

El siguiente texto se corresponde con una versión sin maquetar del artículo publicado en la revista **Lurralde: investigación y espacio**, cuya cita y enlace a la publicación final es el siguiente:

Ferreiro-Ardións M. Mortalidad oficial y mortalidad sacramentada en la epidemia de cólera de 1834 en Vitoria. Lurralde. 2021; 44(2021):463-479. Disponible en:
https://www.ingeba.org/lurralde/lurranet/lur44/Lurralde-44-2021_ferreiro.pdf

Enlace a la revista Lurralde: investigación y espacio:
<https://www.ingeba.org/lurralde/index.htm>

Enlace al Instituto Geográfico Vasco “Andrés de Urdaneta”
Euskal Geografia Elkargoa (INGEBA):
<https://www.ingeba.org/>

MORTALIDAD OFICIAL Y MORTALIDAD SACRAMENTADA EN LA EPIDEMIA DE CÓLERA DE 1834 EN VITORIA.

Manuel Ferreiro-Ardións (ORCID: 0000-0002-6439-709X)

Resumen

La consideración del cólera de 1834 en Vitoria como epidemia menor, derivada del deficiente recuento oficial, contrasta con su papel en la introducción efectiva de la patata en la dieta urbana. Se propone una contabilidad alternativa mediante registros sacramentales para determinar su alcance real. Frente a los 62 fallecimientos oficiales entre agosto y noviembre, se contabilizan 142 defunciones sacramentadas por encima de la media de su decenio. Se concluye que el recuento oficial solo contabilizó una pequeña fracción de afectados, probablemente por interés económico, no siendo representativo de la incidencia real. La mortalidad atribuible alcanzaría el doble de las cifras oficiales pudiendo triplicarlas, pues el cambio de tendencia sugiere un inicio de la epidemia a últimos de junio, y no en agosto, cuando se declara.

Palabras clave: Demografía histórica, cólera, epidemia, mortalidad, Vitoria.

HILKORTASUN OFIZIALA ETA SAKRAMENTU-HILKORTASUNA 1834KO KOLERAREN EPIDEMIAN GASTEIZEN.

Laburpena

Gasteizen 1834ko kolera epidemia txikiago bezala hartzea, zenbaketa ofizial eskasaren ondorioz, ez dator bat patata hiriko dietan eraginkortasunez sartzeko izan zuen zereginarekin. Sakramentu-erregistroen bidezko kontabilitate alternatibo bat proposatzen da, haien benetako irismena zehazteko. Abuztua eta azaroaren bitartean 62 hildako ofizialen aurrean, 142 heriotza sakramentatu zenbatu dira bere hamarkadaren batez bestekoaren gaineratik. Ondorioztatzen da zenbaketa ofizialean soilik kaltetuen zati txiki bat zenbatzen dela, seguruenik interes ekonomikoak zirela eta, ez adierazten koleraren benetako irismena. Egotz daitekeen hilkortasuna zifra ofizialen bikoitza izango litzateke, baita hirukoitza ere; izan ere, hilkortasunaren joera aldatzeak epidemiaren hasiera ekainaren bukarean iradokitzen du, eta ez abuztuan, deklaritzen denean.

Hitz gakoak: Demografia historikoa, kolera, epidemia, hilkortasuna, Gasteiz.

OFFICIAL MORTALITY AND SACRAMENTAL MORTALITY IN THE CHOLERA EPIDEMIC OF 1834 IN VITORIA.

Abstract

The consideration of the 1834 cholera in Vitoria as a minor epidemic, derived from the deficient official count, contrasts with its role in the effective introduction of the potato into the urban diet. An accounting using sacramental registers is proposed as an alternative to determine its actual scope. Compared to the 62 official deaths between August and November, 142 sacramental deaths are counted above the average for the decade. It can be concluded that

the official count only accounts for a small fraction of those affected, probably because of an economic interest, and is not representative of the real incidence of cholera. The attributable mortality would be at least twice the official figures, and could even be triple times higher, as the change in the mortality trend suggests an onset at the end of June, and not in August when it was declared.

Key words: Historical demography, cholera, epidemic, mortality, Vitoria.

1 Introducción

La ciudad de Vitoria sufrió a lo largo del siglo XIX el impacto pleno de varias enfermedades epidémicas (tifus en 1808 y 1836, cólera en 1834 y 1855, viruela en 1854, 1857 y 1866-67, gripe en 1890) además del efecto menos perceptible de tuberculosis, sarampión o polio, entre otras, e, indirectamente, el efecto de las restricciones por epidemias en zonas limítrofes, caso del cólera de 1865, 1885 y 1893 (Ramos, 1986; Ferreiro, 2012). De todas ellas, la bibliografía general sobre la historia de la ciudad y de la provincia resaltan la de cólera de 1855 y la de viruela de 1866-67 (Imizcoz, 1997; García de Cortazar, 1986; Rivera, 2003) por el hecho de contar con sendas memorias escritas por un médico de Vitoria (Roure, 1856 y 1868) que testimonian con suficiente fidelidad la magnitud cuantitativa de ambas frente a las informaciones de otras epidemias que, o bien directamente sugieren un reducido impacto, o bien sus datos son insuficientes o inexistentes.

La valoración de la epidemia de cólera de 1834 parte de la contabilidad publicada en el número 171 de la Gaceta de Madrid del 20/06/1835 (Gaceta, 1835:684), traslación a su vez de las cifras de un estadillo que confeccionó el ayuntamiento de Vitoria durante la epidemia. Su balance fue de 62 fallecidos en Vitoria frente a los 233 contabilizados durante la epidemia de 1855 (Roure, 1856), pudiendo ser estos últimos como mínimo un 13% más (Ruiz de Azúa, 1986:209). La propia Gaceta de Madrid afirmaba *“que el cólera morbo se portó en esta provincia tal vez con más lenidad que en ninguna otra de España”* (Gaceta, 1835:684). Razones por la que tradicionalmente se ha minimizado el impacto del cólera de 1834 sobre la depleción demográfica de ese periodo en favor de la guerra carlista (1833-1839) (Fernández de Pinedo, 1974; Homobono, 1980; Celigueta *et al.*, 1994).

