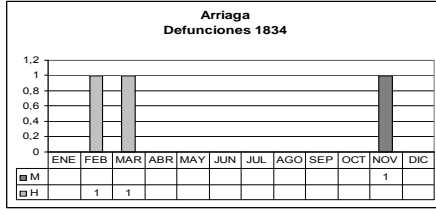
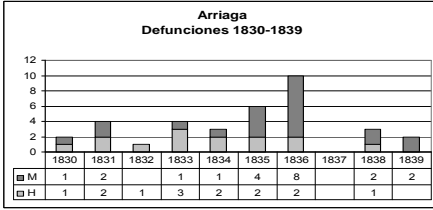
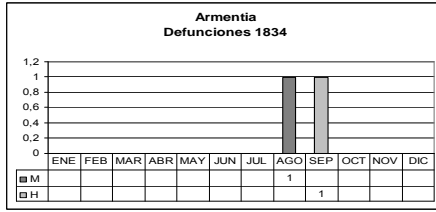
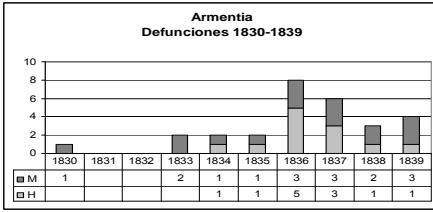


⁹⁵⁹ No hay datos de Eskibel ni de Mendiguren de manera independiente para el intervalo temporal a estudio. Por el contrario contamos con datos para el núcleo de Otaza.

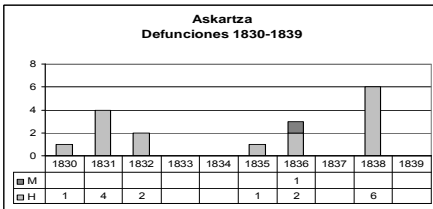


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

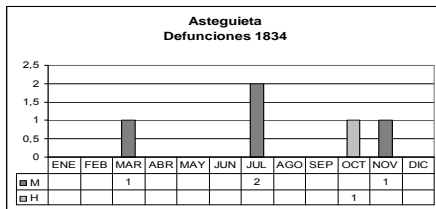
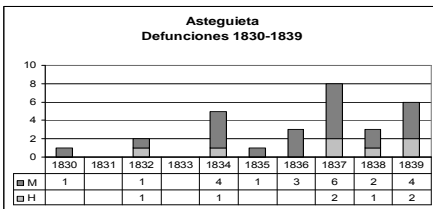




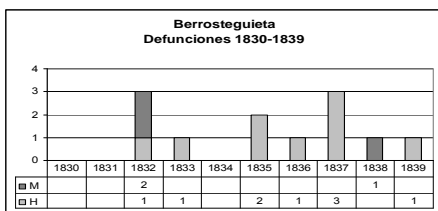
No hay datos de defunciones durante 1834 en Artaza de Foronda.



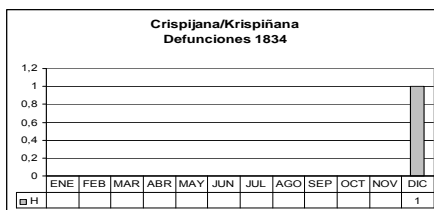
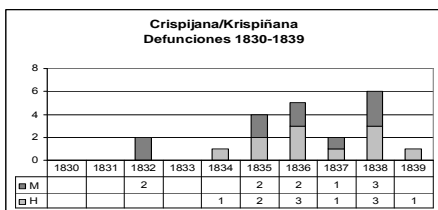
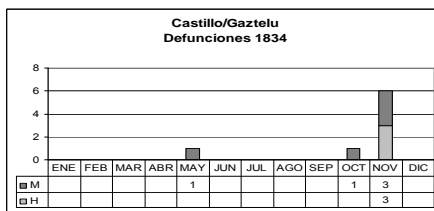
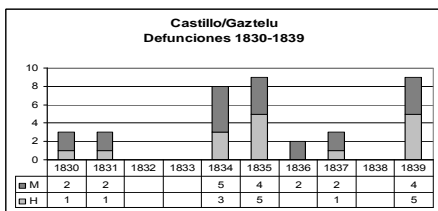
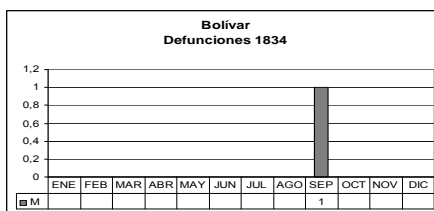
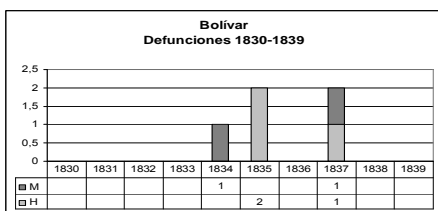
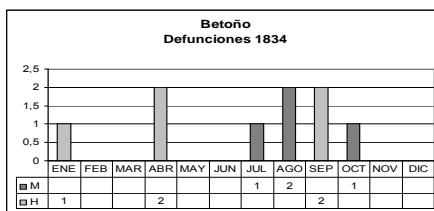
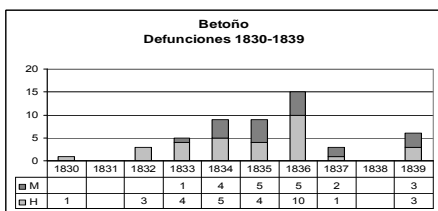
No hay datos de defunciones durante 1834 en Askartza.

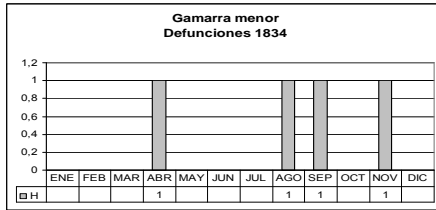
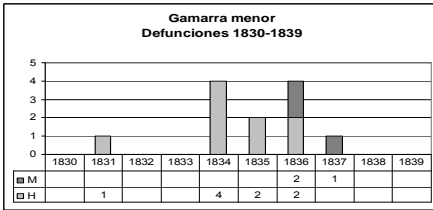
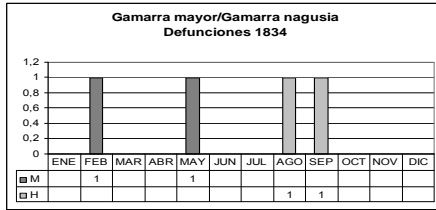
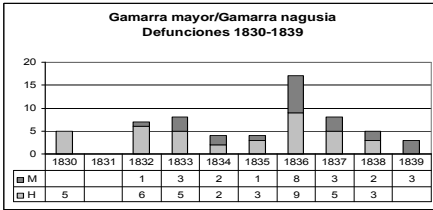
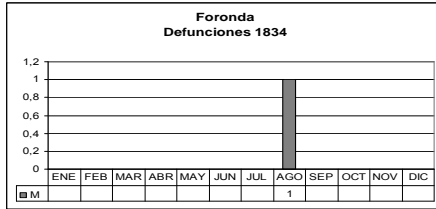
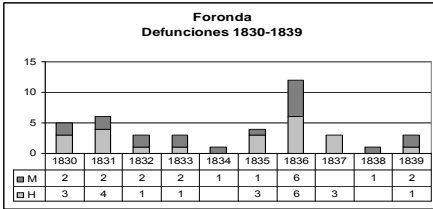
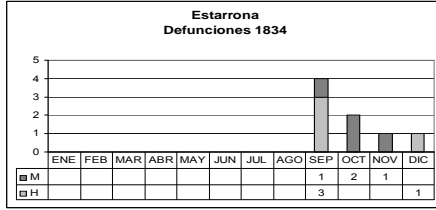
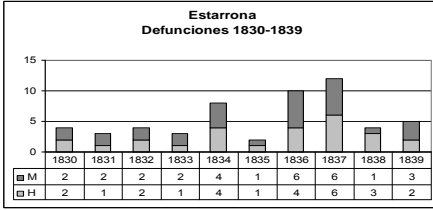
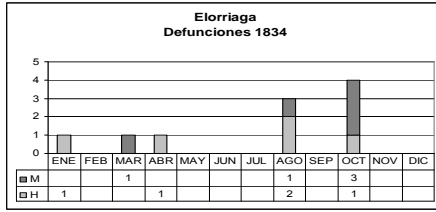
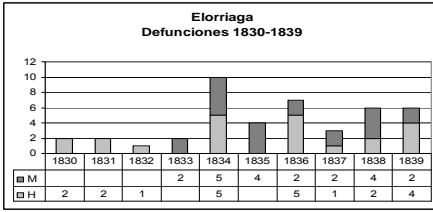


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

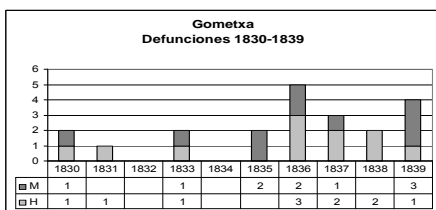
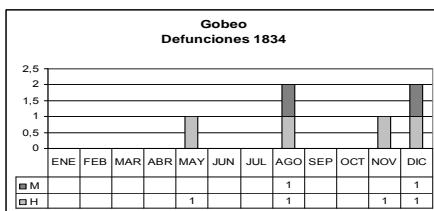
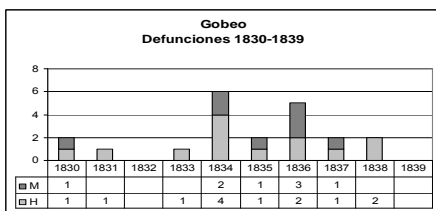
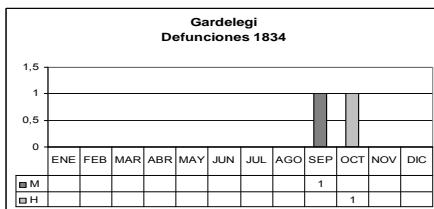
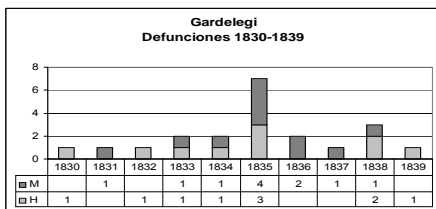
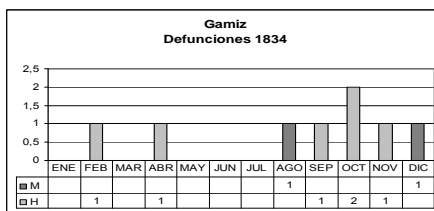
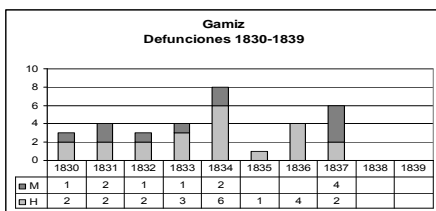


No hay datos de defunciones durante 1834 en Berrosteguieta.