Las dificultades para la recolección de datos durante la epidemia de 1834 en pleno conflicto bélico en el área de Vitoria ya fueron manifestadas por la propia Gaceta de Madrid en su nº 104 del 14/04/1835 y por los primeros investigadores de la epidemia (González de Sámano, 1858), siendo esto probablemente suficiente para argumentar la necesidad de mejorar la estimación del impacto cuantitativo de dicha epidemia por otros métodos. A lo que pueden sumarse las evidencias del desigual registro en otras zonas del país, en las que se encuentran áreas donde se han estimado mortalidades superiores que llegan a triplicar las contabilizadas en el registro oficial como

Andalucía (Rodríguez, 1992:104), Madrid (Fernández, 1981:457), Navarra (Orta, 1984:272); donde se verifica la fiabilidad del recuento oficial como Salamanca (Ortega y García-Moro, 2020:142); y donde contabilidades indirectas han dado cifras inferiores a las oficiales, caso de Extremadura (Leno, 2018:55). No obstante, han sido recientes aportaciones las que han impulsado el interés por tratar de determinar con mayor precisión el impacto del cólera de 1834 en Vitoria. El descubrimiento de que el hospital de Vitoria, con datos de adquisición de alimentos desde 1743, compró patatas por primera vez en su historia en septiembre de 1834, pocos días antes del pico de mortalidad por cólera señalado en el estadillo del ayuntamiento, sugiere que la epidemia fue la causa inmediata y probablemente la necesaria para su introducción definitiva en la dieta urbana de Vitoria (Ferreiro y Lezaun, 2021:387).

En virtud de todo ello, cabe pensar en el cólera de 1834 como un agente transformador de interés en la historia de la ciudad que, además del impacto sobre la mentalidad y las costumbres, pudo tener un influjo mucho más importante del pensado por su repercusión demográfica. Por ello, partiendo de la nula confianza en el registro oficial de invadidos y fallecidos que realizara el consistorio vitoriano, se propone en este trabajo el objetivo de obtener una aproximación de la mortalidad atribuible al cólera de 1834 mediante una contabilidad indirecta a partir de los registros sacramentales de defunción.

2 Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo de cohortes históricas mediante comparación de 1) serie de casos diagnosticados entre agosto y noviembre de 1834 con 2) exceso de mortalidad imputado al mismo periodo.

2.1 Fuentes de datos

2.1.1 Serie de casos

Se extrae de un registro que el Ayuntamiento de Vitoria realizó durante la epidemia de cólera de 1834, disponible en el Archivo Municipal de Vitoria "Pilar Aróstegui" (AMV), signatura 17/27/18, bajo el título de *"Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad"*.

Posee un formato en tabla, organizado y sistemático, donde las filas son los 114 casos contabilizados mientras que las columnas proporcionan datos de los mismos referidos al mes de entrada, día, nombre del enfermo, domicilio, parroquia, edad, estado civil, profesión y fecha de defunción. El estadillo, por fecha de ingreso, se inicia el 15 de agosto y finaliza el 20 de noviembre, lo que se ha venido tomando como los límites temporales de la epidemia en la ciudad. El ayuntamiento realizó otro registro separado para las aldeas del municipio, cuyas cifras sumó la Gaceta de Madrid al publicar las estadísticas de Álava presentándolas como *"Vitoria y los 43 pueblos de su jurisdicción"* (Gaceta, 1835:684). Salvo por la diferencia en el total de fallecidos (133 en el ayuntamiento y 130 en la Gaceta) la buena correspondencia de los datos municipales con los publicados en la Gaceta de Madrid evidencia que este estadillo constituyó la base de la contestación de la ciudad al requerimiento de

la Comisión Regia que se constituyó tras la epidemia para el estudio de la misma.

2.1.2 Exceso de mortalidad

Se extrae de las fuentes sacramentales, único recurso viable para la contabilización de la mortalidad en fechas previas a la instauración del registro civil. Los registros sacramentales del periodo se encuentran disponibles físicamente en el Archivo Histórico de la Diócesis de Vitoria (AHDV) y son también consultables informáticamente a través de su página Web. En su inmensa mayoría, los registros de defunción del periodo no informan de la *causa mortis*, por lo que no pueden utilizarse directamente como recuento de casos, de ahí que el objetivo sea la estimación de la sobremortalidad del periodo en relación a un entorno temporal determinado.

Las limitaciones de estas fuentes sacramentales son sobradamente conocidas, desde la mejor o peor conservación de algunos libros parroquiales al, en general, mal registro de la mortalidad neonatal y lactante. La influencia del cólera y la guerra carlista sobre la disponibilidad de los párrocos para cumplimentar el sacramento de defunción no parece que fuera significativo en Vitoria que, a diferencia de muchos pueblos de la provincia, fue una burbuja gubernamental rodeada, salvo un frágil pasillo entre la meseta y Francia, de zona sublevada; además de contar con parroquias bien surtidas cuantitativamente por todo el escalafón eclesial. No obstante, probablemente haya de suponerse pérdidas de datos de defunción, que en otras ciudades cuantifican hasta un 35% (Ortega y García-Moro, 2020:135), especialmente pàrvula e infantil, lo que tiene repercusión sobre el cólera en cuanto que las series históricas evidencian una sobremortalidad en niños, como era habitual en los procesos diarreicos de toda índole. Algunos autores sugieren la aplicación de índices correctores para estimar mejor la mortalidad infantil (Lázaro y Gurría, 1989:38), que no seguiremos en cuanto que tampoco se hará para compensar la probable mayor mortalidad adulta a causa de la guerra, prefiriéndose ponderar la mortalidad del periodo a estudio respecto a la del decenio siguiendo metodologías asentadas como las propuestas por De Planta y Livi Bacci o Dupâquier. Al respecto, entre las diferentes opciones para situar el año objeto de 1834 respecto a los del decenio a comparar se ha optado por elegir el decenio 1830-1839, 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. Por el contrario, hacer la estimación de 1834 respecto al decenio previo, como habitualmente se propone, impediría ponderar el efecto de la guerra carlista, siendo esta claramente una interferencia para aislar la incidencia del cólera ya que se superponen en 1834 y que, por tanto, debe de tenerse en cuenta.

2.2 Área y población a estudio

El área geográfica está constituida por la demarcación administrativa de la Ciudad de Vitoria, representada por su espacio urbano y sus arrabales, pero no por las aldeas de su jurisdicción. Ello viene impuesto por la propia diferenciación que hace el ayuntamiento de Vitoria al separar en dos estadillos los datos sobre el cólera de la ciudad y los de las aldeas de su alfoz, con la particularidad de que este último se realiza a través de informaciones indirectas

y no incluye el mes álgido de la epidemia, octubre, lo que lo hace inservible para el propósito de este trabajo. En el caso de las defunciones sacramentadas no existe ningún problema en ajustar su información al espacio urbano, ya que están bien definidas las cinco parroquias de Vitoria y la capilla del hospital Santiago, siendo estos seis centros todos los que registraban el sacramento de defunción en la ciudad.