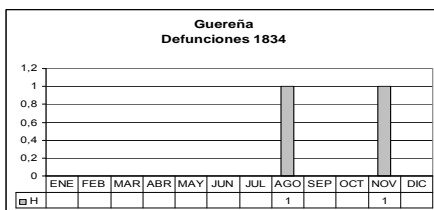
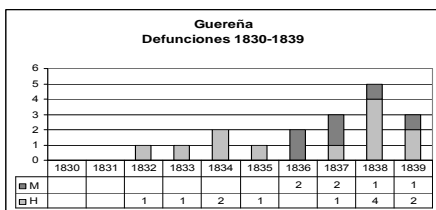


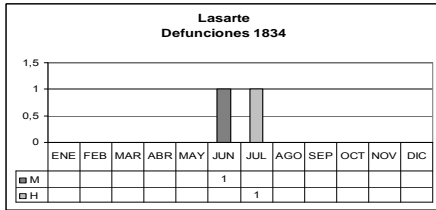
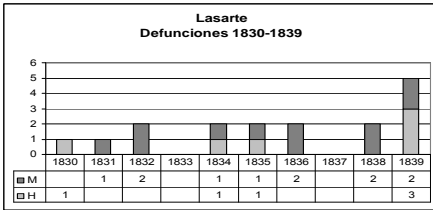
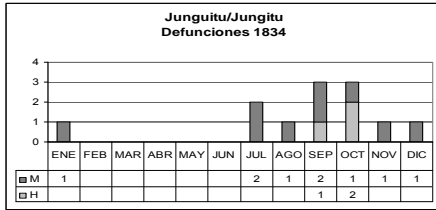
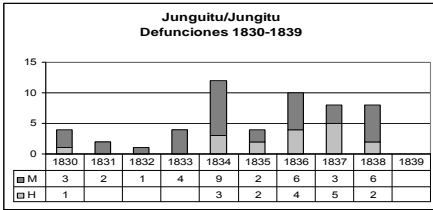
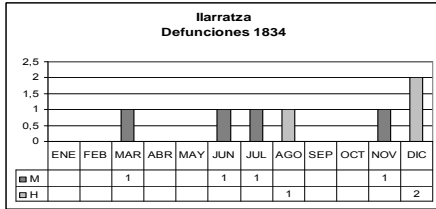
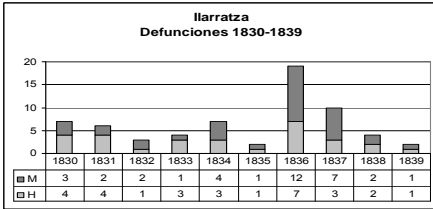
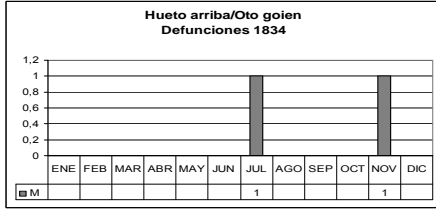
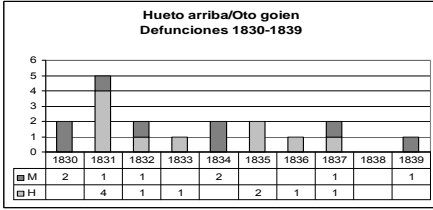
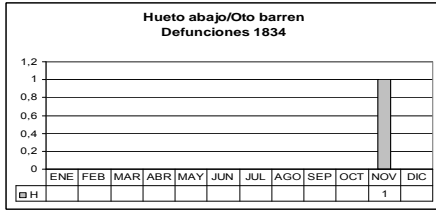
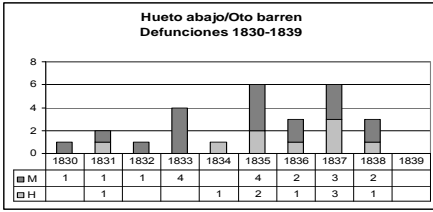


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

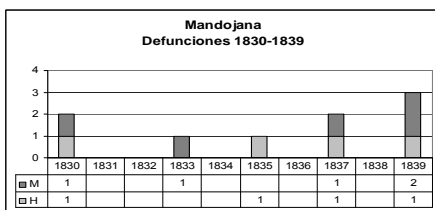
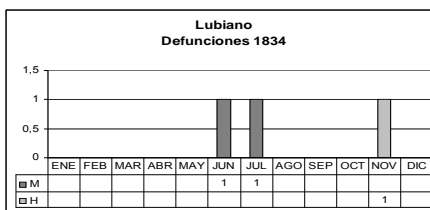
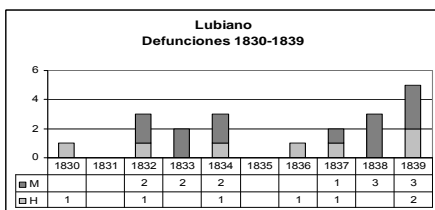
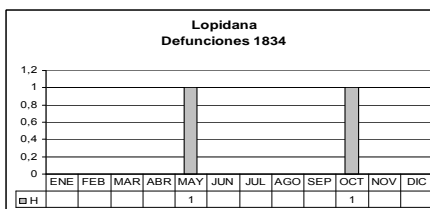
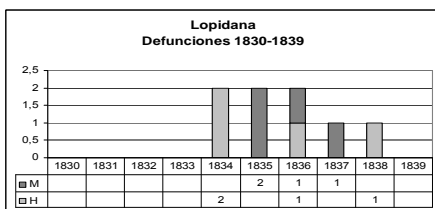
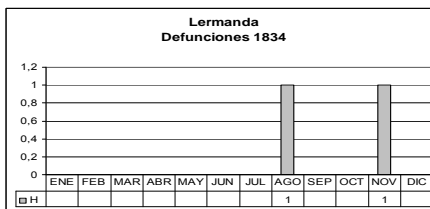
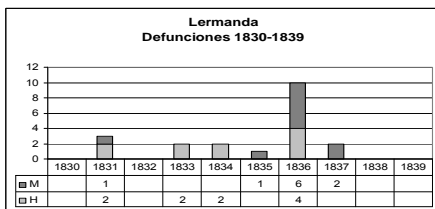
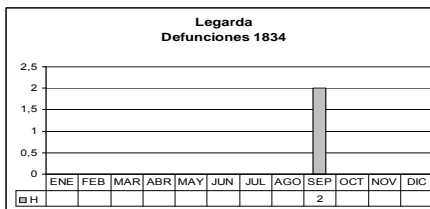
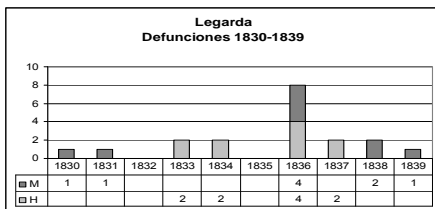


No hay datos de defunciones durante 1834 en Gometxa.

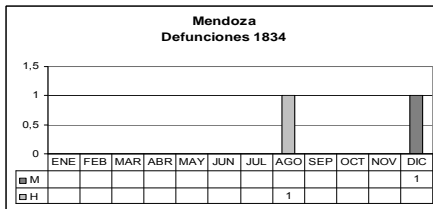
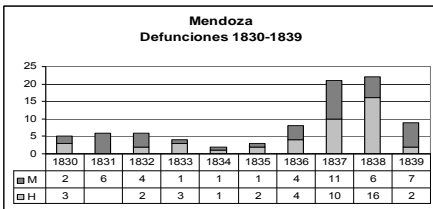
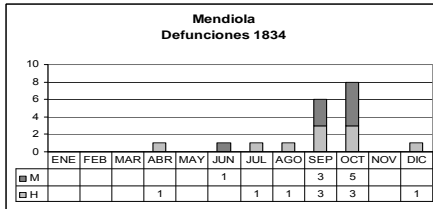
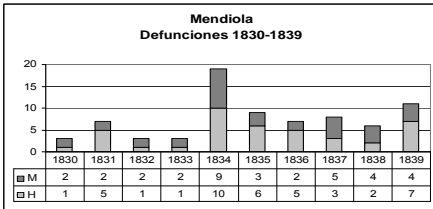
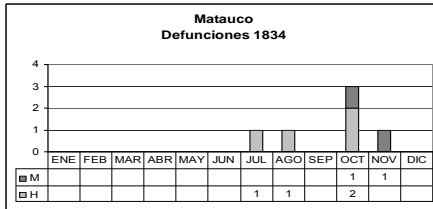
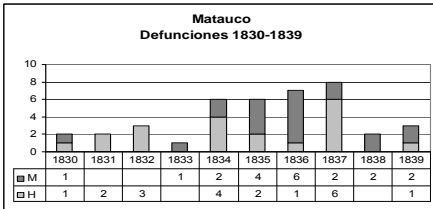
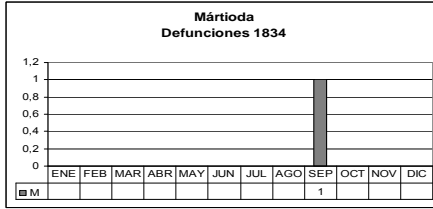
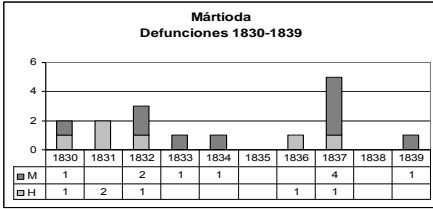
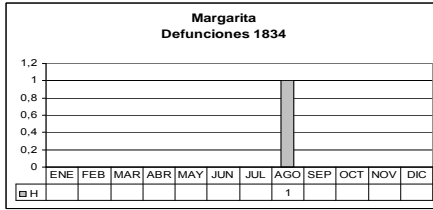
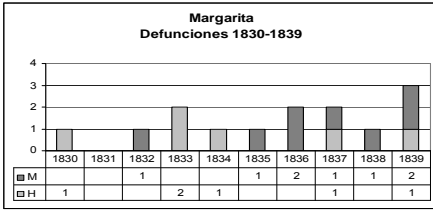




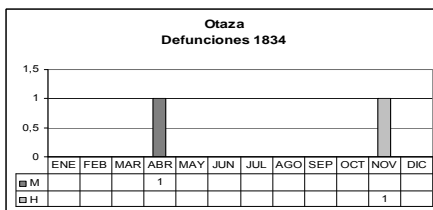
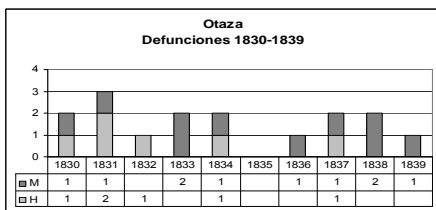
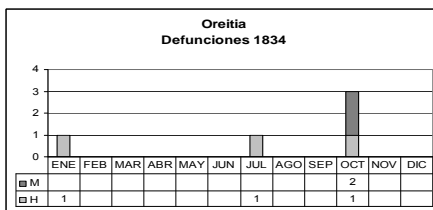
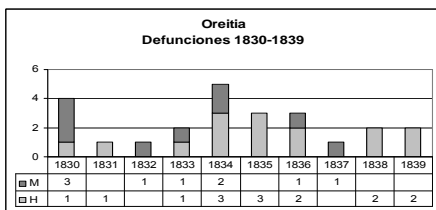
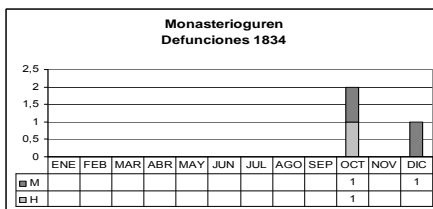
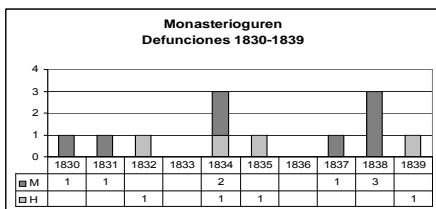
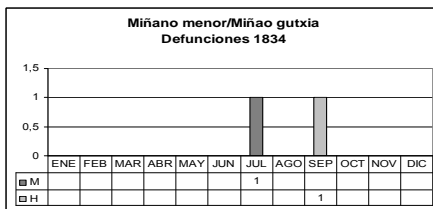
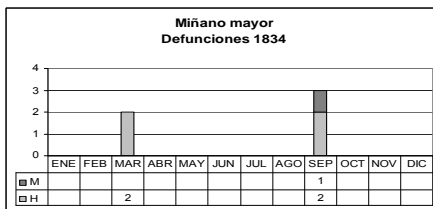
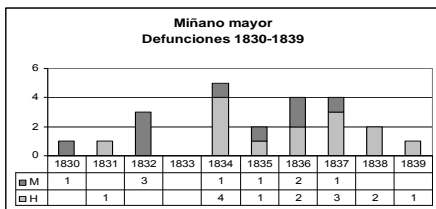
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