Estas diferenciaciones entre área urbana y rural, así como la de vecinos y residentes, conlleva ciertas dificultades para interpretar los distintos censos poblacionales con que contamos, los cuales de por sí ya son aproximativos. Se carece de datos censales del año a estudio, correspondiendo los más próximos a 1828 (10.703 habitantes) y 1857 (15.577 habitantes). Algunos estudios redondean la población netamente urbana al inicio de la guerra carlista en 7.000 (Rivera, 1995:410), pero el hecho de que tanto el estadillo como los registros sacramentales incluyan a residentes sin vecindad sugiere considerar para este estudio una población más elevada, o bien la de 1828 o una media de los dos censos, optándose por esta última ya que la guerra trajo mayor población flotante a la ciudad. Se considerará por tanto que la población de Vitoria sería de 13.140 personas.

2.3 Análisis estadístico

Los listados, tablas, gráficos y cálculos estadísticos se han realizado con el programa informático Microsoft Excel. La desviación estándar poblacional (σ) se ha realizado mediante el comando DESVESTP y el coeficiente de correlación (r) a través de COEF.DE.CORREL, siendo la versión utilizada del programa la contenida en el paquete Office 2007.

3 Resultados

3.1 Serie de casos

El registro municipal titulado *"Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad"* se realizó sincrónicamente con la epidemia. No consta autor o autores materiales, ni protocolo alguno de actuación o criterios de ingreso.

Anota 114 casos de afectados por el cólera entre el 15 de agosto y el 20 de noviembre (por fecha de ingreso, si bien el primer fallecimiento registrado es el día 16 de agosto y el último del 21 de noviembre) y debieron corresponder a una cohorte determinada, quizá en alusión a la gravedad que cita en su título, pues en documento separado, pero dentro de la misma signatura en que se archiva el estadillo (AMV 17/27/18), se encuentra el documento *"Copia de la relación dada por el Alcalde de esta Ciudad sobre el colera-morbo, sus resultados, y gastos suplidos por la Ciudad"* en el que se señala que *"ha habido en la misma Ciudad, y pueblos atacados algunos mil casos que no presentaron unos síntomas tan alarmantes"*.

De los 114 casos recogidos en el estadillo fallecen 62, un 54% de los invadidos. El pico de mortalidad se da los días 8 y 11 de octubre con 4 fallecimientos cada uno de esos días.

La duración media entre la entrada en el estadillo y la defunción es de 1,39 días, aunque la mediana es de 1 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.

El nombre de la persona invadida, mes y día de entrada se encuentran registrados en el 100% de los casos. 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%.

Por sexo, tanto en el porcentaje de afectados como de fallecidos hay un claro predominio femenino, llegando a ser casi el doble entre quienes fallecen (Invadidos: 62% de mujeres frente a 38% de hombres; fallecidos: 66% mujeres y 34% hombres).

La media de edad de los invadidos fue de 37,69 años. Solo entre los fallecidos asciende a 45,09 y entre los que sobreviven se rebaja a 28,52. No hay diferencias significativas distribuyendo la edad por sexo.

Por grupos de edad, en términos absolutos el grupo con más fallecidos es el grupo en torno a la media señalada de defunción, 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. No obstante, hay una correlación lineal inversa entre supervivencia y mortalidad evidente ($r = -1$), determinando la edad como factor de mal pronóstico ya que 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 el de 31-45; 76% para el grupo 46-60; y finalmente un 100% en los mayores de 61 años.

La distribución por calles tiene la limitación de no indicar, salvo algunas excepciones, el número de la vivienda, lo que no permite afinar la posible existencia de focos. No obstante, se evidencia una mayor concentración de casos en las calles intramuros de la ladera oeste, bañada por el río Zapardiel, así como en los arrabales y calles extramuros en torno al mismo río en las zonas de Santa Clara, Magdalena y Santo Domingo. Aunque menos preciso, también la distribución por parroquias apunta en esa dirección de predominio del oeste sobre el este.

El estadillo también proporciona una adscripción profesional de 95 vecinos asistidos (un 83,3% del total) con una terminología muy variada que, agrupándola en categorías, más de la mitad de los ingresados (52,6%) estaría compuesto por un heterogéneo grupo de oficios, mayoritariamente de carácter artesanal. Le siguen de lejos los trabajadores agrícolas (15,7%), del servicio doméstico (9,4%), viuda/mujer/hija de (8,4) y con menos del 5% el resto de categorías. No aparece nadie con alguna expresión sugerente de pobre de solemnidad ni tampoco de riqueza (típicamente etiquetados como rentistas) o nobleza.

3.2 Exceso de mortalidad

Durante 1834 se contabilizan 542 defunciones sacramentadas en la ciudad de Vitoria, siendo por contra la media del decenio 1830-1839, sin 1834, de 311 fallecimientos (gráfico 1). Por tanto 231 defunciones están por encima de la

media decenal en 1834, presentando una mortalidad del 174,27%. Aplicando el índice Dupâquier se obtiene un resultado de 2,98 para el año 1834, lo que representa una crisis de mortalidad de magnitud media.

Si en lugar del año completo se toman los cuatro meses que el estadillo vitoriano acota como la duración de la epidemia de cólera en la ciudad (agosto a noviembre) se obtiene que ese periodo concentra el 45,5% de la mortalidad total del año 1834 con 247 sacramentos de defunción documentados, cuando la media del decenio se sitúa en 105 fallecimientos en ese cuatrimestre; luego el exceso de mortalidad de este intervalo durante 1834 sería de 142 defunciones (una mortalidad del 235,23%). Tomando sólo ese periodo como referencia, el índice Dupâquier es de 5,32; lo que elevaría la crisis de mortalidad a una magnitud fuerte durante ese cuatrimestre.