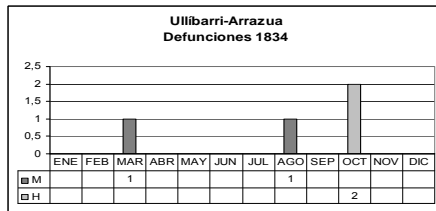
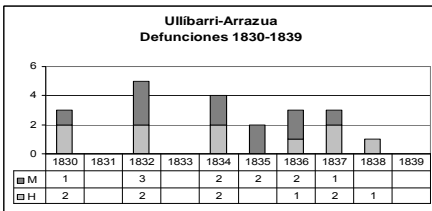
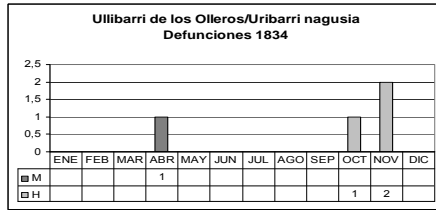
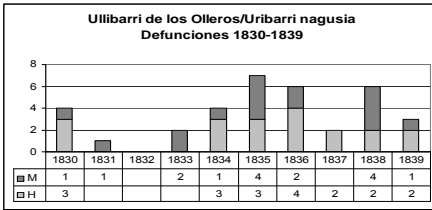
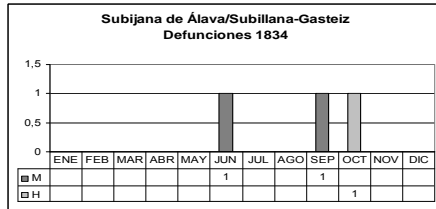
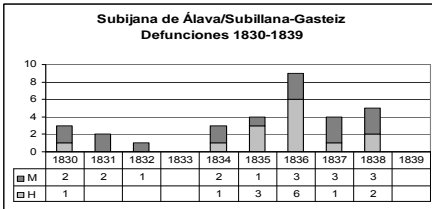
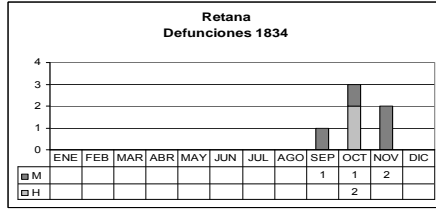
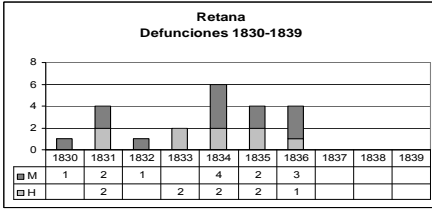
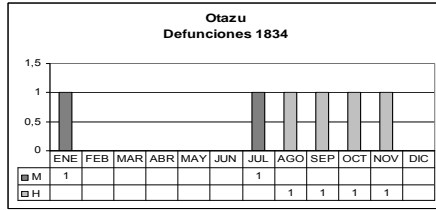
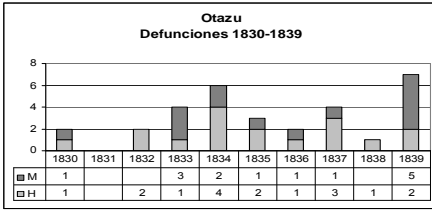


No hay datos de defunciones durante 1834 en Mandojana.

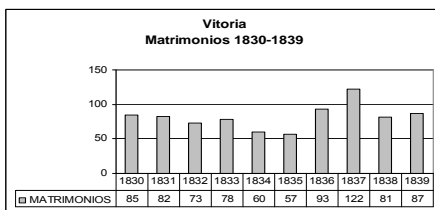
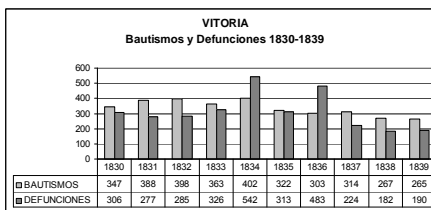
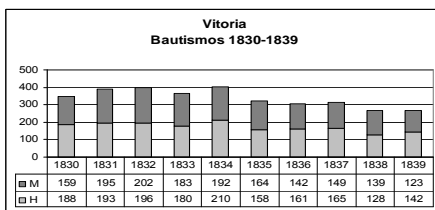
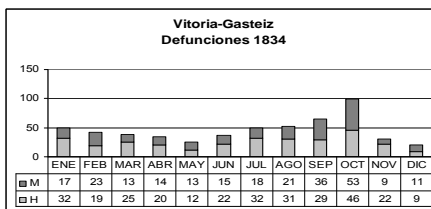
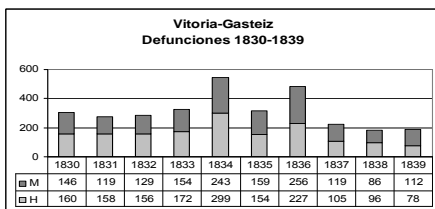
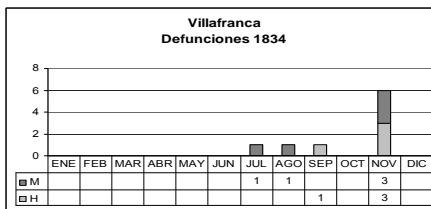
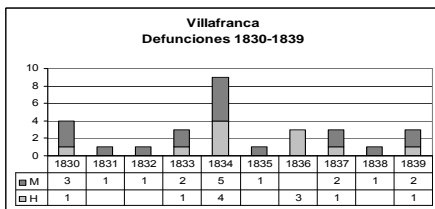
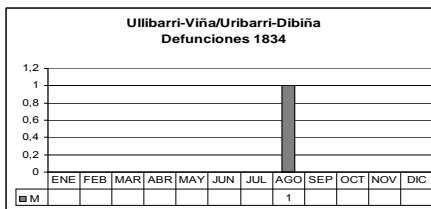
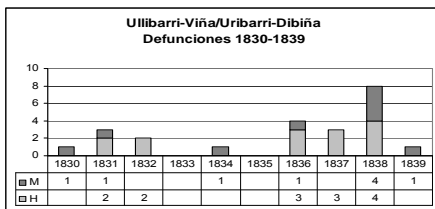


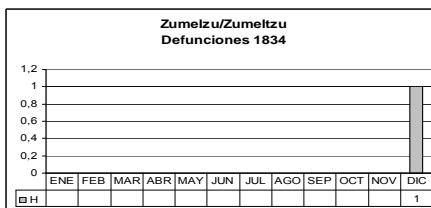
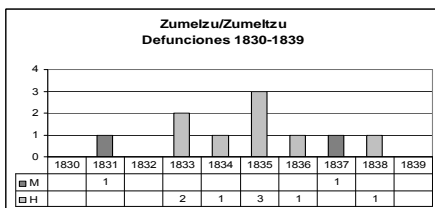
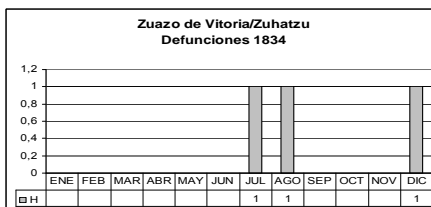
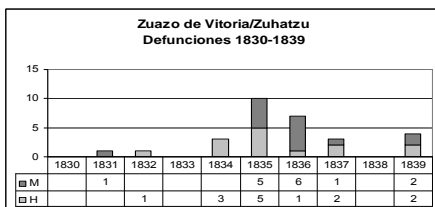
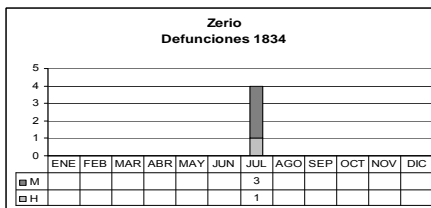
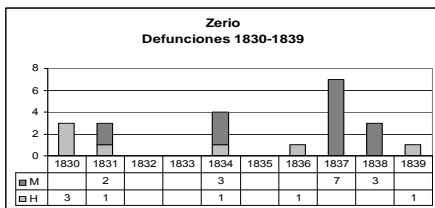
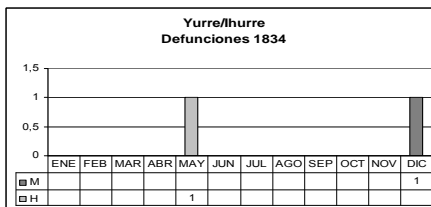
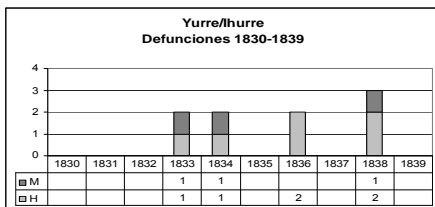
El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.





El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

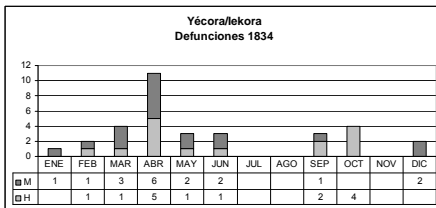
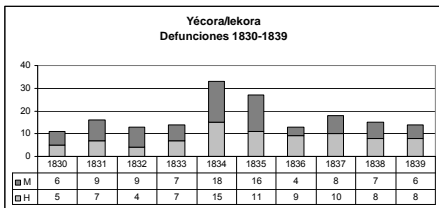




El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

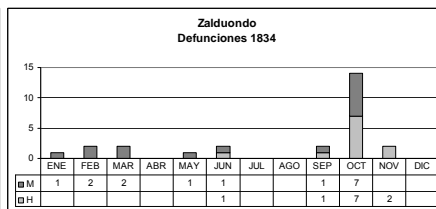
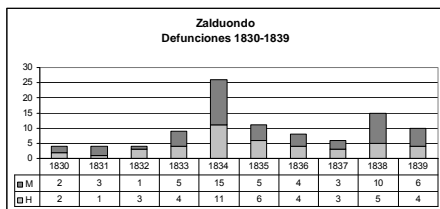
YÉCORA/IEKORA

Localidades: Yécora/Iekora.