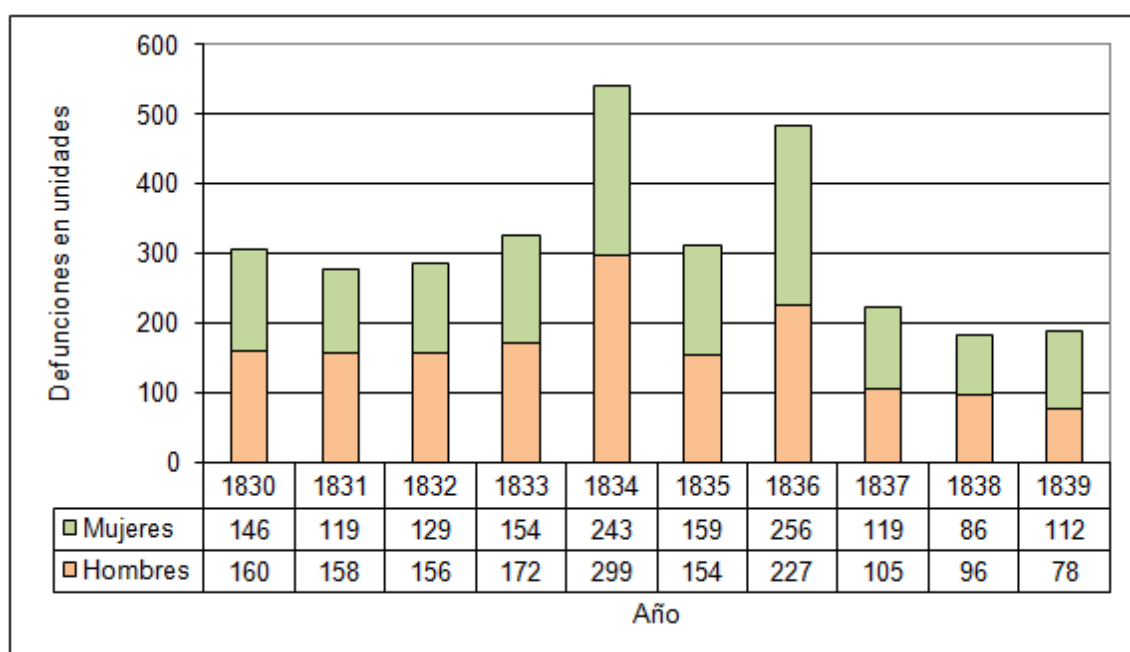


Ilustración n. 1. Defunciones sacramentadas en el decenio 1830-1839. Elaboración propia.

Si el exceso de mortalidad en 1834 respecto al decenio estudiado es evidente, dentro del propio año 1834 destaca la mortalidad del mes de octubre, de acuerdo a lo reflejado en el estadillo municipal, pero con discrepancia sobre los márgenes temporales de duración de la epidemia que señala el registro del ayuntamiento. La mortalidad del conjunto del año 1834 (gráfico 2) cambia de tendencia a finales de junio, siendo clara en julio donde se registran 50 decesos cuando la media del decenio es de 19 defunciones en julio. A partir de entonces va en aumento progresivo hasta octubre, que es el mes con mayor mortalidad concentrando 99 defunciones, un 18,26% del total anual. El pico de defunciones se da el día 17 de octubre con 9 enterramientos, mientras que los dos días que presentaban el pico en el estadillo con 4 fallecimientos, en el registro sacramental aparecen el día 8 solo 2 defunciones y el día 11, 8 fallecimientos. A partir del pico se produce una caída brusca de las defunciones, contabilizándose en noviembre 31 decesos sacramentados, si bien se continúa por encima de la media de los noviembrs del decenio sin

1834, que fue de 19,8 defunciones. Diciembre presenta ya una mortalidad (20 fallecimientos) inferior a la media del decenio (24,11).

Sin ser significativas estadísticamente, agosto y noviembre presentan una sobremortalidad masculina, mientras que septiembre y octubre, con el doble de fallecimientos, la tiene femenina. Dentro de los márgenes temporales del estadillo, a diferencia de este que presentaba una notable sobremortalidad femenina que doblaba la masculina, en la serie sacramentada se da una sobremortalidad masculina del 7,5% a expensas del mes de noviembre.

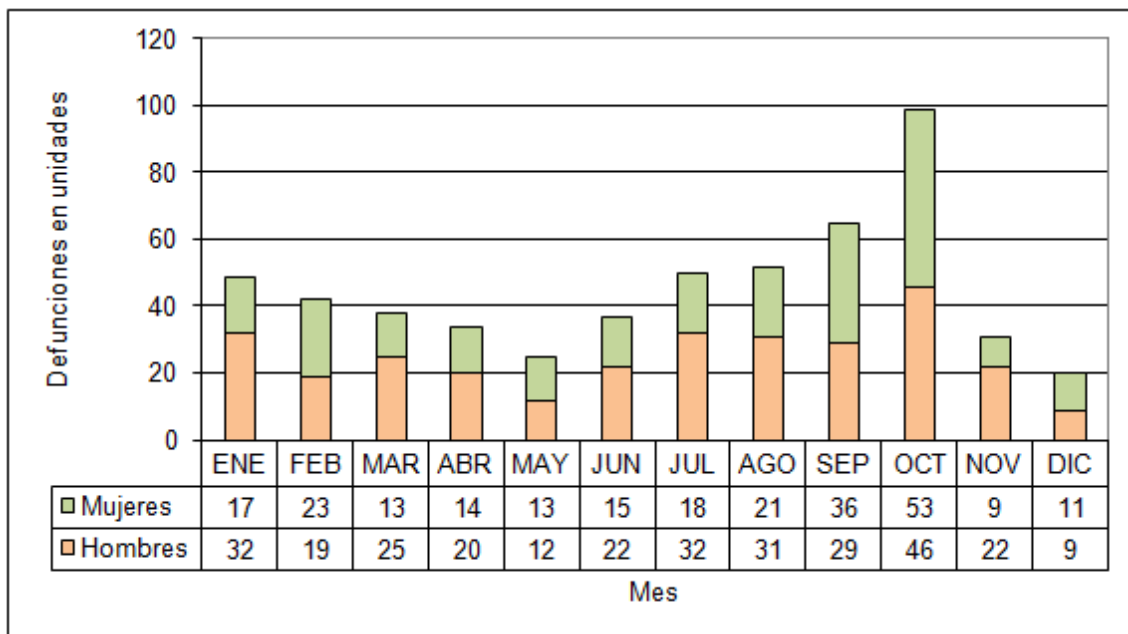


Ilustración n. 2. Defunciones sacramentadas en 1834. Elaboración propia.

4 Discusión

El presente estudio compara el registro oficial de incidencia y mortalidad por el cólera de 1834 que realizara el ayuntamiento de Vitoria, sincrónicamente con la epidemia, con el exceso de mortalidad sacramentada de 1834 respecto al decenio 1830-1839, al objeto de determinar mejor la severidad de aquella epidemia tenida por menor en la historiografía local. El principal resultado apunta a un infra-registro del ayuntamiento durante la epidemia con un exceso de mortalidad respecto a la media del decenio, ajustado a las fechas del registro, de 142 defunciones frente a las 62 por cólera que señala el estadillo municipal. Un segundo resultado de importancia sugiere que los límites temporales oficiales de la epidemia (agosto-noviembre) deben extenderse como mínimo al mes de julio.