ZALDUONDO

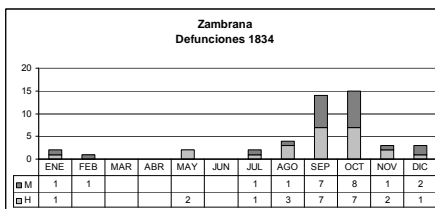
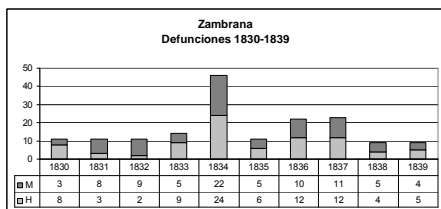
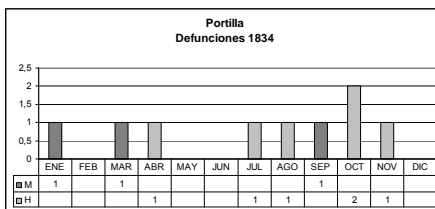
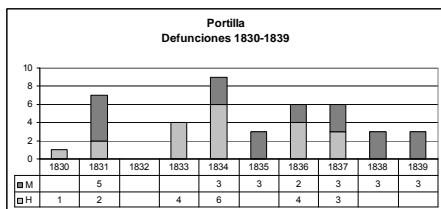
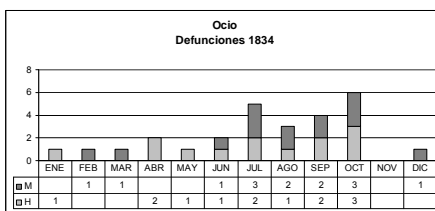
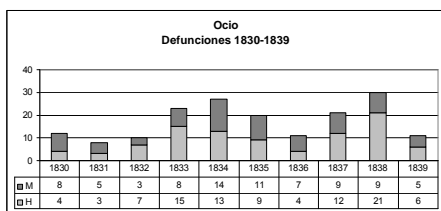
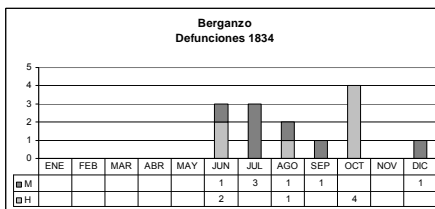
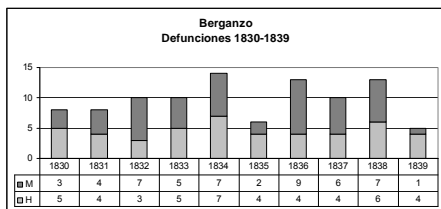
Localidades: Zaldondo.



El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

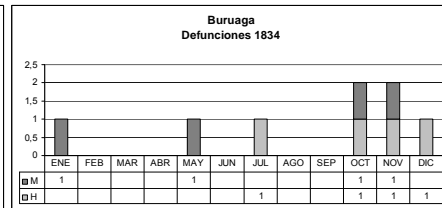
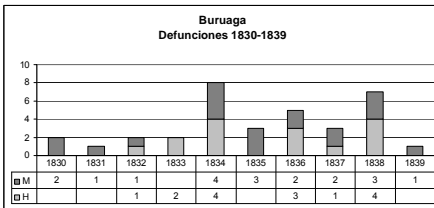
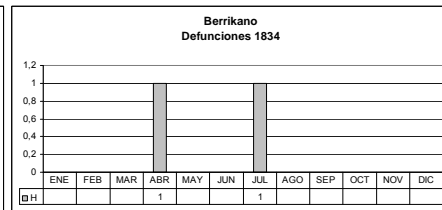
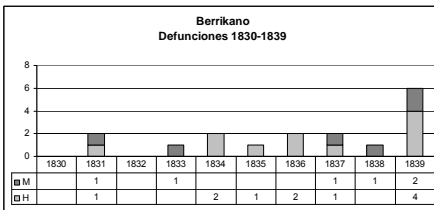
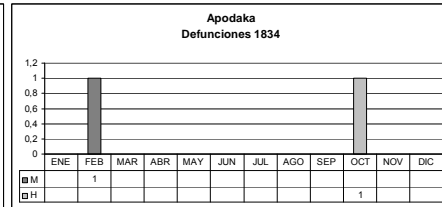
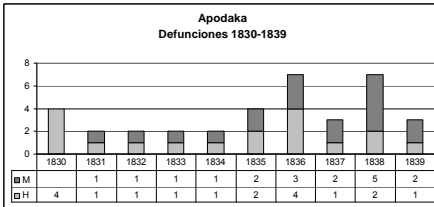
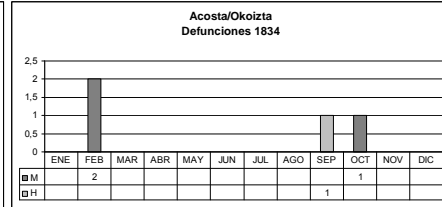
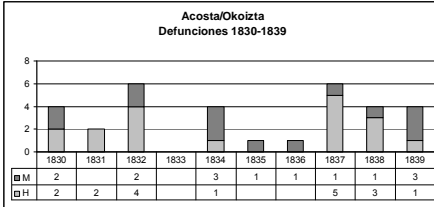
ZAMBRANA

Localidades: Berganzo, Ocio, Portilla, Zambrana.



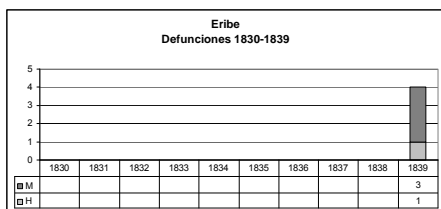
ZIGOITIA

Localidades: Acosta/Okoizta, Apodaka, Berrikano, Buruaga, Eribe, Etxabarri-Ibiña, Etxaguen (Zigoitia), Gopegi, Larrinoa, Letona, Manurga, Mendarozketa, Murua, Olano, Ondategi, Zaitegi, Zestafe.⁹⁶⁰

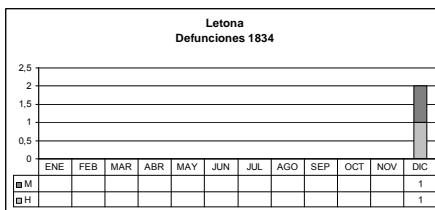
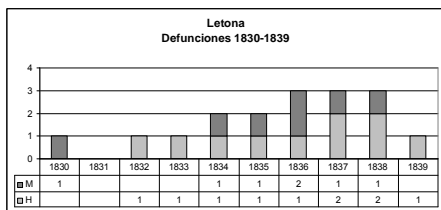
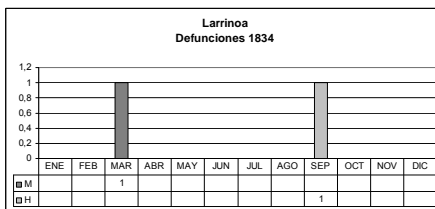
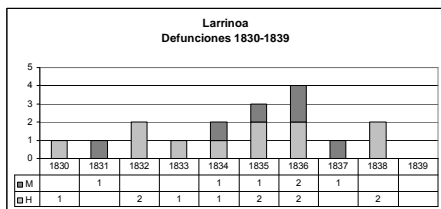
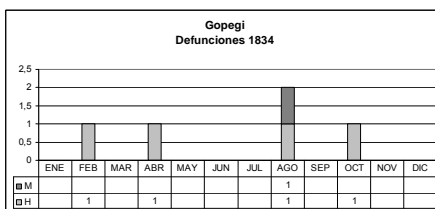
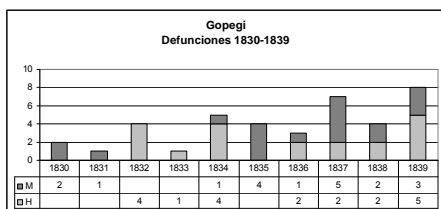
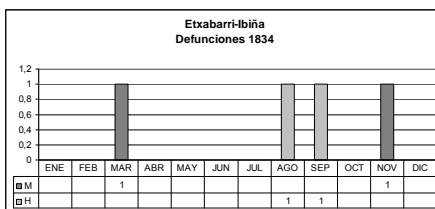
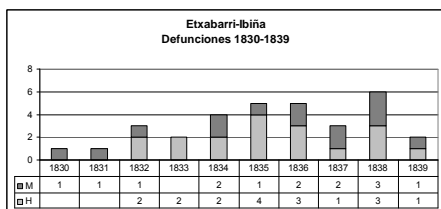


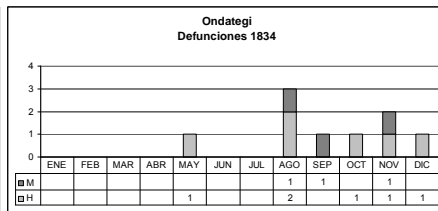
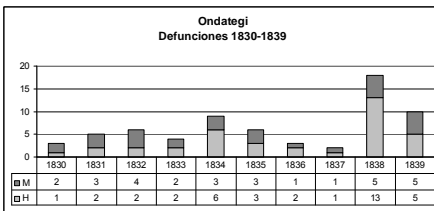
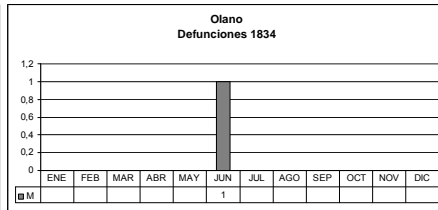
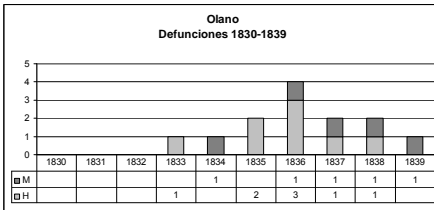
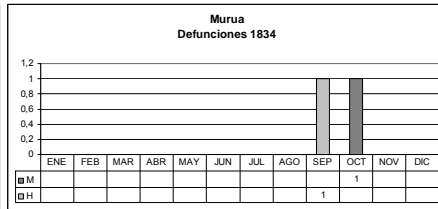
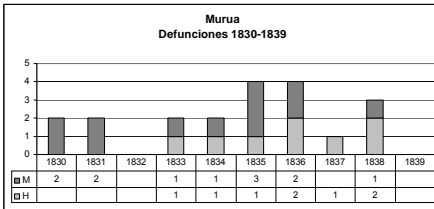
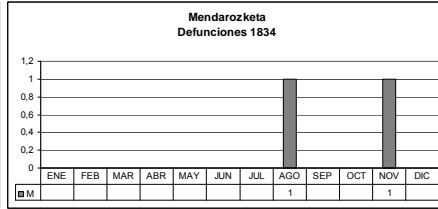
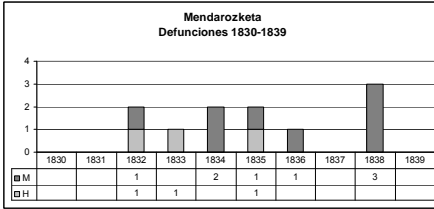
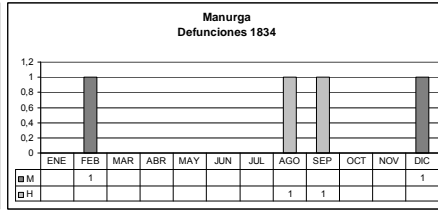
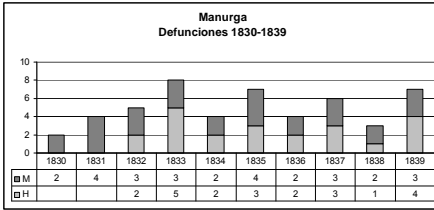
⁹⁶⁰ No hay datos de Etxaguen de Zigoitia de manera independiente en el intervalo a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

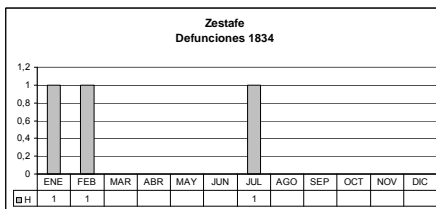
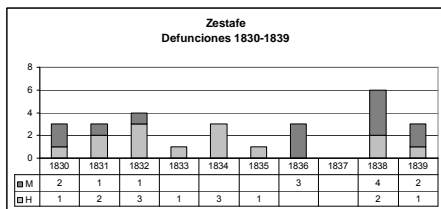
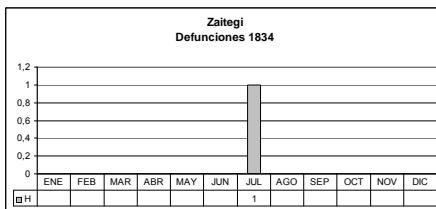
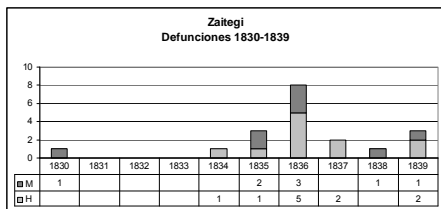


No hay datos de defunciones durante 1834 en Eribe.



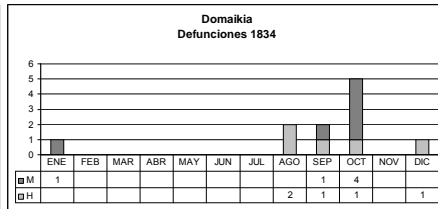
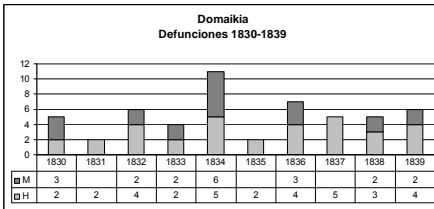
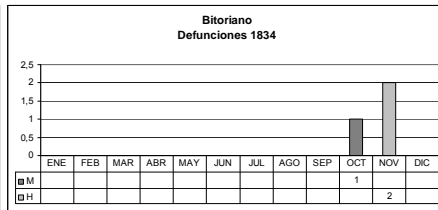
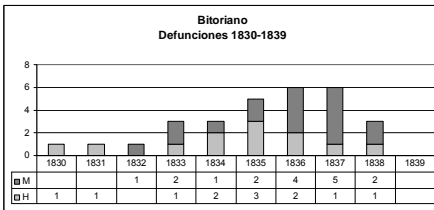
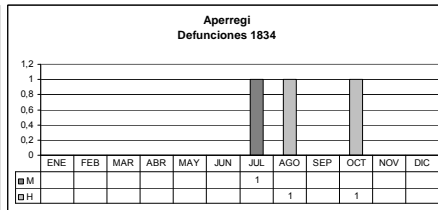
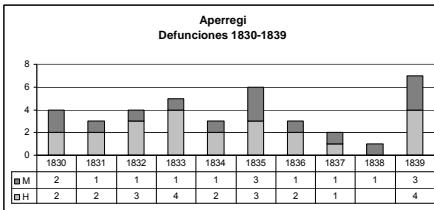
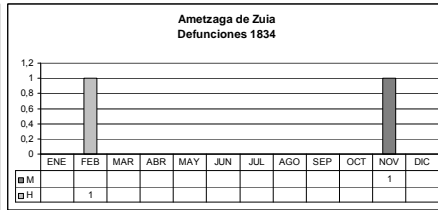
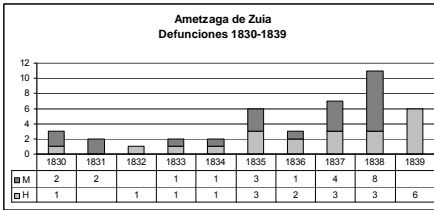


El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.



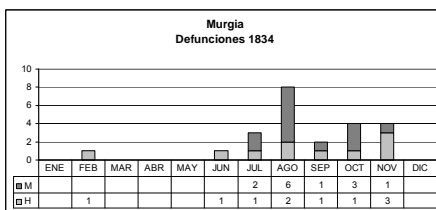
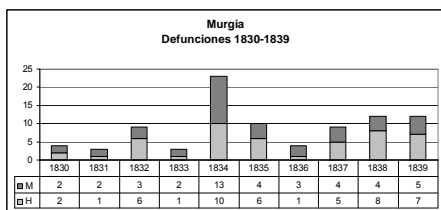
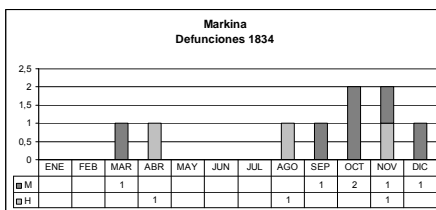
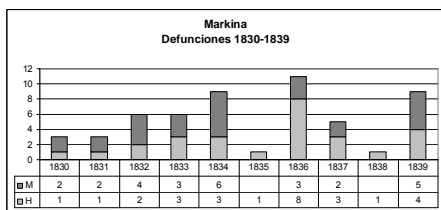
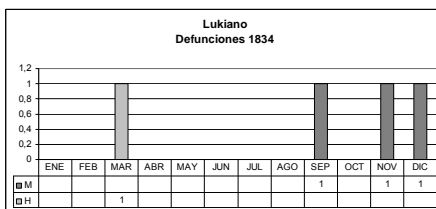
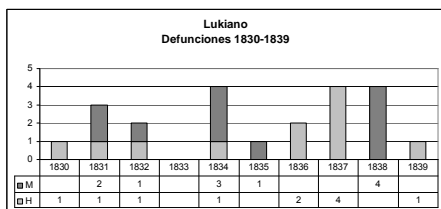
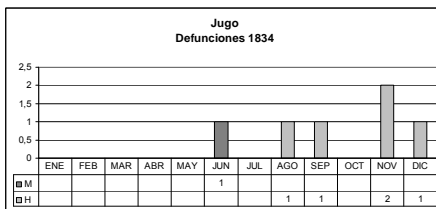
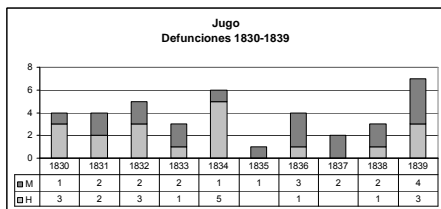
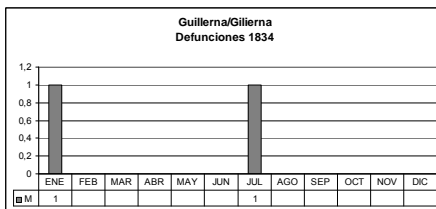
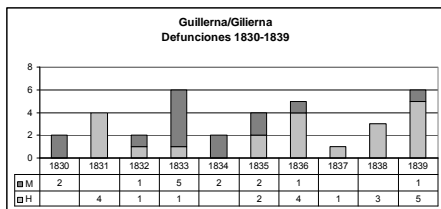
ZUIA

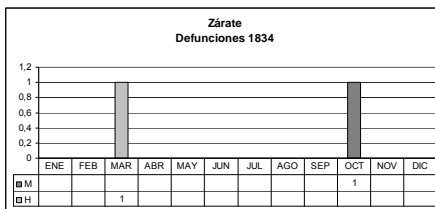
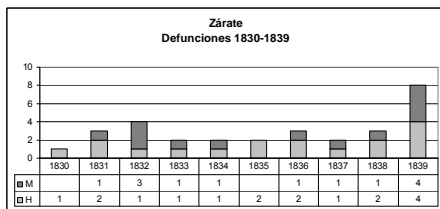
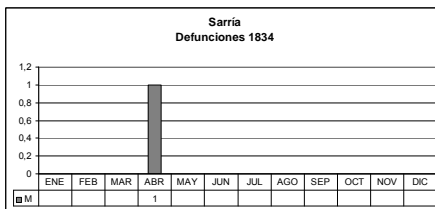
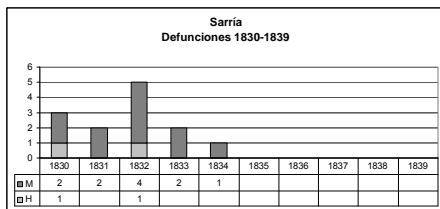
Localidades: Altube, Ametzaga (Zuia), Aperregi, Bitoriano, Domaikia, Guillerna/Gilierna, Jugo, Lukiano, Markina, Murgia, Sarría, Zárate, Ziorraga.⁹⁶¹



⁹⁶¹ No hay datos de Altube ni de Ziorraga de manera independiente en el intervalo temporal a estudio.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.





Apéndice 3.

Resumen del estadillo de enfermos y fallecidos por cólera en la ciudad de Vitoria.⁹⁶²

⁹⁶² A.M.V. 17/27/18. *"Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad"*.

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M	27	15/08/1834	16/08/1834	1	CALLEJA DEL PRADO	HORTELANA
H	34	16/08/1834	21/08/1834	5	CORRERÍA	ZAPATERO
M	44	24/08/1834	24/08/1834	0	HERRERÍA	REVENDEDORA
H	25	24/08/1834			SANTA CLARA	
M	25	26/08/1834	27/08/1834	1	FUERA DEL PORTAL DEL REY	
H	32	29/08/1834			SANTA ISABEL	CURTIDOR
H	32	30/08/1834	31/08/1834	1	BARRIO DEL ARCA	LABRADOR
H	44	31/08/1834			CALLE DENTRO	CALDERERO
H	62	1/09/1834	06/09/1834	5	HERRERÍA	SACRISTÁN
M	46	7/09/1834	08/09/1834	1	FUERA DEL PORTAL DEL REY	LABRADORA
H	44	10/09/1834			CORRERÍA	CANÓNIGO
M	24	11/09/1834			SANTA ISABEL	
H	54	11/09/1834	11/09/1834	0	CALLE DE LA CRUZ	MAESTRO DE ESCUELA
M	30	13/09/1834	14/09/1834	1	ZAPATERÍA	RECADISTA
M	37	20/09/1834	26/09/1834	5	POSTAS	TINTERA
M	35	20/09/1834	21/09/1834	1	SANTO DOMINGO FUERA	ZAPATERA

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M	62	20/09/1834	21/09/1834	1	SANTO DOMINGO DENTRO	LABRADORA
M	40	21/09/1834			SANTO DOMINGO FUERA	JORNALERA
M	50	24/09/1834	24/09/1834	0	ZAPATERÍA	MANDADERA
M	8	25/09/1834			ZAPATERÍA	HUÉRFANA
H	43	26/09/1834	27/09/1834	1	CALLE NUEVA	ARRIERO
M	50	27/09/1834	29/09/1834	2	CALLE DENTRO	HORTELANA
M	50	27/09/1834			CALLE DENTRO	REVENDEDORA
M	32	28/09/1834			ZAPATERÍA	ZAPATERA
M	42	28/09/1834				LABRADORA
M	23	28/09/1834	01/10/1834	3	CALLE NUEVA	¿YÑUDA?
H	18	28/09/1834			CALLE NUEVA	CRIADO DE ALBEITAR
M	17	29/09/1834	03/10/1834	4	HERRERÍA	SIRVIENTA
M	62	29/09/1834	06/10/1834	7	SAN CRISTOBAL	MOLINERA
M	13	29/09/1834			ZAPATERÍA	
H	64	30/09/1834	01/10/1834	1	SANTA CLARA	BARBERO
M	58	1/10/1834	02/10/1834	1	FUERA DEL PORTAL DEL REY	LABRADORA