No obstante, estos resultados deben matizarse en diversos aspectos, especialmente por la potencial interferencia bélica.

Respecto al estadillo, ha de destacarse que se realizara en tiempo y lugar durante la epidemia, algo que fue poco frecuente en España durante esa epidemia; para Andalucía, por ejemplo, Rodríguez solo lo encontró en Granada (Rodríguez, 1992:103), otra cuestión es su fiabilidad. El propio ayuntamiento da pie a considerar que solo registró a un determinado colectivo de personas,

aparentemente por su título en razón de su gravedad. Sin embargo, la sobremortalidad estimada deja claro que hubo muchos más casos graves que no se recogieron, pues fallecen y difícilmente por otra causa. Los datos económicos que anota el ayuntamiento en el segundo documento, y que a todas luces es el que se envió a la Comisión Regia en 1835 porque la Gaceta de Madrid reproduce la cifra de 40.930 reales que se consignaba como gastos de los fondos municipales, unido a la ausencia en el registro de pobres de solemnidad -que estaban incluidos en la beneficencia pública gratuita- así como de grandes rentas -que presumiblemente se costearían la asistencia domiciliaria-, sugiere que el estadillo municipal tenía una exclusiva función contable y que no testimonia un servicio de asistencia universal y gratuito al conjunto de la ciudad. Es probable que solo registrara las peticiones personales de asistencia de aquellos que no estando censados como pobres no fueron capaces de afrontar los gastos causados por la enfermedad. De ahí que, entre quienes fallecieron, el tiempo de supervivencia desde el ingreso fuera tan bajo. No es que se tratara de casos de cólera fulminante, sino de personas que aguantaron hasta donde pudieron en sus domicilios y con los recursos a su alcance antes de verse desbordados.

En consecuencia, no puede considerarse el estadillo como representativo de la incidencia y mortalidad del cólera en Vitoria. Otra cuestión es que pudiera servir como muestra relativamente aleatoria de una amplia cohorte de la población para argumentar un posible estudio de prevalencia, con todas las reservas de utilizar para tal fin datos que no fueron recogidos originalmente para ello. Lo cierto es que el registro tiene formalmente una apariencia de esfuerzo recopilatorio, hay una apreciable correspondencia con las defunciones sacramentadas (gráfico 3) y algunos resultados, como la tasa de mortalidad (54%) y la sobreexposición femenina, están en consonancia con las series históricas (González de Sámano, 1858) e incluso con cifras actuales en casos sin tratamiento de poblaciones no sensibilizadas, como sucedió en 1834 (OMS, 2004). No puede decirse lo mismo sobre el registro infantil, claramente infra-representado en el estadillo con un 4,8% de incidencia cuando tanto las series históricas como las cifras de la siguiente epidemia de 1855 en Vitoria la cuadruplican con incidencias entre un 17,59% (Roure ,1856:19) y un 20,08% (Ruiz de Azúa, 1986:209). Tampoco la letalidad puede inferirse del estadillo, donde resulta evidente que no ingresan en el estadillo al inicio del proceso sintomatológico sino en estadios severos. Por su parte, la distribución por calles y parroquias, a pesar de la sugerente asociación con el curso del río Zapardiel en relación al agua como vector de transmisión del cólera y de cierta correspondencia con las calles más afectadas en la epidemia de 1855 (Ruiz de Azua, 1986:217), no puede tomarse en consideración si, como se sospecha, el estadillo margina determinados estratos socioeconómicos. Lo mismo sería aplicable a la distribución profesional, pues el conjunto representa bien la estructura y proporción social de la Vitoria del momento (Manzanos, 1995) excepto en sus extremos, ya que no aparecen pobres de solemnidad ni tampoco rentistas. Por tanto, aunque resulta llamativa la incidencia en algunas profesiones vinculadas al manejo de agua y excretas como labradores, hortelanos, lavanderas o curtidores, probablemente no sea sino reflejo de su proporción en el conjunto poblacional.

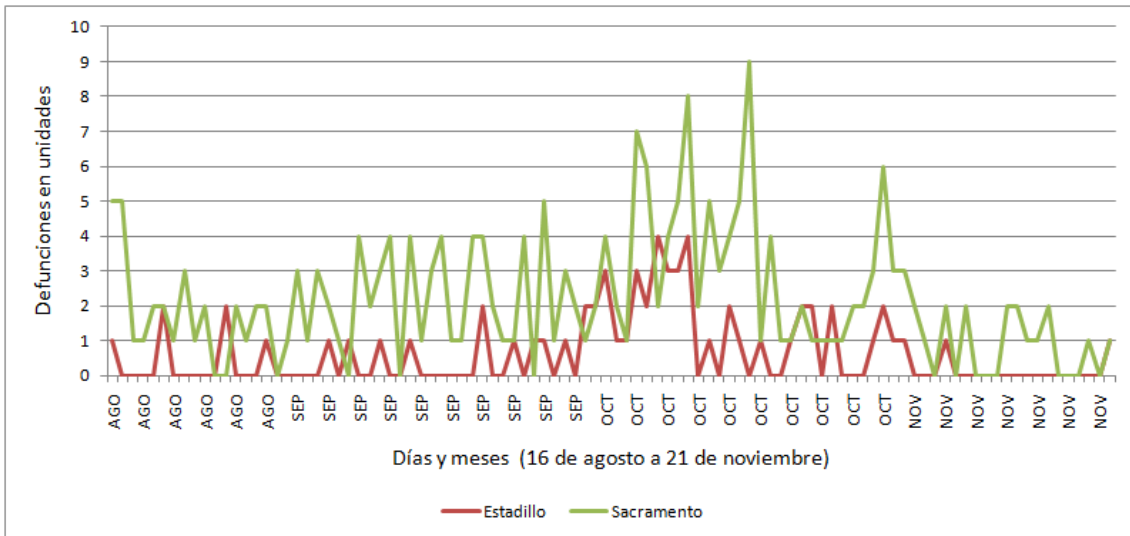


Ilustración n. 3. Defunciones sacramentadas vs defunciones en el estadillo municipal entre el 16/08/1834 y el 21/11/1834. Elaboración propia.

La cuestión del río Zapardiel como posible vector en la transmisión no puede descartarse dado el conocido papel del agua en el cólera y por la distribución geográfica de los casos que se infiere del estadillo; no obstante, tanto la curva de casos como la de fallecimientos, y tanto en la serie del estadillo como en la serie sacramentada, no reflejan la característica curva holomíantica de foco único, con un contagio masivo desde un reservorio de infección común. Al contrario, la curva general está llena de altibajos presentando, en general, un ataque insidioso muy largo y una cola corta con una caída abrupta tras alcanzarse el pico epidémico. La impresión, por tanto, es más de brotes mixtos, bien por focos múltiples a pequeña escala o intrafamiliares (Vitoria contaba con más de 500 pozos de autoabastecimiento), bien por un mayor peso de la transmisión fecal-oral entre personas.

Por su parte, el análisis de la mortalidad sacramentada durante el decenio 1830-1839 muestra tres periodos claros, el prebélico (1830-1833), 1834 y el estrictamente bélico (1835-1839) (gráfica 1). El periodo 1830-1833 muestra una estabilidad evidente en el número de defunciones registradas en Vitoria, reflejando presumiblemente una causalidad ordinaria (la guerra no tiene incidencia en Vitoria hasta noviembre de 1833), siendo la media de defunciones sacramentadas de 298,5 año. Le sigue nuestro año objeto, 1834, con 542 defunciones y, finalmente el resto del periodo bélico 1835-1839 con una media de 278,4 fallecidos/año. Siendo por tanto evidente que en 1834 se produjo una mortalidad extraordinaria por encima tanto del periodo de años “normales” como del periodo bélico. Y también, como se señalará, que la mortalidad bélica no está reflejada en los registros sacramentales, pues los años de guerra, salvo 1836 -pero con epidemia de tifus en Vitoria-, tienen una mortalidad menor que los años “normales”.

Si la sobremortalidad durante 1834 respecto al decenio 1830-1839 es manifiesta, lo es especialmente por el aumento de las defunciones dentro del periodo que el estadillo vitoriano señala como márgenes de la epidemia de cólera (agosto-noviembre); si bien el cambio de tendencia en la curva de defunciones a finales de junio y el claro exceso de mortalidad de julio respecto

a la media del decenio sugiere que la epidemia pudo iniciarse al menos un mes antes de su reconocimiento oficial el 15 de agosto (gráfico 4).

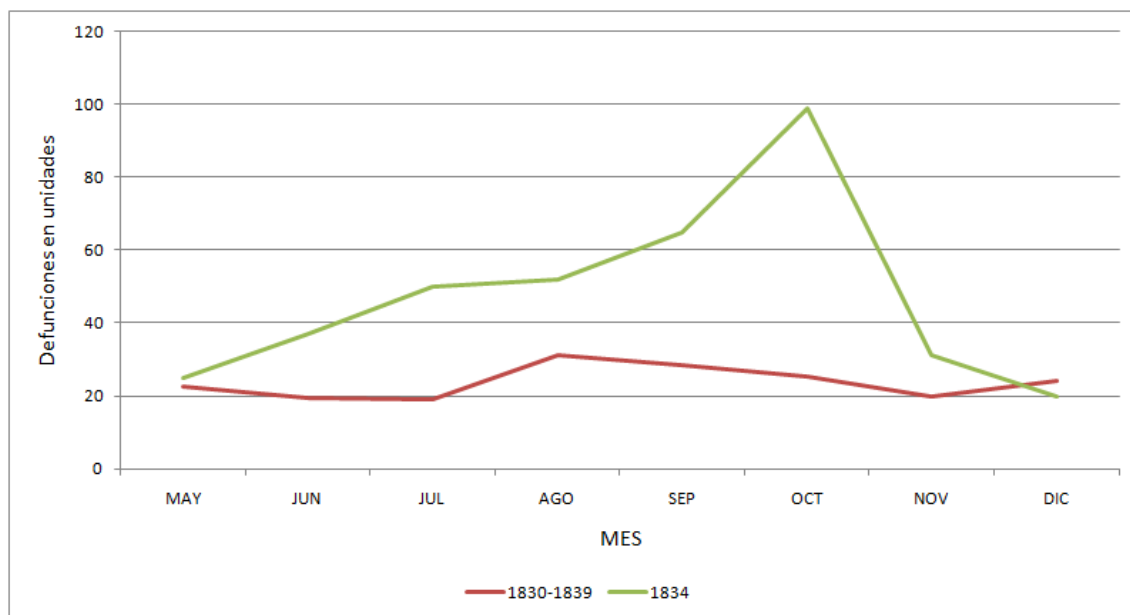


Ilustración n. 4. Mortalidad sacramentada de 1834 vs mortalidad sacramentada media de 1830-1839 sin 1834. Elaboración propia.

Las cifras de mortalidad de julio son sorprendentes y la presunción de una sintomatología florida no debió escapar a la sospecha médica, por lo que cabe pensar en un deliberado ocultamiento de casos. Si bien es cierto que oficialmente en julio la epidemia estaba a la altura de Madrid, aunque después algunos autores coetáneos confirmarían que ya había casos en junio (Codorniú, 1849:2), resulta llamativo que Vitoria mantuviera una encendida defensa de los cordones sanitarios en la línea del Ebro a primeros de agosto sin lograrlo, coincidiendo su supresión con la declaración de la ciudad como invadida. Por tanto, una interpretación plausible es que el ayuntamiento ocultara la epidemia para salvaguardar los cordones, los cuales limitaban la llegada de cientos de huidos pero también frenaban los desplazamientos de las tropas carlistas que tenían a la ciudad entre sus objetivos inmediatos, como se había podido comprobar en un conato de asalto en marzo (Henningesen, 1939).

La cronología de un inicio en julio sería compatible con el suceso de dispersión del cólera más comúnmente aceptado: el traslado de las tropas del marqués de Rodil desde el Algarve portugués (con casos de cólera desde el año anterior) para sofocar la sublevación carlista en Navarra, llegando a Logroño a primeros de julio.