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M	11	1/10/1834	02/10/1834	1	MAGDALENA	HIJA DE LABRADOR
M	64	2/10/1834	03/10/1834	1	HERRERÍA	COSTURERA
H	50	3/10/1834	04/10/1834	1	CUCHILLERÍA	COMICO 2º
M	34	3/10/1834	03/10/1834	0	HERRERÍA	CONFITERA
H	74	4/10/1834	05/10/1834	1	SANTO DOMINGO FUERA	ZAPATERO
H	48	4/10/1834	07/10/1834	3	CERCAS DE LA CALLE NUEVA	LABRADOR
H	36	5/10/1834	08/10/1834	3	CALLE DENTRO	CANTERO
H	29	5/10/1834			ZAPATERÍA	TENDERO
M	34	5/10/1834			MAGDALENA	LAVANDERA
H	36	5/10/1834	06/10/1834	1	SANTA CLARA	EMPLEADO
M	24	5/10/1834	06/10/1834	1	SANTA CLARA	SIRVIENTA DEL ANTERIOR
M	60	6/10/1834	09/10/1834	3	CALLE DE LA CRUZ	
M	32	6/10/1834	09/10/1834	3	CALLE DE LA CRUZ	
H	38	6/10/1834			ZAPATERÍA	ARRIERO
H	80	7/10/1834	08/10/1834	1	SANTO DOMINGO FUERA	MESONERO
M	50	7/10/1834	07/10/1834	0	POSTAS	CONFITERA

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M	40	7/10/1834	08/10/1834	1	CUCHILLERÍA	
M	22	7/10/1834			CUCHILLERÍA	CRIADA
H	65	7/10/1834	10/10/1834	3	SANTA CLARA	COMERCIANTE
M		7/10/1834			SANTA CLARA	
M	30	7/10/1834	09/10/1834	2	CORRERÍA	TABERNERA
H	29	7/10/1834			CAMINO DEL PRADO	SERRADOR
H	42	8/10/1834	08/10/1834	0	VILLASUSO	SILLERO DE JUNCO
M	38	8/10/1834			BARRERAS	
M	38	9/10/1834			CALLE NUEVA	ARRIERA
M	76	9/10/1834	10/10/1834	1	CUCHILLERÍA	ZAPATERA
M	37	10/10/1834	11/10/1834	1	PORTAL DE URBINA	CARABINERA
H	25	10/10/1834				BRIGADERO
H	72	10/10/1834	10/10/1834	0	CORRERÍA	SASTRE
H	22	10/10/1834			CALLE DENTRO	ESTUDIANTE
H	40	10/10/1834			CALLE NUEVA	LABRADOR
H	20	10/10/1834			PLAZA ORIENTE	ESTUDIANTE

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
H	13	10/10/1834			JUNTO AL ALBERGUE	
M	30	10/10/1834			SANTA CLARA	SIRVIENTA
M	60	11/10/1834	11/10/1834	0	CORRERÍA	VIUDA DE CIRUJANO
M	34	11/10/1834	11/10/1834	0	CORRERÍA	
M	30	11/10/1834	11/10/1834	0	SANTO DOMINGO FUERA	
M	40	12/10/1834	13/10/1834	1	CORRERÍA	
H	7	13/10/1834			SANTO DOMINGO FUERA	
M	45	13/10/1834			MAGDALENA	
M	2	13/10/1834			BARRIO DE SAN ANTONIO	HIJA DE LABRADOR
H	30	13/10/1834	15/10/1834	2	CUCHILLERÍA	CARPINTERO
M	65	14/10/1834	15/10/1834	1	BARRIO DE SAN ANTONIO	SIRVIENTA
M	58	15/10/1834	18/10/1834	3	SANTA CLARA	TENDERA
H	74	16/10/1834	16/10/1834	0	MAGDALENA	MILITAR RETIRADO
M	11	16/10/1834			HERRERÍA	
H	9	16/10/1834			HERRERÍA	
M	20	16/10/1834			MAGDALENA	COSTURERA

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M		16/10/1834			CUCHILLERÍA	CARPINTERA
M	11	16/10/1834			HERRERÍA	SIRVIENTA
M	47	17/10/1834			CERCAS DE LA CALLE NUEVA	TEJEDORA
H	22	17/10/1834			CALLE NUEVA	CELADOR
M	17	17/10/1834			HERRERÍA	SIRVIENTA
H	50	20/10/1834	21/10/1834	1	ALDAVE	CURTIDOR
M	46	21/10/1834	22/10/1834	1	CORRERÍA	COSTURERA
H	6	21/10/1834	22/10/1834	1	MAGDALENA	
M	60	21/10/1834	23/10/1834	2	SANTO DOMINGO FUERA	COSTURERA
H	46	23/10/1834	23/10/1834	0	MAGDALENA	HERRERO
M	20	23/10/1834	OCT		CHIQUITA	COSTURERA
M	16	23/10/1834			CORRERÍA	COSTURERA
M	20	23/10/1834			CUCHILLERÍA	PANADERA
M	24	24/10/1834			CASAS DE ECHAVA	MUJER DE SASTRE
M	55	24/10/1834			CERCAS BAJAS	HORTELANA
M	38	24/10/1834			ZAPATERÍA	COSTURERA

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍAS	CALLE	PROFESIÓN
M	52	24/10/1834	25/10/1834	1	CALLE DENTRO	FRUTERA
M	60	24/10/1834			PORTAL DEL REY	LABRADORA
H	20	25/10/1834			BARRIO DE SAN ANTONIO	PANADERO
M	20	25/10/1834			CAMPILLO	SIRVIENTA
H	60	25/10/1834			CERCAS BAJAS	SACERDOTE
M	13	25/10/1834	25/10/1834	0	CORRERÍA	
H	40	26/10/1834			SANTO DOMINGO FUERA	LABRADOR
M	16	26/10/1834			VILLASUSO	SIRVIENTA
H	53	27/10/1834			CERCAS BAJAS	CURTIDOR
M	6	27/10/1834			CERCAS BAJAS	HIJA DE HERRERO
H	20	28/10/1834	29/10/1834	1	SANTA CLARA	LABRADOR
M	58	29/10/1834	30/10/1834	1	CERCAS BAJAS	LAVANDERA
H	28	30/10/1834			CERCAS BAJAS	HORTELANO
M	58	30/10/1834	30/10/1834	0	HERRERÍA	LAVANDERA
M	80	1/11/1834	01/11/1834	0	HERRERÍA	VIUDA DE CIRUJANO
M	48	4/11/1834	05/11/1834	1	SANTA CLARA	LAVANDERA

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

SEXO	EDAD	ENFERMA	FALLECE	DÍASCALLE	PROFESIÓN
H	29	8/11/1834		CUCHILLERÍA	CELADOR
M	32	20/11/1834	21/11/1834	1 MAGDALENA	LAVANDERA

Apéndice 4.

Mortalidad atribuible al cólera en el periodo agosto-noviembre de 1834 y en la epidemia de 1855.

Mortalidad atribuible al cólera en el periodo agosto-noviembre de 1834 y en la epidemia de 1855.⁹⁶³

MUNICIPIO-Localidad	1834 964	1855 965
ALEGRÍA-Alegría	D ⁹⁶⁶	41
AMURRIO-Amurrio		37
AMURRIO-Arrastaria y Delika		16
AMURRIO-Artómaña	D	
AÑANA-Salinas de Añana		1
ARAMAYONA		30
ARMIÑÓN-Armiñón	9,34	39 ⁹⁶⁷
ARRAIA-MAEZTU-Apellániz	12,12	12
ARRAIA-MAEZTU-Cicujano	D	
ARRAIA-MAEZTU-Corres		10
ARRAIA-MAEZTU-Leorza	3,12	
ARRAIA-MAEZTU-Maestu	19	
ARRAIA-MAEZTU-Onraitia	D	
ARRAIA-MAEZTU-Real Valle de Laminoria		3
ARRAIA-MAEZTU-Róitegui	4,89	
ARRAIA-MAEZTU-Sabando	5,78	

⁹⁶³ Las cifras de 1834 están referidas a las localidades consideradas positivas y que no han sido señaladas con dudas.

⁹⁶⁴ El cálculo de la mortalidad atribuible al cólera en 1834 se ha obtenido mediante la diferencia entre la mortalidad absoluta del periodo agosto-noviembre de 1834 y la media de la mortalidad del mismo intervalo en el decenio 1830-1839 sin 1834.

⁹⁶⁵ Las cifras de 1855 se corresponden con las recogidas por Gerónimo Roure en su memoria sobre la epidemia de cólera de dicho año. Págs. 18-20. Aunque respeta las cifras totales, P. Ramos comete varios errores en la transcripción que publica en su estudio, ya que toma el uso de comillas por parte de Roure como una reiteración de las cifras previas, cuando no es así.

⁹⁶⁶ Aunque no se incluyen en el cálculo de 1834, se ha dejado constancia de aquellas localidades que, siendo estadísticamente positivas, generaron alguna duda, de forma que pueda servir también orientativamente como comparación.

⁹⁶⁷ Roure advierte que también incluye a Estavillo.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

ARRAZUA-UBARRUNDIA-Arroiabe	4,12	11 ⁹⁶⁸
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Durana	4,67	
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Luko	8,12	
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Mendibil	D	
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ullibarri-Gamboa	8,23	18
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Ziriano	D	
ARRAZUA-UBARRUNDIA-Zurbano	10,45	
ARTZINIEGA-Artziniega	7	22
ASPÁRRENA-Albéniz	D	
ASPÁRRENA-Araia	3,78	65 ⁹⁶⁹
ASPÁRRENA-Ilardua	4,34	
AYALA-Menoio	2,12	89 ⁹⁷⁰
AYALA-Quejana	2,34	
BARRUNDIA-Dallo	D	10 ⁹⁷¹
BARRUNDIA-Etxabarri-Urtupiña	3,89	
BARRUNDIA-Guevara	D	
BARRUNDIA-Heredia	16,78	
BARRUNDIA-Larrea	6,56	
BARRUNDIA-Marieta	14	
BERANTEVILLA-Berantevilla	10,78	48
BERANTEVILLA-Mijancas	9,67	
BERANTEVILLA-Santa Cruz del Fierro	2,89	
BERNEDO-Arluzea		31
BERNEDO-Bernedo	14,89	20
BERNEDO-Marquínez	7,56	80
BERNEDO-Navarrete	1,78	
BERNEDO-Quintana	S.D. ⁹⁷²	30

⁹⁶⁸ Roure engloba dicha cifra bajo el epígrafe de “Ubarandia”, aunque como vemos después incluye separadamente alguna localidad de dicho municipio.

⁹⁶⁹ Roure utiliza el término “Arraya”, aunque tanto Ruiz de Azúa como Ramos interpretan por Araya. Yo también me inclino por ello, ya que la otra opción, considerarlo por Arraia-Maeztu es más dudoso al ya incorporar cifras para varias localidades de este municipio; si bien no es una excepción en la tabla de Roure.

⁹⁷⁰ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de Ayala.

⁹⁷¹ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de Barrundia. P. Ramos transcribe “18”.

BERNEDO-San Román de Campezo		35
BERNEDO-Urarte	D	
CAMPEZO-Antoñana	8,56	11
CAMPEZO-Bujanda	4	
CAMPEZO-Orbiso	21,56	4 ⁹⁷³
CAMPEZO-Oteo	4,23	
CAMPEZO-Santa Cruz de Campezo	29,12	23
ELBURGO-Añúa	4,12	
ELBURGO-Azúa	5,34	
ELBURGO-Elburgo		23
ELBURGO-Gáceta	2,67	
ELCIEGO-Elciego	31	43
ELVILLAR-Elvillar		73
GAMBOA ⁹⁷⁴		
IRUÑA DE OCA-Nanclares de la Oca		15
IRUÑA DE OCA-Trespuentes	14,34	
IRURAIZ-GAUNA-Acilu	3,56	
IRURAIZ-GAUNA-Arrieta	1,23	
IRURAIZ-GAUNA-Erenchun	6,45	
IRURAIZ-GAUNA-Gazeo	8,56	25 ⁹⁷⁵
IRURAIZ-GAUNA-Langarika	3,45	
IRURAIZ-GAUNA-Trokoniz	2,34	
KRIPÁN-Kripán		25
KUARTANGO-Guillarte	3	8 ⁹⁷⁶
KUARTANGO-Luna	D	

⁹⁷² Sin datos para 1834.