Precisamente la llegada de estas tropas en julio ya sugiere una reducida actividad bélica con anterioridad como para considerar la mortalidad en combate una interferencia a la hora de achacar la sobremortalidad del momento al cólera. En cualquier caso, no se conocen acciones bélicas que pudieran afectar a Vitoria directamente durante la epidemia. Indirectamente, población de la ciudad enrolada en ambos ejércitos pudo verse afectada por las acciones de Alegría y Venta de Echávarri, sucedidas los días 27 y 28 de

octubre coincidiendo con el cólera. En la primera, *“la derrota de O’Doyle le costó al trono de Isabel 1.500 servidores entre muertos y prisioneros”* y en la segunda *“300 muertos y 400 prisioneros”* (Vargas, 1848:62-64) siendo las pérdidas carlistas muy inferiores, aunque no hay cifras orientativas. De haber sido así, por muy reducida que pudiera ser la presencia de vitorianos entre los fallecidos, debiera marcarse un pico en la curva de mortalidad y con clara preeminencia masculina que, sin embargo, no se aprecia. Así, aunque el 30 de octubre aparecen 6 defunciones sacramentadas como pico secundario en la curva diaria, nos encontramos que solo 3 son hombres como para atribuir una asociación claramente bélica. La conclusión por tanto es la de que la mortalidad bélica, con enterramientos en fosas comunes y fusilamientos diferidos a la acción militar, se encuentra mal registrada o no lo está en los libros parroquiales. De hecho, en la revisión bibliográfica ya se encuentra esta cuestión referida a otras localidades alavesas para la primera guerra carlista, concluyéndose que *“las muertes acaecidas en encuentros fortuitos, en emboscadas o en batallas en general no inflan la curva de mortalidad [...] Esta realidad se refleja en las curvas de Laguardia y de Labastida en las que la guerra apenas si se aprecia”* (Fernández de Pinedo, 1974:132). Por tanto, la principal consecuencia de ello es que, por una parte, el exceso de la mortalidad, al menos los meses de agosto a noviembre -y probablemente julio-, deba ser achacable fundamentalmente al cólera y, por otra, que los años bélicos no aumentan, sino que reducen la media del decenio. Y probablemente también sea la culpable de que en la mortalidad sacramentada no se aprecie la sobremortalidad femenina que refleja el estadillo y que, en general, reflejan las series históricas del cólera.

Así, tomando la referencia temporal del estadillo, frente a los 62 fallecimientos por cólera que registró el ayuntamiento debería considerarse el exceso de mortalidad de esos meses (142 defunciones) como una cifra más aproximada al verdadero impacto demográfico del cólera, duplicando las cifras como mínimo y pudiendo llegar a triplicarlas si, como parece, la sobremortalidad de al menos julio deba consignarse también al cólera.

Estas cifras ponen cuantitativamente al cólera de 1834 en Vitoria a la altura de la mortalidad atribuida al cólera de 1855 (Roure, 1856, Ruiz de Azúa, 1986), con la diferencia de que mientras la de mediados de siglo, considerada por la historiografía local como el cólera por antonomasia, aconteció en un periodo expansivo económicamente, los efectos de la de 1834 fueron sinérgicos a los producidos por la guerra carlista. Por tanto, aunque el índice Dupâquier calculado para el periodo agosto-noviembre de 1834 (5,32) otorgue una intensidad de magnitud fuerte a la epidemia en Vitoria, inferior por ejemplo a la recientemente calculada para Salamanca con un índice de 7,62 (Ortega y García-Moro, 2020:136), sus efectos debieron ser más devastadores, debiéndose por tanto profundizar en el cólera de 1834 como agente transformador de la historia de la ciudad por encima de lo que se ha hecho hasta ahora.

En este sentido, la unicausalidad bélica como responsable de la generación hueca de los años 30 del siglo XIX debe de ser también reconsiderada para introducir la variable epidémica y la sinergia de ambas. No se nos escapa que en dicha generación hueca el peso del efecto sobre la fecundidad y la nupcialidad se considera más importante que el de la mortalidad directa por la

guerra, y que en este caso la larga contienda (1833-1839) pudo tener mayores consecuencias que la puntual acción del cólera que, con las cifras propuestas, tendría una tasa de mortalidad entre un 10,8‰ y un 14,6‰; pero debe valorarse que la epidemia produjo sobremortalidad infantil que se encuentra muy mal registrada sacramentalmente y que la evidencia científica señala que aproximadamente el 50% de las mujeres embarazadas que contrae el cólera aborta (OMS, 2005; Serrallonga, 1996).

5 Conclusiones

En 1834 se produjo en Vitoria una mortalidad extraordinaria explicable por el cólera mejor que por causas ordinarias u otras extraordinarias como la I Guerra Carlista.

La mortalidad atribuible al cólera durante 1834 sería como mínimo el doble de las cifras oficiales, atendiendo sólo al periodo agosto-noviembre, fechas que documentalmente aparecen como duración de la epidemia, pero que llegarían a triplicarse si se toma como inicio el cambio de tendencia en la mortalidad apreciable desde finales de junio de ese año.

El estadillo que confeccionó el ayuntamiento de Vitoria adolece de criterios básicos de representatividad que permitan extrapolar sin reservas sus datos a la población general.

El cólera de 1834, por sí mismo y por su efecto sinérgico con la guerra carlista, tuvo un impacto cuantitativo destacable sobre la evolución demográfica, debiéndose ahondar en su impacto cualitativo, caso de la referida introducción de la patata en la dieta urbana de Vitoria, ya que no debió ser menor que el atribuido a la epidemia de 1855.

6 Bibliografía

-ARCHIVO MUNICIPAL DE VITORIA "PILAR ARÓSTEGUI", 1834. Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa grave que van ocurriendo en esta ciudad. Sig. 17/27/18.

-ARCHIVO MUNICIPAL DE VITORIA "PILAR ARÓSTEGUI", 1834. Estado que manifiesta los casos de enfermedad sospechosa que van ocurriendo en los pueblos de la Jurisdicción de Vitoria. Sig. 17/27/18.

-ARCHIVO MUNICIPAL DE VITORIA "PILAR ARÓSTEGUI", 1835. Copia de la relación dada por el Alcalde de esta Ciudad sobre el colera-morbo, sus resultados, y gastos suplidos por la Ciudad. Sig. 17/27/18.

-CELIGUETA CRESPO, Araceli, et al., 1994. *Vitoria, Población: Evolución y movimientos migratorios*. Vitoria: Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. ISBN 9788487645280.

-CODORNIÚ FERRERAS, Manuel, 1849. *Aviso preventivo contra el cólera epidémico*. Madrid: Alejandro Gómez Fuentenebro (Imp).

-FERNÁNDEZ DE PINEDO, Emiliano, 1974. *Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco (1100-1850)*. Madrid: Siglo veintiuno. ISBN 9788432301544.

-FERNÁNDEZ GARCÍA, Antonio, 1981. El cólera de 1834 en Madrid. Apuntes a partir de una crisis demográfica. En: *Homenaje a Domínguez Ortiz*. Madrid: MEC, pp. 455-482. ISBN 9788436908336.