⁹⁷³ Roure engloba Orbiso y Oteo. Añade que “*se ignoran detalles*”.

⁹⁷⁴ Rure señala el antiguo municipio de Gamboa, anegado por las aguas del pantano de Ullibarri Gamboa en 1950, refiriendo que “*no hay partes en el Gobierno*”, por lo que no da cifras, si bien P. Ramos toma como referencia el uso de comillas y le adjudica el mismo valor que la anterior población, 12. Sus localidades se repartieron entre Barrundia (Garayo, Larrinzar, Marieta, Mendijur y Zuazo de Gamboa), Arrazua-Ubarrundia (Mendizábal y Nanclares de Gamboa) y Elburgo (Azua y Orenin). Para 1834 dieron positivo estadísticamente Azua y Marieta.

⁹⁷⁵ Roure engloba dicha cifra a Iruraiz y Gazeo.

⁹⁷⁶ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de Cuartango.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

KUARTANGO-Zuhatzu-Kuartango	D	
LABASTIDA-Labastida	86,45	99
LABASTIDA-Salinillas de Buradón	19,89	42 ⁹⁷⁷
LACOSMONTE ⁹⁷⁸		
LAGRÁN-Pipaón		8
LAGRÁN-Villaverde	8,89	
LAGUARDIA-Laguardia	61,23	86
LAGUARDIA-Páganos		32
LANCIEGO-Lanciego		146
LANCIEGO-Viñaspre		2
LANTARON-Bergüenda		13 ⁹⁷⁹
LANTARÓN-Molinilla	D	
LANTARÓN-Puentelarrá	13	
LAPUEBLA DE LABARCA-Lapuebla de Labarca	37,34	19
LEGUTIANO-Elosu	4,89	
LEGUTIANO-Legutiano	23,67	20
LEGUTIANO-Urbina	5,45	
LEGUTIANO-Urrúnaga	9,34	
LEZA-Leza		27
LLODIO-Llodio	27,12	27
MOREDA DE ÁLAVA-Moreda		1 ⁹⁸⁰
NAVARIDAS-Navaridas	D	26 ⁹⁸¹

⁹⁷⁷ P. Ramos confunde la cifra de fallecidos con la de curados, adjudicándole un valor de 107.

⁹⁷⁸ Municipio hoy desaparecido, sus localidades se repartieron entre los municipios de Ribera Alta (Artaza, Barrón y Escota) y Valdegovia (Cárcamo, Fresneda y Guinea). Al igual que con Gamboa, Roure no le adjudica ninguna cifra, pero Ramos toma como referencia la previa señalando una mortalidad de 28 individuos. Para 1834 dichas localidades dieron un resultado negativo a cólera, excepto Karkamu del que carecía de datos.

⁹⁷⁹ Roure señala que “*incluye Sobrón*”, aunque señala también a esta localidad sin adjudicarle cifra alguna (lo hace porque Roure trata de situar cronológicamente el avance de la epidemia), por lo que nuevamente P. Ramos comete el error de anotar a Sobrón la cifra de la localidad precedente.

⁹⁸⁰ Roure aclara que sólo hay parte del día 9 de julio.

⁹⁸¹ Ruiz de Azúa transcribe 25, pero en la copia que yo uso se lee claramente 26, resultado que también se obtiene con la suma de los parciales.

OKONDO-Okondo		21
OYÓN-Labraza		12
OYÓN-Oyón		28
PEÑACERRADA-Payueta	9,67	
PEÑACERRADA-Peñacerrada	S.D.	32
RIBERA ALTA-Antezana de la Ribera	4,67	
RIBERA ALTA-Castillo-Sopeña	D	
RIBERA ALTA-Paúl	D	
RIBERA ALTA-Subijana-Morillas	5,45	5
RIBERA ALTA-Villabezana	2,34	
RIBERA BAJA		5
SALVATIERRA-Arrizala	5,45	
SALVATIERRA-Egileor	2,89	
SALVATIERRA-Salvatierra	108,23	202
SAMANIEGO		69 ⁹⁸²
SAN MILLÁN-Aspuru	D	66 ⁹⁸³
SAN MILLÁN-Galarreta	1,78	
SAN MILLÁN-Luzuriaga	D	
SAN MILLÁN-Munain	4,45	
SAN MILLÁN-Narvaja	9,23	
SAN MILLÁN-Ordoñana	D	
SAN MILLÁN-Vicuña	6	
SAN MILLÁN-Zuazo de San Millán	3,23	
URKABUSTAIZ-Beluntza	1,12	
URKABUSTAIZ-Izarra	1,89	
URKABUSTAIZ-Uzkiano	D	
VALDEGOVÍA-Barrío	1,45	29 ⁹⁸⁴
VALDEGOVÍA-Basabe	2,45	
VALDEGOVÍA-Bellojín	D	
VALDEGOVÍA-Caranca	D	
VALDEGOVÍA-Espejo	11,45	
VALDEGOVÍA-Lalastra	3,67	

⁹⁸² Roure advierte que también incluye Baños de Ebro.

⁹⁸³ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de San Millán.

⁹⁸⁴ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de Valdegovía.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

VALDEGOVÍA-Nograro	D	
VALDEGOVÍA-Osma	1,78	
VALDEGOVÍA-Villanañe	5,78	2 ⁹⁸⁵
VALLE DE ARANA-Alda	D	
VALLE DE ARANA-San Vicente de Arana	2	
VALLE DE ARANA-Ullíbarri-Arana	2,56	
VILLABUENA-Villabuena		17
VITORIA-GASTEIZ-Aberásturi	3,45	
VITORIA-GASTEIZ-Abetxuko	6,12	
VITORIA-GASTEIZ-Ali	6,23	
VITORIA-GASTEIZ-Amárita	0,12	
VITORIA-GASTEIZ-Andollu	D	
VITORIA-GASTEIZ-Aránguiz	-0,55	
VITORIA-GASTEIZ-Arcaute	5,89	
VITORIA-GASTEIZ-Arcaya	6,89	
VITORIA-GASTEIZ-Arechavaleta	-1,22	
VITORIA-GASTEIZ-Arriñez ⁹⁸⁶	2,56	
VITORIA-GASTEIZ-Ascarza	-0,77	
VITORIA-GASTEIZ-Betoño	3	
VITORIA-GASTEIZ-Castillo	5,89	
VITORIA-GASTEIZ-Elorriaga	5,34	
VITORIA-GASTEIZ-Foronda		15
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Mayor	-1	
VITORIA-GASTEIZ-Gamarra Menor	2,56	
VITORIA-GASTEIZ-Gámiz	D	
VITORIA-GASTEIZ-Gardelegi	1,23	
VITORIA-GASTEIZ-Gobeo	2	
VITORIA-GASTEIZ-Junguitu	5,45	
VITORIA-GASTEIZ-Lopidana	D	
VITORIA-GASTEIZ-Mendiola	11,67	
VITORIA-GASTEIZ-Mendoza		2
VITORIA-GASTEIZ-Miñano Mayor	2,12	

⁹⁸⁵ Roure aclara que sólo hay parte del 24 de junio.

⁹⁸⁶ Roure aclara que “no hay partes” y no recoge ninguna cifra. Ramos sin embargo anota la misma cifra que la localidad anterior, 28 fallecidos.

VITORIA-GASTEIZ-Miñano Menor	0,78	
VITORIA-GASTEIZ-Monasterioguren	2	
VITORIA-GASTEIZ-Oreitia	2	
VITORIA-GASTEIZ-Otazu	3,45	
VITORIA-GASTEIZ-Retana	5,67	
VITORIA-GASTEIZ-Ullíbarri-Arazua	1,78	
VITORIA-GASTEIZ-Villafranca	7,23	
VITORIA-GASTEIZ-Vitoria-Gasteiz	142	216 ⁹⁸⁷
YÉCORA-Yécora		111
ZALDUENDO-Zalduendo	15,12	86
ZAMBRANA-Berganzo	3,34	
ZAMBRANA-Ocio	4,56	32 ⁹⁸⁸
ZAMBRANA-Portilla	3,67	
ZAMBRANA-Zambrana	30,45	10
ZIGOITIA-Buruaga	3,12	23 ⁹⁸⁹
ZIGOITIA-Gopegui	1,89	
ZIGOITIA-Mendarozketa	1,56	
ZUIA-Domaikia	7,34	
ZUIA-Jugo	D	
ZUIA-Luquiano	D	
ZUIA-Marquina	3,34	
ZUIA-Murguía	15,34	

⁹⁸⁷ Aunque Roure señala de manera independiente cifras para algunos pueblos de Vitoria, parece evidente que la cifra se refiere al conjunto del municipio de Vitoria. Igualmente, tal como ya había hecho y señalado, incluyo en Vitoria las localidades correspondientes a la antigua hermandad de Badayoz.

⁹⁸⁸ Roure incluye en dicha cifra a Ocio y Berganzo.

⁹⁸⁹ Roure señala dicha cifra para todo el municipio de Cigoitia.

Apéndice 5.

Bando municipal de Vitoria del 3 de agosto de 1834.⁹⁹⁰

⁹⁹⁰ A.M.V. 17/27/18.

«La Junta municipal de esta Ciudad, penetrada de la urgente necesidad de adoptar prontas y eficaces medidas para preservar en cuanto sea posible al pueblo de la terrible enfermedad del Cólera-Morbo que después de haber recorrido y desbastado una gran parte de las provincias meridionales de España ha invadido ya la Capital del Reino; y penetrada así bien de que los preservativos más seguros y más recomendados por la razón y la experiencia, son el aseo, limpieza y buen régimen alimenticio, en su Sesión ordinaria del día dos de este mes, ha acordado entre otras, las disposiciones siguientes:

1.^a Todos los vecinos y habitantes de esta Ciudad deben tener un prólijo aseo en el interior de sus casas, y cuidar muy particularmente de que estén limpios y corrientes los conductos de las aguas inmundas.

2.^a Harán barrer y regar las puertas y aceras de la pertenencia de sus casas todos los días á las seis de la mañana, en que empezarán los carros de Policía á recorrer y limpiar las calles de su respectivo distrito, y al mismo tiempo entregarán á los conductores de los carros, los desperdicios de cocina y otra cualquiera inmundicia que hayan recogido en la Casa, pena de 4 reales vellon.

3.^a Se prohíbe formar estercoleros ó basureros en el interior de las casas, pena de 10 reales vellon.

4.^a Se prohíbe echar á las calles y dejar en ellas y en las plazas, cantones y otros cualesquiera sitios públicos, perros ú otros animales muertos; paja, hortaliza, desperdicios de cocina ó inmundicias de otra cualquiera clase, bajo la multa de 10 reales vellon. Cuando estos efectos se encontrasen en cantones ú otros sitios públicos, la multa se exigirá á los habitantes de la Casa ó casas contiguas, á no ser que descubran la persona que haya cometido la contravención.

5.^a Se prohíbe echar lino ó cáñamo á podrir en los pozos y regatas dentro de la Ciudad y sus arrabales, bajo la misma multa.