-FERREIRO-ARDIÓNS, Manuel y LEZAUN-VALDUBIECO, Juan, 2021. La patata en la nutrición hospitalaria como aproximación a su introducción en la dieta urbana: el caso de Vitoria (Álava, España). *Nutrición Hospitalaria* [en línea]. Madrid: Arán ediciones, vol.38, nº.2, pp. 383-387 [consulta: mayo de 2021]. ISSN 1699-5198. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03419>

-FERREIRO-ARDIÓNS, Manuel y RIVERA BLANCO, Antonio (dir.), 2012. *El cólera en las transformaciones del siglo XIX en Álava, la epidemia de 1834*. Vitoria: UPV/EHU.

-Gaceta de Madrid, 1835. Sanidad. Noticias estadísticas sobre los efectos producidos por el cólera morbo en 1834 en las varias provincias del reino; provincia de Álava. *Gaceta de Madrid*. Nº171, 20 de junio, p. 684.

-GARCÍA DE CORTAZAR, Fernando, MONTERO, Manuel y BETANZOS, Juan M^a, 1986. *Historia de Álava*. San Sebastián: Txertoa. ISBN 9788471481832.

-GONZÁLEZ DE SÁMANO, Mariano, 1858. *Memoria Histórica del Cólera Morbo Asiático* (dos tomos). Madrid: Manuel Álvarez (Imp).

-GRUPO ESPECIAL MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL CÓLERA, 2004. *Brotos de cólera, evaluación de la respuesta a los brotes y mejora de la preparación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70493/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.4_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

-HENNINGSEN, CF y OYARZUN, Román (Trad.), 1939. *Campaña de doce meses en Navarra y Vascongadas con el general Zumalacárregui*. San Sebastián: Editorial Española. Disponible en: <http://www.liburuklik.euskadi.eus/handle/10771/11678>

-HOMOBONO, José Ignacio, 1980. Estancamiento y atraso de la economía alavesa en el siglo XIX. *Boletín de la Institución Sancho el Sabio*. Vitoria: Obra cultural de la Caja de Ahorros de la Ciudad de Vitoria, nº24, pp. 235-331. ISSN 0211-2396.

-IMIZCOZ, José María y MANZANOS, Paloma, 1997. *Historia de Vitoria*. San Sebastián: Txertoa. ISBN 8471483386.

-LÁZARO RUIZ, Mercedes y GURRÍA GARCIA, Pedro A., 1989. Las crisis de mortalidad en La Rioja en el Antiguo Régimen. *Revista de Demografía Histórica*. Barcelona: ADEH, vol.7, nº1, pp. 31-46. ISSN 2696-4325. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=103947>

-LENO GONZÁLEZ, Daniel, 2018. Aproximación a la mortalidad atribuible al Cólera-Morbo Asiático en Plasencia en 1834 a través de los registros parroquiales. *Cultura de los Cuidados* [en línea]. Alicante: Universidad de Alicante, vol.22, nº51, pp. 46-56 [consulta: mayo de 2021]. ISSN 1699-6003. Disponible en: <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.51.06>

-MANZANOS ARREAL, Paloma, 1995. Trabajo y patrimonios en la Vitoria del siglo XVIII. En: IMIZCOZ, José María, dir. *La vida cotidiana en Vitoria en la*

Edad Moderna y Contemporánea. San Sebastián: Txertoa, pp. 169-197. ISBN 9788471483157.

-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2005. Cholera, 2004. *Weekly epidemiological record* [en línea]. Ginebra: OMS, vol.80, nº31, pp. 261-268 [consulta: mayo de 2021]. ISSN 1996-8345. Disponible en: <https://www.who.int/cholera/statistics/en/>

-ORTA RUBIO, Esteban, 1984. El cólera: La epidemia de 1834 en la Ribera de Navarra. *Príncipe de Viana* [en línea]. Pamplona: Institución Príncipe de Viana, vol.45, nº172, pp. 271-308 [consulta: mayo de 2021]. ISSN 2530-5824. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=15703>

-ORTEGA, José Antonio y GARCÍA-MORO, Clara, 2020. El cólera en Salamanca: Análisis comparado de las epidemias del siglo XIX. *Revista de Demografía Histórica* [en línea]. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics, vol.38, nº3, pp. 125-154 [consulta: mayo de 2021]. ISSN 2696-4325. Disponible en: <https://doi.org/10.7910/DVN/WZV5BZ>

-RAMOS CALVO, Pedro Manuel, 1986. *El cólera en Álava*. Vitoria: Diputación foral de Álava. ISBN 9788450538175.

-RIVERA BLANCO, Antonio (Dir.), 2003. *Historia de Álava*. San Sebastián: Nerea. ISBN 9788489569959.

-RIVERA BLANCO, Antonio, 1995. Del pasado al presente: las transformaciones de la vida cotidiana. En: IMIZCOZ, José María, dir. *La vida cotidiana en Vitoria en la Edad Moderna y Contemporánea*. San Sebastián: Txertoa, pp. 407-432. ISBN 978-84-7148-315-7.

-RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, 1992. Morbimortalidad del cólera epidémico de 1833-35 en Andalucía. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*. Madrid: ADEH, vol.10, nº2, pp. 87-112. ISSN 0213-1145. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=103986>

-ROURE, Gerónimo, 1856. *Memoria histórico-estadística de la epidemia de cólera morbo asiático observada en la Provincia de Álava en el año 1855*. Vitoria: Viuda de Manteli e Hijos (Imp.). Disponible en: <http://www.liburuklik.euskadi.eus/handle/10771/27582>

-ROURE, Gerónimo, 1868. *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*. Vitoria: Hijos de Manteli (Imp.). Disponible en: <http://www.liburuklik.euskadi.eus/jspui/handle/10771/27971>

-RUIZ DE AZÚA Y MARTÍNEZ DE EZQUERECOCHA, Estíbaliz, 1986. La epidemia de cólera de 1855 en Vitoria. En: *Perspectivas de la España contemporánea*. Estudios en homenaje al profesor V. Palacio Atard. Madrid: Universidad Complutense, pp. 189-220. ISBN 9788474911978.

-SERRALLONGA URQUIDI, Joan, 1996. Epidemias e historia social. Apuntes sobre el cólera en España, 1833-1865. *Historia Social*. Valencia: UNED, nº24, pp. 7-21. ISSN 0214-2570.

-VARGAS, MFM. de. 1848. *La guerra en Navarra y provincias Vascongadas*. Madrid: Baltasar Gonzalez (Imp.).