6.^a Se prohíbe el arrojar aguas sucias á la Calle, bajo la multa de 4 reales vellon.

7.^a Se prohíbe esquilarse, herrar y curar caballerías en las calles, bajo la multa de 10 reales vellon.

8.^a Se prohíbe chamuscar cerdos en las calles despues de las siete de la mañana, bajo la misma multa de 10 rs. vn.

9.^a Se prohíbe la venta entre calles de las cabezas, tripas y entrañas de las reses menores, bajo la multa de 10 rs. vn.

10. Se prohíbe orinar y ensuciarse en las calles, plazas, cantones y otros cualesquiera sitios de dia y de noche, bajo la multa de 4 reales vellon, exigibles á los padres y tutores de los hijos de familia y menores de edad que contravengan á esta disposicion.

11. Se prohíbe lavar ropas y limpiar verduras y benezos de toda clase en las fuentes, pilones ó abrevaderos, pena de 10 reales de vellon.

12. Los posaderos, mesoneros y demas personas que reciben huéspedes y caballerías en sus casas, sacarán fuera de la Ciudad y sus arrabales y á los sitios que se les señalarán la basura de sus Cuadras, Caballerizas ó Corrales, de ocho en ocho dias pena de 20 reales vellon.

13. Se prohíbe amontonar basura en las inmediaciones de los Caminos Reales, y en otros sitios que los que se señalarán al efecto, pena de 10 reales vellon.

14. No se permitirá la venta de bacalao remojado; y los Taberneros y Figoneros, tendrán particular cuidado de la buena calidad de sus provisiones, y de la limpieza y ventilación de sus tabernas y figones: en la inteligencia de que la menor falta que cometieren en esta parte, será castigada con una multa proporcionada á discreción.

15. Las fruteras y vendedoras de hortalizas, cuidarán igualmente de tener y dejar bien limpios los puestos que ocuparen, bajo multa de 4 reales vellon.

16. Los encargados de Policía, recogerán en sus Carros todos los desperdicios que se les entreguen en las Casas, á cuyo fin se harán anunciar por medio de la Matraca, y notando que algunos vecinos no hacen la entrega ordenada, llamarán á la puerta y avisarán para que lo verifiquen, y no haciéndolo puntualmente, pasarán adelante, tomando nota de las casas, para dar parte á los Mayorales ó al Inspector del distrito para los efectos que haya lugar.

17. Los mismos encargados de Policía cuidarán de la limpieza de las plazas, cantones y demas sitios públicos, incluso las pertenencias de las iglesias y conventos.

18. Los inspectores de distrito harán un reconocimiento de las casas, donde se presume que pueda haber mas gente que la que quepa cómodamente en ellas, y dispondrán lo necesario para evitar estos inconvenientes.

19. Quedan encargados de velar sobre el puntual cumplimiento de estas disposiciones el Ayudante de Policía D. Julian de Celaya, los Mayorales de las vecindades y los Inspectores de distrito.

El Inspector de la Plaza nueva, y de las de Oriente y Occidente, es D. Pedro Fresca.

El Inspector de las calles de Postas, Plazuela de S. Antonio y calle de Santa Clara, D. Santiago Barrasa.

El Inspector de la Calle de S. Francisco, Plazuela del Machete Vitoriano, Cuesta y Plaza del Correo, D. Miguel Salazar.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

De la Herrería y Zapatería, D. Cristóbal Puente.

De la Correría, D. Pedro Alegría.

De la Villa de Suso, D. Eugenio Perez.

De Santo Domingo de dentro y fuera, D. Juan Riestra.

De la Cuchillería, D. Francisco Mendibil.

De la Tintorería y Callenueva, D. Luis de Lafuente.

De los Barrios y las Cercas, D. Antonio de Luna.

Las atribuciones de estos nuevos empleados se espresarán en un Reglamento especial.

Y para que llegue á noticia de todos se manda comunicar á todas las vecindades y fijarlo en los sitios acostumbrados. Vitoria 3 de Agosto de 1834.

El Alcalde Presidente,

Juan Bautista de Cerain.

(firmado)

Por la Junta municipal de Sanidad,

L. de la Arena.

Vocal Secret.º

(firmado)»

Apéndice 6.

Bando a los pueblos de la jurisdicción de Vitoria del 25 de septiembre de 1834.⁹⁹¹

⁹⁹¹ A.M.V. 17/27/18.

«Los pueblos de esta vereda leyendo esta orden en concejo, sacaran una copia de ella para que los Regidores cumplan con lo que en ella se manda y la otra se circulará, devolviéndola á esta Alcaldía con la ¿certeza? De haber ejecutado lo que en ella se previene.»

«La Junta Municipal de Sanidad de esta Ciudad y su Jurisdicción, informada de que en algunos pueblos de su distrito hay un abandono notable en el ramo de Policia Urbana, principalmente en la parte que toca al aseo y limpieza tan interesante en todos tiempos, y ahora más que nunca para preservarse de la terrible enfermedad del Colera-morbo que les amenaza tan de cerca, y teniendo presente el bando publicado en esta Ciudad con fecha del 3 de Agosto

ultimo, há acordado las disposiciones siguientes.

Todos los Vecinos limpiaran las cuadras ó corrales de sus casas dentro de tres días, y despues succesivamente de 15, en 15. y sacaran sus basuras fuera de la población y parages ventilados á distancia de un tiro de bala cuando menos, vajo la multa de ocho reales vellon.

Ningun Vecino formará estercoleros ó basureros en el interior de las casas ni dentro de los pueblos vajo la misma multa de ocho reales vellon.

El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava. 1834.

Ninguno echará lino ó cáñamo á podrir en los ríos pozos y regatas y á menos distancia de un tiro de bala de los pueblos vajo la propia multa.

Ninguno tendra basura amontonada en los pueblos y en sus inmediaciones á menos distancia de un tiro de bala vajo igual multa.

Los Regidores cuidaran de dar curso á todas las aguas estancadas, valiéndose al efecto de los mismos vecinos, como para una obra de concejo, y obligandolos á ello vajo la multa de ocho reales en cada uno.

Los Regidores de los pueblos cuidaran del puntual y exácto cumplimiento de estas disposiciones y de exigir las multas á los contrabentores dando parte de todo al señor Alcalde de quince en quince dias en la inteligencia de que ellos mismos seran responsables de cualquiera falta si contravención que hubiere en sus pueblos.

Vitoria 25 de Setiembre 1834

El Alcalde Presidente

Juan Baut^a Cerain»

Apéndice 7.

Breve reseña de Valentín de Foronda (Vitoria 1751-Pamplona 1821).

Valentín Tadeo de Foronda y González de Echávarri (Vitoria 1751-Pamplona 1821), el caballero Foronda, el primero entre los Ilustrados españoles de segunda fila según algún autor, es conocido sobre todo por su pensamiento económico y su actividad diplomática ejercida ya en el siglo XIX; sin embargo, sus años previos vividos fundamentalmente en Vitoria y Vergara, están salpicados de numerosos escritos relacionados con los conceptos que he englobado bajo el higienismo. Educado probablemente en Francia y tras unas breves noticias en 1769 (su boda) y 1773 (reclamaciones económicas de herencia), se le descubre como miembro de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País en 1776, que abandonará unos años más tarde aunque no perderá la relación con varios de sus miembros más destacados con los que compartirá espacio en el Seminario de Vergara, al que va como profesor en 1782. Entre esas dos fechas, Foronda aparece como concejal en Vitoria, destacando su participación en la fundación de la Sociedad Caritativa Diputación de Pobres en 1777, que dará lugar a la creación del Hospicio o Casa de Misericordia de Vitoria, cuyos estatutos se le atribuyen así como otros proyectos relacionados con el mismo y que traducen inquietudes típicamente ilustradas, como la instalación de máquinas fabriles en el Hospicio para evitar la vagancia entre los asilados, o sobre la enseñanza de los niños expósitos acogidos como prevención de

futuros marginados, y de los que alardea en varios escritos, especialmente en su “Paralelo de la Sociedad de San Sulpicio de Paris con la Casa de Misericordia de la Ciudad de Vitoria” de 1779. Probablemente de 1780 -en cualquier caso hay ediciones en 1790 y 1792- sea su texto “Sobre la desinfección de cárceles y Hospitales” y de 1787 sus “Memorias leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de Hospitales, y traducidas al castellano por Don Valentín de Foronda”, basadas en un texto de la Academia de las Ciencias francesas de Mr. Le Roy, y que editaría probablemente ese año y reeditaría en 1793 y 1800. Aunque la mayor parte de sus escritos durante este primer periodo son traducciones, refundidos o revisiones bibliográficas, esencialmente francesas, no resta valor a su labor de difusión del ideario ilustrado. Para finalizar el breve repaso sobre sus escritos relacionados con la higiene o la sanidad, sin olvidar que son temas recurrentes en Foronda y que salpican o asoman en otros muchos, el propio Valentín, en una relación de méritos, asegura que en 1792 publicó y repartió gratis un papelito dando a conocer el “método inventado por Morbeau de desinfectar las Iglesias, las Cárceles, y todos los demas parages emponzoñados por la presencia de los miasmas pútridos” y en 1800 otro papel sobre “Los medios que se deben tomar quando asalta la horrorosa calamidad de una peste”, aunque su gran aportación higienista será recogida en “Cartas sobre La Policía”, especialmente en su carta II “Sobre la salud pública” (Vergara, 1793) y carta IV “Sobre calles, paseos, cafés, &c” (Vitoria, 1800). Tampoco ha de olvidarse, por lo que atañe a los comentarios directos sobre Álava y Vitoria, las “Cartas escritas por Mr. de Fer al autor del Correo de Europa en que le da noticias de lo que ha observado en España”.

La figura de Foronda cuenta con varios estudios biográficos, la mayor parte dedicados a su faceta diplomática, pensamiento político y, sobre todo, económico. Por completo destacan los estudios de Justo Gárate (“El caballero Valentín de Foronda, Ilustrado alavés” entre otros), aunque prefiero el enfoque de Rollán y Benavides (“Valentín de Foronda: los sueños de la razón”) que sobresale también por su escogido apéndice documental, al igual que el recogido por José

Manuel Barrenechea en “Valentín de Foronda, reformador y economista ilustrado”. Aurelio Báig Baños ha de señalarse como pionero en el estudio de Foronda y, desde el lado americano, a Robert Sydney Smith, centrado en la documentación y correspondencia existente en Philadelphia. Como nota local puede mencionarse la aportación de Julián Apráiz y Sáenz del Burgo en su “Cervantes vascófilo”. En ninguno de ellos se profundiza en sus años vitorianos y vergareses ni en su discurso higienista, aunque debió haber un intento serio de ello en la Colección de Textos Clásicos de la Salud Pública que editó el Ministerio de Sanidad y Consumo bajo la dirección de López Piñero y que en su volumen sexto programó el título “Valentín de Foronda y Tomás Valeriola”, aunque no llegó a ver la luz por causas que los actuales responsables del servicio de publicaciones del Ministerio desconocen. Un buen acercamiento general a su obra puede leerse en “El período del racionalismo. El siglo XVIII” de Luis María Areta en “Álava en sus manos” vol. 3, editado por Caja Provincial de Álava en 1983; y un recorrido biográfico en el texto de Ortiz de Orruño Legarda, “Valentín de Foronda (1751-1821). La trayectoria vital de un ilustrado alavés”, en VV.AA, “La historia de Álava a través de sus personajes”, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, Vitoria, 2003.

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea