

Autonomía residencial, asistencia familiar y causas de muerte en la vejez en la Galicia urbana: Santiago de Compostela, 1844-1920

Residential autonomy, family assistance and causes of death in old age in urban Galicia: Santiago de Compostela, 1844-1920

FECHA DE RECEPCIÓN: ENERO DE 2022;
FECHA DE ACEPTACIÓN: ENERO DE 2023

Isidro Dubert^a

Palabras clave

Asistencia familiar
Vejez
Mortalidad
Causas de muerte
Ciudad

Keywords

Family assistance
Old age
Mortality
Causes of death
City

Resumen

Tras contextualizar el objeto de estudio en Santiago de Compostela, una ciudad provincial del noroeste peninsular que durante la segunda mitad del siglo XIX contó con unos 22.000-23.000 habitantes, estableceremos las características básicas de la población urbana de 60 y más años. En un segundo momento, realizamos una aproximación al papel que jugó la asistencia familiar en los últimos instantes de la vida de las personas mayores y el nivel que entre ellas alcanzó la "institucionalización" de la muerte, es decir, su fallecimiento en el seno de una institución hospitalaria o asistencial. Acabaremos realizando un acercamiento a las claves de la mortalidad de los individuos de 60 y más años a través de un estudio de sus causas de muerte, los cambios que éstas conocieron en la media duración y la relación que esos cambios pudieron haber tenido con el inicio de la transición epidemiológica que se sintió en la ciudad entre 1844 y 1920.

Abstract

After contextualizing the object of study in Santiago de Compostela, a provincial city in the northwest of the peninsula with about 22,000 inhabitants, we establish the basic characteristics of the urban population aged 60 and over. Secondly, we approach the role played by family care in the last moments of the lives of the elderly and the level of "institutionalization" among them, that is, their death in a hospital or care institution. We will finish by approaching the keys to the mortality of individuals aged 60 and over through a study of their causes of death, the changes they underwent in the medium term, and the relationship that these changes may have had with the beginning of the epidemiological transition that was felt in the city between 1844 and 1920.

^a Universidade de Santiago de Compostela isidro.dubert@usc.gal



1. SANTIAGO, UNA CIUDAD PROVINCIAL, EN EL CONTEXTO URBANO GALLEGO

Galicia se caracteriza a comienzos del siglo XX por sus bajas tasas de urbanización. En esos años apenas si un 11% del total de la población residía en alguna de sus veintiuna villas o ciudades, de las que solo cinco superaban los 10.000 habitantes: A Coruña (42.990), Santiago de Compostela (24.317), Ferrol (23.769), Vigo (18.905) y Ourense (10.626) (Dubert, 2015; Reher, 1994). Después haber experimentado una fase de crecimiento entre 1750 y 1850, la mayor parte de estos enclaves entró en una larga fase de estancamiento poblacional que, en no pocos casos, como por ejemplo en Santiago, Ferrol, Lugo, Pontevedra o Betanzos, se prolongó hasta 1910-1920 (Dubert, 2015). Un estancamiento que, a este nivel, contrasta vivamente con el despegue demográfico que entre 1830 y 1875 se produjo en la mayoría de las pequeñas y medianas capitales de provincia españolas, cuyo impulso definitivo en este sentido se sitúa en 1875 (Delgado Viñas, 1993).

Dejando a un lado la distinta especialización funcional y económica que en Galicia poseía cada una de las ciudades de más de 10.000 habitantes, es evidente que Santiago de Compostela ejemplifica a la perfección lo sucedido en la generalidad del mundo urbano gallego a partir de 1850. Entre esa fecha y 1920 se mueve en torno a los 22.000-23.000 habitantes debido, según algunos autores, a la relativa decadencia que experimenta la industria y comercio local (Pose Antelo, 1992). A pesar de ello, paradójicamente, Santiago se vio afectada desde 1860 por un importante proceso de remodelación espacial que, en los años siguientes, desemboca en una auténtica reordenación urbana. A ella contribuyeron, entre otras, las obras de carácter civil llevadas a cabo en las décadas de 1880 y 1890, consistentes en la construcción de edificios de gran envergadura destinados en su mayor parte a la universidad y el mundo de la enseñanza, como Facultad de Medicina, la Escuela de Veterinaria o el Colegio de Sordomudos y Ciegos. Una actividad constructiva que, y ya a otro nivel, proseguiría más allá de 1900, cuando se procedió a remodelar y a reconstruir el centro urbano, se enlosaron sus calles, se abrieron y adoquinaron las rúas sitas a extramuros del casco histórico y se ensanchó la trama del conjunto urbano hacia el sur. En el curso de este largo proceso de cambios, y en línea con lo que ahora sucedía en otras ciudades españolas y europeas, se introdujeron también mejoras higiénico-sanitarias en la traída de aguas, las fuentes públicas y el alcantarillado, contribuyendo de este modo a mejorar la salubridad pública y las condiciones generales de vida de los compostelanos (Costa Buján, 2015; Rosende Valdés, 2013; Cores Trasmonte, 1962; Perez Moreda et al., 2015; Milward, 2004).

La intensa remodelación urbana de Santiago en esos años contrasta con la imagen de estatismo poblacional, económico y social que nos transmite el relativo estancamiento por el que atravesaba su industria y comercio. Esto se debe a que, por norma, los historiadores siempre han considerado a ambos sectores económicos como los únicos motores del desarrollo urbano. Es más, de su debilidad suelen deducir la existencia en las ciudades de niveles de vida y modernización social inferiores a los que supuestamente habría promovido en ellas la concreción de un proceso de urbanización e industrialización *tout court* o, dicho de otro modo, de un proceso de urbanización e industrialización

a la inglesa. En este sentido, la aplicación automática a la realidad urbana peninsular de modelos de análisis de desarrollo económico y social, ergo urbanístico, pensados para otras latitudes europeas, explica la incapacidad que muchos historiadores y geógrafos españoles han venido mostrando para entender lo que se oculta tras paradojas como la de Santiago, Guadalajara, Victoria o el grueso de un mundo urbano peninsular compuesto mayoritariamente por pequeñas ciudades provinciales: la existencia de vías de acceso a la modernidad y a la modernización social diferentes a las que pueda haber impulsado la "clásica" urbanización e industrialización (Dubert, 2015; Pereira, 2012; San Andrés Corral, 2011; Pernas Oroza, 2001; Díez Cano, 1996).

Lo ocurrido en Santiago de Compostela es un buen ejemplo de ello, visto que entre 1845 y 1920 la ciudad encontró una fuente de ingresos alternativa a su relativo estancamiento económico en los beneficios que generaba el funcionamiento de un importante y sólido sistema hospitalario-asistencial. De su relevancia nos habla el hecho de que una ciudad de apenas 22.000-23.000 habitantes acogiese el Hospital Central de Galicia –que, además, alojaba en su seno una gran inclusa y un Hospital Clínico universitario–, el Hospital de San Roque, especializado en el tratamiento de enfermedades infecciosas, seis hospitalillos –que, gestionados por las autoridades eclesiásticas, se convirtieron con posterioridad a 1830 en albergues para "mujeres pobres, viejas y estropeadas"–, un asilo de ancianos y un hospicio para niños huérfanos y abandonados. En este contexto, el viejo Hospital Real de Santiago se transformó en 1845, gracias a una real orden, en el mencionado Hospital Central de Galicia, el cual sería financiado hasta 1879 con cargo a las cuatro diputaciones provinciales gallegas (García Guerra, 2001). Este cambio supuso la aparición de nuevas fuentes de ingresos para la ciudad en unos instantes en los que las tradicionales bases de la economía local comenzaban a entrar en crisis.

Para que nos hagamos una idea del impacto de esta trama hospitalaria sobre dicha economía, bastaría con referirse al notable incremento que conoció la media anual de enfermos ingresados –y, por ende, de su número de acompañantes, que pernoctaban en Santiago uno o más días–, cuya afluencia no disminuyó tras la posterior conversión de la institución en Hospital Provincial en 1879. Prueba de ello, es que el número medio de enfermos se multiplicó por dos entre 1794-1844 y 1845-1893, yendo de los 850 por año de primera hora a los 1.700 de la segunda. Una intensificación de su capacidad asistencial que fue de la mano del notable ascenso que registraron los pacientes de origen extraurbano, quienes pasaron de ser un 30% del total en 1844, a un 43% en 1854, un 52% en 1874 y un 66% en 1893; todos ellos porcentajes muy superiores a los encontrados en las instituciones hospitalarias portuguesas por las mismas fechas (Lopes, 2017). Teniendo en cuenta que el tiempo medio de estancia de los enfermos rondaba los 36 días, que un 47% de ellos procedía de una población situada a más de 30 kilómetros de Santiago y que rara vez solían ingresar y pasar su convalecencia sin ser atendidos y visitados por su familia y allegados, es fácil imaginar lo que habría supuesto para la vida económica de la ciudad la actividad del Hospital Central de Galicia¹. De hecho, entre 1844 y 1920, Santiago funcionó como una auténtica ciudad de servicios para los habitantes de un

1 Archivo Histórico Universitario de Santiago (en adelante A.H.U.S.), *Hospital Real, Beneficencia, Libros de enfermos*, datos obtenidos a partir de la explotación nominativa de las 15.576 entradas de enfermos correspondientes a los años 1794, 1804, 1814, 1824, 1834, 1854, 1864, 1874, 1884, 1893.

hinterland territorial que se extendía sobre un 10-12% del territorio de la Galicia actual (Dubert, 2001; Villares, 2003).

De su capacidad de atracción sobre la población del mundo rural circundante nos advierten los informes elaborados por la Junta de Sanidad Local relativos al número de enfermos civiles atendidos por las distintas instituciones hospitalarias compostelanas entre 1865 y 1875, un total de 26.600. Gracias a esta fuente, sabemos que el 83% de esos enfermos fueron asistidos en las enfermerías del Hospital Central de Galicia y el 14% en las del Hospital de San Roque. La combinación de ese total con la información que sobre ellos nos ofrecen los libros de ingresos de cada una de estas instituciones sobre su origen geográfico, nos permite saber que el 55% de los que pasaron por sus diferentes salas en esos años eran de fuera de Santiago². Esto significa que los aproximadamente 15.000 enfermos de procedencia foránea ingresados en ambos hospitales serían el equivalente al 68% del total de los habitantes que la ciudad tuvo entre 1865 y 1875 (1867: 22.022 habitantes; 1871: 22.072 habitantes). En otras palabras, ambas instituciones fueron capaces de movilizar cada año el equivalente a un 6-7% del total de la población que vivía en Santiago, y eso, sin incluir en el cómputo a los acompañantes de los enfermos, lo que, de hacerse, sin duda dispararía ese porcentaje.

En estas condiciones, se entiende que el 22% del total de los individuos fallecidos en la ciudad entre 1844 y 1920 fuesen, en la mayoría de las ocasiones, esa suerte de residentes temporales y no la clásica figura del inmigrante urbano venido a trabajar en la industria o el comercio local (Oris, 1996). Es más, sabemos que el 60% de esos fallecidos procedía del mundo rural y que en ocho de cada diez casos se habían acercado hasta Compostela buscando remedio para sus males en una de sus muchas instituciones hospitalario-asistenciales. El 40% de fallecidos restante fueron expósitos abandonados en la inclusa, cuyo número disminuyó de manera notable a partir de 1860, tras la definitiva supresión del torno (Pérez García, 1976).

Dejando a un lado la contextualización de nuestro objeto de estudio, la existencia en Santiago de dos grandes hospitales, un hospital clínico, una Facultad de Medicina, un nutrido cuerpo de médicos y personal especializado en atender a los enfermos..., resulta capital para nuestra investigación. Basta con pensar en los efectos que sobre una parte sustancial de las fuentes manejadas, las partidas de defunción del Registro Civil, tuvo el proceso de "medicalización" que experimentó la asistencia hospitalaria compostelana desde los comienzos del siglo XIX (García Guerra, 1992 y 2001). Gracias a él, la diagnosis de las diferentes enfermedades realizada por los integrantes del cuerpo médico de la ciudad, muchos de los cuales pasaban consulta en el Hospital Central de Galicia, se fue volviendo paulatinamente más precisa, más facultativa, más en línea con los progresos que la Medicina conocía en esos años, ya fuese en el terreno anatómico-patológico o en el clínico-asistencial (Lindeman, 2001). De manera semejante a lo sucedido en otras ciudades europeas de parecidas características, este fenómeno redundó en la mejora de la calidad de la información contenida en las mencionadas partidas de defunción (Reid et

2 A.H.U.S., *Estadísticas Especiales*, 1862-1922, leg. 1509, expedientes 1 a 5.

al., 2015). Muestra de ello, por ejemplo, es lo sucedido con la indefinición de causas de muerte tales como "senilidad", "vejez", "consunción senil", "decrepitud" o "anemia senil", empleadas genérica y tradicionalmente para referirse a alguno de los males que originaba el fallecimiento de las personas mayores. Su presencia en el conjunto de partidas vaciadas para este trabajo, 16.755, se produce solo en el 1,4% de las mismas, mientras que en el corpus referido a los individuos de 60 y más años (4.010 partidas), no llega al 6% del total. Menos suerte en este sentido hemos tenido con la edad de las personas mayores fallecidas, la cual, hasta bien entrada la década de 1880, muestra una acusada tendencia al redondeo en los años terminados en cero (60, 70 y 80). Este hecho dificultará nuestro intento por acercarnos a la incidencia de la mortalidad entre las personas de 60 y más años.

Con esto en mente, hemos vaciado la información contenida en las partidas de defunción del registro civil de uno de cada cuatro años a partir de 1844. Asimismo, hemos explotado a distintos niveles, estadístico y nominativo, la aparecida en los padrones municipales de Santiago de 1860, 1870 y 1924. Igualmente, hemos utilizado de manera puntual los datos relativos a los habitantes de las comarcas rurales próximas a Santiago y de otras ciudades gallegas presentes en sus respectivos padrones municipales. Partiendo de este corpus documental procederemos a establecer, primero, la importancia y las características básicas de la población de 60 y más años que vivía en la ciudad. Segundo, y merced al cruce de la información nominativa presente en las partidas de defunción y en los padrones municipales, la relevancia que tuvo la asistencia familiar a las personas mayores en los instantes previos a su muerte, así como el grado de "institucionalización" que pudo haber alcanzado esa muerte entre ellas, por haber fallecido en un hospital, un hospitalillo o un asilo. Y tercero, atenderemos a lo sucedido a sus niveles de mortalidad y causas de muerte. Por razones explicadas en su día, en este trabajo se han considerado como viejos/as o personas mayores a todos/as aquellos/as individuos/as que en su día llegaron o superaron la barrera de los 60 años (Dubert, 2007).

2. IMPORTANCIA Y GRADO DE AUTONOMÍA RESIDENCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

El funcionamiento del complejo hospitalario-asistencial al que hemos aludido, junto a la existencia en la urbe de un sólido entramado institucional, que no cabe despreciar, y que básicamente giraba alrededor de la enseñanza, la justicia, la administración y las actividades desplegadas por la Iglesia, permitieron que, y a semejanza de lo que ahora pasaba en otros muchos enclaves peninsulares, Santiago funcionase como una auténtica ciudad provincial, cuya decadencia económica parece haber sido bastante relativa durante su larga fase de estancamiento poblacional. Así nos lo indica, por ejemplo, que entre 1860 y 1924 un tercio de sus habitantes fuesen inmigrantes llegados de poblaciones circundantes más o menos distantes.

En un enclave de estas características alrededor de un 10% del total de sus habitantes

tenía 60 o más años y, de ellos, dos tercios eran mujeres, cuyo protagonismo parece haberse incrementado ligeramente a medida que nos acercamos al siglo XX (tabla 1). Este grado de envejecimiento y la acusada feminización de las personas mayores son dos rasgos que pueden encontrarse también en el conjunto de la población gallega. No hay más que ver la importancia que en su seno alcanzaron los individuos que superaron la barrera de los 60 años (1877: 9,5% del total; 1920: 10,9% del total), o la relevancia que entre ellos tenían las mujeres (1877: 54,5% del total; 1920: 58,2% del total). Sea como fuere, los niveles de envejecimiento de Santiago en esos años se sitúan muy por encima de los hallados en otras ciudades y territorios europeos (Andorka, 1995; Alter, 1996; Laslett, 1976).

Tabla 1
Características de la población formada por las personas mayores en Santiago de Compostela, 1752-1924

Porcentaje de	1752	1861	1871	1924
Población de 60 y más años		9,8	10,1	10,0
Total de mujeres entre los mayores		61,3	62,8	67,0
Individuos de 60 y más en las instituciones		3,0	5,6	4,5
Hogares encabezados por un mayor	18,0	24,0	23,0	
Tamaño del hogar de los de 60 y más años	3,17	3,38	3,52	
Tamaño hogar de los menores 60 años	3,72	3,84	3,79	

Fuente: A.H.U.S., *Municipal, Población, Padrones*. Elaboración propia a partir de los datos del Catastro de Enseñada de 1752 y de los correspondientes padrones municipales.

A tenor de la información disponible, en Santiago el peso poblacional de las personas mayores a mediados del siglo XIX era ligeramente superior al registrado en A Coruña, pongamos por caso. En 1857 apenas un 6,5% del total de los habitantes de esta última ciudad superaba los 60 años (tabla 1). Esta diferencia a favor de Santiago se explica, en buena medida, por la existencia en la urbe de grupos sociales muy envejecidos. Así pasaba en 1871, por ejemplo, con el clero, en cuyas filas hallaremos un 23% de individuos de 60 y más años, o con las elites tradicionales, que contaban con un 26% de personas mayores entre sus miembros. Son cifras que contrastan con las del mundo del comercio, un 11% del total, o con las de ese universo del trabajo formado por el taller artesanal, la pequeña empresa familiar y la construcción, 9,1% del total. Por tanto, la presencia de un nutrido grupo de personas mayores pertenecientes a los sectores sociales urbanos más privilegiados es un elemento que nos ayuda a explicar y a entender las diferencias que Santiago mantuvo a este nivel tanto con A Coruña como con las demás villas y ciudades del país gallego. Unas diferencias que, y a tenor de los escasos cambios que se produjeron en su estructura socioprofesional desde 1844, se mantuvieron en el tiempo hasta más allá de 1900 (Dubert, 2001).

Tal y como se ha apuntado, Santiago poseía un elevado número de instituciones y casas de acogida para las personas mayores –como el hospital de Carretas o los hospitalillos de San Andrés, San Miguel o las Huérfanas–, una parte de las cuales se convertirían a partir de la década de 1830 en albergues para mujeres “pobres, viejas y estropeadas” (Madoz, 1845). El cambio operado en su funcionamiento no fue más que uno de los muchos pasos que se dieron en la ciudad en ese largo proceso que conoció la “institucionalización de la vejez” en Europa. Iniciado a nivel local a finales del siglo XVIII por las autoridades religiosas, su primera fase culminaría alrededor de 1876 con la aprobación del reglamento municipal que, en adelante, iba a regir la actividad del Asilo-Hospicio donde serían acogidos los mayores que careciesen de recursos para subsistir o que padeciesen achaques que los imposibilitasen para ganarse el sustento por sí mismos (Barreiro Mallón *et al.*, 1999; Palomares Ibáñez, 1985). Sin embargo, fue este un proceso lento, ya que entre 1860 y 1920 el porcentaje de individuos confinados en este tipo de instituciones con respecto al total de personas mayores que residían en la ciudad fue muy bajo, osciló en torno a un 3-6% del total (tabla 1). Esto significa que habitualmente la mayoría de esas personas –el 94-97% de ellas– vivían de una manera más o menos autónoma, solas o acompañadas, en hogares independientes. En este punto, las fuentes manejadas nos indican que durante la segunda mitad del siglo XIX un 23-24% del total de los agregados domésticos compostelanos tenía al frente a un individuo de 60 o más años, y que lo mismo pasaba en las ciudades de Lugo (1897: 23%), Ourense (1897: 22%) o Monforte (1897: 22%). Además, el tamaño de esos agregados demuestra no mantener significativas diferencias con los encabezados por individuos más jóvenes (tabla 1).

Visto el reducido número de personas mayores acogidas en las instituciones asistenciales compostelanas y el elevado grado de autonomía e independencia del que gozaron, está fuera de lugar en nuestro caso asociar la vejez al abandono familiar, la soledad o la penuria material. Una asociación que, tal y como se ha mostrado en trabajos anteriores, no cabe realizar ni siquiera en la generalidad del mundo rural gallego. Nos lo indica, por ejemplo, el hecho de que en 1860 en las feligresías del actual municipio de Trazo, una comarca rural situada a unos veinte kilómetros al norte de la ciudad de Santiago, los mayores dirigiesen el 23% del total de los hogares, en cuyo interior vivía una media de 5 personas; promedio este muy similar al que tenían los hogares encabezados por individuos de menos de 60 años, 4,61³. Así pues, lo sucedido en Compostela y su hinterland en esos años se hace eco a este nivel de un comportamiento secular que, más allá de mediado el siglo XIX, continua poniendo de manifiesto la importancia social y familiar que históricamente tuvo la vejez en el seno de la sociedad gallega (Dubert, 2008).

3 Elaboración propia a partir de la información tomada en el Archivo Histórico Municipal de Trazo, *Padrones municipales*, 1860.

3. ASISTENCIA FAMILIAR Y MUERTE EN LA VEJEZ

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el 78-80% de las personas mayores de Santiago estuvieron al frente de sus propios hogares –un 65% de ellas teniendo consigo a sus respectivos cónyuges, hijos, parientes o allegados, y un 13-15% en soledad–. El 20-22% restante vivía acogido en casa de un hijo/a, un pariente o un conocido. Nos hallamos así ante un grado de autonomía y de independencia residencial muy semejante al que por las mismas fechas mostraban los/as viejos/as de enclaves urbanos europeos muy diferentes a Santiago, como, por ejemplo, las pequeñas ciudades industriales belgas, donde, sin embargo, la cifra de mayores que vivían solos era tres veces más baja que la compostelana (Wall, 1991; Leboutte, 1990). Esto no significa que los solteros/as o las viudas/os que estaban en la misma situación en Santiago careciesen de la ayuda, solidaridad y las atenciones de los suyos, más aun cuando, en no pocas ocasiones, esas atenciones se originaban en el ámbito de la vecindad, el parentesco o el paisanaje (Gomila Grau, 2002). En este terreno, lo cierto es que, y salvo por las circunstancias que imponía la edad, las estrategias residenciales de nuestros mayores no parece que hayan sido muy diferentes a las ensayadas por el resto de los habitantes de la ciudad. Ya hemos hecho referencia a ello, el tamaño de sus hogares no era muy distinto al de aquellos cuyos jefes eran más jóvenes (tabla 1). Pero más que esas estrategias residenciales, o la forma que adoptaban sus hogares en la vejez, lo que ahora nos interesa es saber cómo fueron y a quien tenían a su lado en los últimos momentos de su vida.

Para averiguarlo contamos con dos fuentes de información. Por un lado, las partidas del registro civil, en una parte significativa de las cuales comenzó a incluirse a partir de 1872, junto a los datos vitales, personales y profesionales del fallecido, el lugar de defunción. Por esta vía sabremos si su muerte tuvo lugar en el domicilio particular, el hospital o en alguna de las instituciones asistenciales compostelanas. Por otro lado, contamos con el resultado de cruzar la información nominativa de los fallecidos consignada en las mencionadas partidas en dos años concretos, 1872 y 1903, con las referencias que a esos mismos fallecidos aparecen en los padrones municipales de 1871 y 1902. Conseguimos reunir así un total de 491 casos que nos permitirán poner en relación lo sucedido en el momento de la defunción con la serie de circunstancias personales, familiares y sociales que rodearon la vida de nuestros mayores en los meses, o semanas, previas a su muerte. Además de ello, estaremos en condiciones de establecer la naturaleza de la asistencia, cuidados y atenciones que recibieron durante ese tiempo.

Entre 1872 y 1920 el lugar de fallecimiento de los habitantes de la ciudad aparece explicitado en el 40% de las partidas manejadas. Por ellas sabemos que un 75,5% de quienes tenían 60 y más años murieron en su casa, un 15,2% en alguna de las enfermerías del Hospital Central y un 9,4% en las dependencias de algún hospitalillo o en el asilo. Estos resultados están en consonancia con el elevado grado de autonomía e independencia residencial del que gozaban nuestros mayores y de ellos se desprende, además, el bajo grado de "institucionalización" alcanzado por su muerte en una urbe que poseía un sólido entramado hospitalario-asistencial. Un grado de institucionalización limitado que, todo hay que decirlo, era ligeramente más elevado entre las mujeres (25,6% del to-

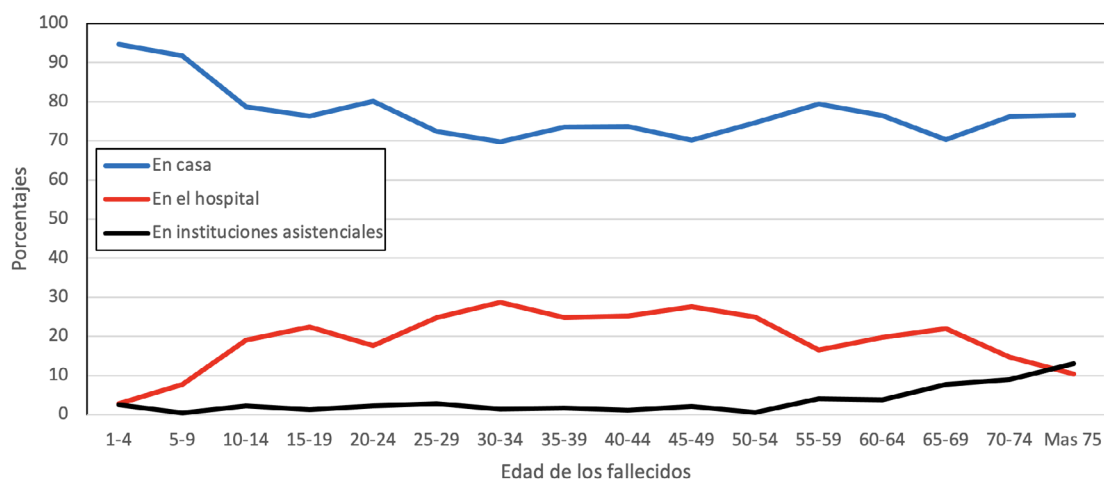
tal), que entre los hombres (22,6% del total).

No obstante, este equilibrio desaparece toda vez que hacemos entrar en juego la variable social. Se constata entonces como la mencionada institucionalización tendió a ser tanto más acusada cuanto más baja era la posición de los individuos en la escala social. Por ejemplo, entre 1872 y 1920 ningún miembro de las elites urbanas falleció en el hospital o en el asilo, mientras que si lo hicieron un 8% del total de los integrantes de las profesiones liberales, un 10% de quienes se dedicaban al comercio, un 22% de los empleados en los talleres artesanales y las pequeñas empresas familiares, un 29% de los trabajadores no cualificados y un 28% de los labradores que vivían a extramuros de la ciudad. En la base de estas diferencias se encuentran las desiguales posibilidades que unos y otros tenían para pagar las atenciones y cuidados que ofrecían los médicos; unas atenciones que, obviamente, no estaban al alcance de todos los bolsillos. De hecho, no lo estaban para casi un 25% del total de las personas mayores. En estas circunstancias, lo normal es que fuesen atendidas de sus males y que muriesen en la cama de un hospital, los diferentes hospitalillos o el asilo.

En contra de lo que cabría pensar, en Santiago la propensión a fallecer en casa, la limitada institucionalización de la muerte en la vejez y las relativas dificultades para acceder a una asistencia médica en el domicilio, no son rasgos exclusivos de las personas mayores. En realidad, su comportamiento a este nivel se hacía eco de un patrón de conducta mucho más amplio y extendido en el seno de la sociedad compostelana, el cual, lógicamente, en su caso, estaba mediado por la edad. Esto es lo que nos indican, por ejemplo, los datos recogidos en el gráfico 1. Igualmente, lo hace que el 82,6% del total de los fallecidos en Santiago entre 1872 y 1920 lo hubiese hecho en su casa, el 13,6% del total en el hospital y el 3,8% restante en una institución asistencial.

Gráfico 1

Lugar de fallecimiento de los habitantes de Santiago, 1872-1920



Fuente: A.H.U.S. y Archivo Histórico del Registro Civil de Santiago (en adelante A.H.R.C.S.). Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada.

Los resultados procedentes del cruce nominativo de la información contenida en las partidas de defunción de 1872 y 1903 y los padrones municipales de 1871 y 1902 ratifican la imagen de la vejez obtenida a partir del estudio de sus lugares de muerte, visto que un 24,3% de los/as 491 mayores controlados de este modo falleció en diferentes hospitales y hospitalillos urbanos, mientras que el 75,7% restante lo hizo en su domicilio. Por lo demás, la información obtenida por esta vía nos permite ahondar en la serie de circunstancias familiares que rodearon sus vidas en los momentos previos a su muerte.

Un 28% de esos/as 491 mayores vivió ese tiempo en un hogar que, en tres de cada cuatro ocasiones, estuvo encabezado por un hijo o una hija casado y, en una de cada cuatro, por un hermano/a casado, un sobrino/a casado o una persona con la que el finado/a tenía algún tipo de vínculo afectivo. En este último caso, el grueso de esas personas coincide con la figura del amo de una criada anciana que había trabajado en su casa durante décadas. Un buen ejemplo de ello nos lo proporciona Francisca González Vieites, una sirvienta soltera de 82 años, vecina de Santiago, que muere en septiembre de 1872 en el domicilio particular de Antonio Pampín Guerra, un comerciante casado de 49 años con tienda abierta en la rúa del Preguntoiro nº 13 y cinco hijos a su cargo. La relación entre Antonio y Francisca es fruto del clásico paternalismo establecido entre amo y criada, pero también del sentido de responsabilidad del primero hacia la segunda y de los afectos nacidos entre ambos a raíz de la larga y estrecha convivencia cotidiana mantenida durante años, lo que por otro lado no era extraño en el servicio doméstico europeo de la época (Fauve Chamoux, 1997). Sea como fuere, este 28% de mayores tenía una edad media de 73 años y tendió a residir en un hogar formado por 6 personas (5,67), entre las que, como va dicho, el hijo/a casado/a, la nuera o el yerno y los nietos eran mayoría. Esto explica que en el 62% de esos hogares no sea difícil ver coresidiendo a individuos de tres generaciones, algo que guarda relación con el hecho de que el 66% de las familias en las que vivían estos/as mayores hasta su muerte fuesen complejas, ya fuese en su vertiente extensa o múltiple.

El 72% de esas 491 personas mayores tenía una media de 69 años y estaban al frente de hogares que albergaban a cuatro individuos (4,02). Obviamente, la soledad no era la norma social dominante entre ellas. En realidad, ésta solo se registra en poco más de uno de cada diez casos y, como va dicho, siempre de una manera relativa, dada la importancia que en el ámbito urbano europeo tuvieron las relaciones familiares, de parentesco, vecindad o paisanaje (Ruggiu, 2007). Como va dicho también, la mayoría de ellas disfrutó de una gran autonomía e independencia, al punto de que sabemos que sus estrategias residenciales no eran muy distintas a las del resto de la población compostelana, salvo por el peso que sobre ellas ejercía la edad, la cual no se traducía en el tamaño, aunque sí en la composición y en la forma que adoptaban sus hogares (tablas 1 y 2). Dicho de otro modo, la edad está en la base de las diferencias que muestran sus formaciones familiares con respecto a las de los demás habitantes de Santiago. Estas diferencias se concretan, por ejemplo en 1871, en la existencia del menor porcentaje de hogares nucleares y en el promedio, un tanto más elevado, de formaciones de tipo complejo y solitario que dirigen (tabla 2). En estas circunstancias, la imagen de la convivencia intergeneracional que mantenían en el interior de sus agregados familiares es

mucho más variada numéricamente que la que nos ofrecen los hogares donde los mayores eran asistidos por hijos/as casados que ejercían como jefes de los mismos: en un 32% de esos agregados encontramos viviendo juntos a individuos de tres generaciones, en un 36% de dos, en un 18% a personas de la misma generación y en un 14% a personas mayores solas.

Tabla 2

Tipos de hogar según el padrón municipal de 1871 y tipos de hogar fruto del cruce nominativo de los padrones de 1871 y 1902 con las partidas de defunción del registro civil 1871-1903

<i>Tipo de hogar</i>	<i>Santiago, 1871</i>		<i>1871-1903</i>
	<i>Ciudad</i>	<i>> 60 años</i>	<i>> 60 años</i>
Solitarios	17,6	23,3	13,8
C.L.S	5,3	6,3	6,3
Nucleares	58,5	44,3	42,2
Extensos	12,6	13,8	13,8
Múltiples	4,8	11,4	20,1
Indeterminados	1,2	0,9	3,8
Total	100	100	100
N.c.	5.671	1.293	491

Fuente: A.H.U.S., *Municipal, Población, Padrones*, y A.H.R.C.S.. Elaboración propia a partir de los datos del padrón de 1871 y de las partidas de defunción correspondientes a 1872-1903.

La trascendencia de estos resultados es enorme, ya que nos ayuda, por ejemplo, a comprender el sentido y la naturaleza de los cambios que experimentaba el desarrollo del ciclo familiar con la llegada de la vejez. Sin ir más lejos, que la diferencia entre la edad media de los mayores asistidos por sus hijos/as casados/as y aquellos/as que encabezan sus propios hogares en los meses previos a su fallecimiento sea solo de 4 años, nos está indicando que el grado de complejidad familiar de los hogares de los primeros no tendría tanto que ver con la vejez en sí misma cuanto con las dificultades de esos mayores asistidos para seguir al frente de los mismos, bien fuese por enfermedad o por incapacidad. Sobre esto, los datos barajados para Santiago apuntan a que a finales del siglo XIX los hijos/as casados/as se hacían cargo de sus padres hasta su muerte. La suya no era pues, como en las ciudades belgas de la época, una convivencia temporal con los progenitores realizada al lado de sus respectivos hermanos/as (Alter, 1996), sino la asunción de un verdadero compromiso asistencial, tal y como nos lo indica la ausencia de los mencionados hermanos/as del interior de sus respectivos hogares. En estas condiciones, muchas de las formaciones familiares complejas del ámbito urbano compostelano no eran, al contrario de lo que sí sucedía en el mundo rural circundante, la consecuencia directa del funcionamiento de unas lógicas de reproducción social y familiar que buscaban –entre otras cosas– la supervivencia de la pequeña explotación

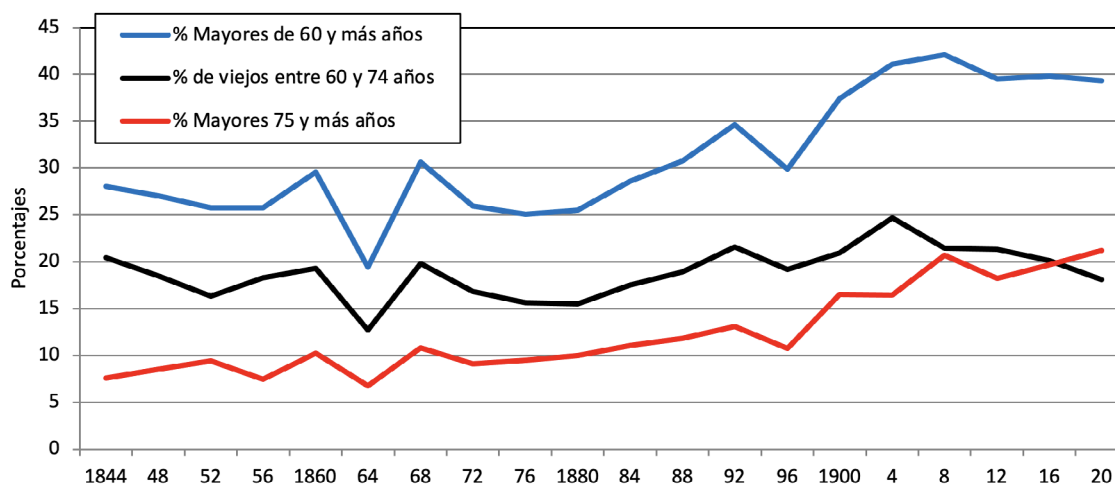
familiar, sino, más bien, fruto de ese acuerdo, de ese compromiso asistencial, que los hijos/as asumían frente a sus mayores y que solo remataba cuando éstos morían (Dubert, 2012b).

4. LA MUERTE EN LA VEJEZ: NIVELES Y CAUSAS

Un 30,4% del total de los fallecidos en Santiago entre 1844 y 1920 tenía 60 o más años. Este promedio fue más elevado entre las mujeres (un 35,2% de defunciones con respecto al total de las mujeres), que entre los hombres (un 25% con respecto al total de los varones), debido en buena medida a la acusada feminización de la vejez compostelana, la cual, a su vez, explica que las diferencias encontradas en la mortandad entre ambos sexos se mantuviesen prácticamente inalteradas durante todo el período de estudio. No sucede esto, sin embargo, con ese porcentaje total de fallecidos al que acabamos de referirnos. Los cambios que experimenta en la media duración nos remiten a la existencia de al menos dos momentos en la evolución de la mencionada mortandad (gráfico 2). El primero va de 1844 a los inicios de la década de 1880 y coincide con unos años en los que las personas mayores constituyen el 26% de todas las defunciones ocurridas en la ciudad. El segundo, de 1880 a comienzos del siglo XX, se caracteriza en cambio por el rápido y continuado incremento que conocen esas defunciones, al punto de llegar a situarse en torno a un 40% del total con posterioridad a 1900.

Gráfico 2

Porcentaje de defunciones de personas mayores con respecto al total de defunciones de la población de Santiago, 1844-1920



Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada.

En el estado actual de las investigaciones en Galicia resulta muy difícil explicar el porqué de esta alza, más aún, cuando todos los indicadores barajados nos hablan de la re-

lativa benignidad con la que habría venido actuado la mortalidad entre las personas mayores desde mediados del siglo XIX. Lo vemos, por ejemplo, en la gradual mejora de la esperanza de vida de quienes llegaban o sobrepasaban la barrera de los 60 años (tabla 3); una mejora de la que, y a su modo, también da cuenta el paulatino ascenso registrado por la media de edad a la que éstos morían (1852: 71,8 años; 1880: 72,6; 1912: 74,3).

Tabla 3
Esperanza de vida en Galicia, 1860-1931

	1863-70	1900-1	1910-1	1920-1	1930-1
A los 60 años	--	11,7	12,53	14,09	14,96
A los 70 años	--	6,64	6,82	7,91	8,61
A los 80 años	--	3,84	3,37	4,11	4,20
Esperanza al nacer	34,8	41,37	46,42	45,35	52,35

Fuente: Dopico y Reher, 1998; Dopico, 1987.

La misma impresión de benignidad se desprende de la aproximación realizada a la intensidad de la mortalidad de las personas mayores gracias a la aplicación del método de las defunciones acumuladas puesto a punto en su día por Jacques Dupâquier (Dupâquier, 1978; Bardet, 1983). Los cocientes por mil revelan, primero, la existencia en cada momento considerado de una mortalidad realmente elevada entre los mayores de 60 años y su clara tendencia a incrementarse a medida que se suceden los distintos tramos vitales de la vejez, y segundo, que tras 1880 esa mortalidad habría perdido buena parte de su intensidad en todos cada uno de esos tramos (tabla 4).

Tabla 4
Aproximación a la mortalidad de las personas mayores a través del método de las defunciones acumuladas (cocientes por 1000)

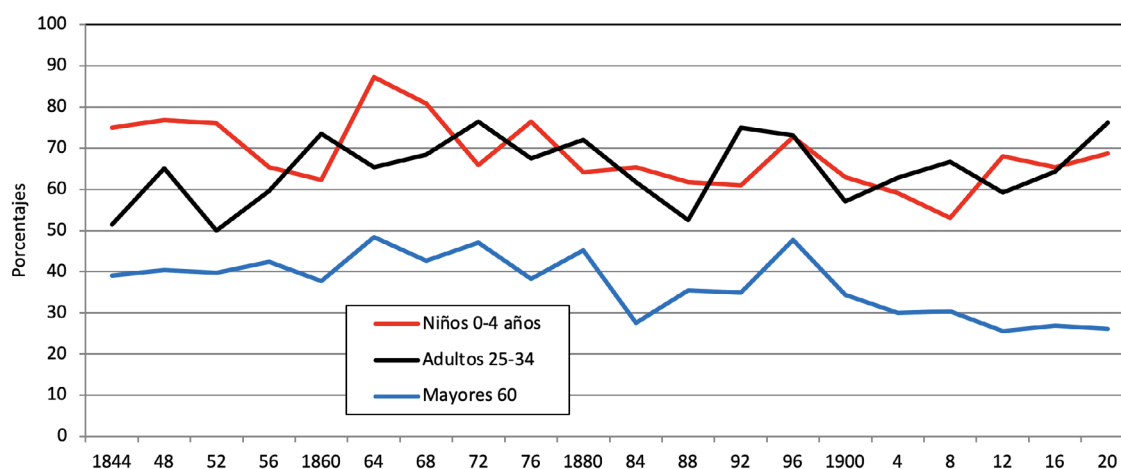
Tramos de edad	Antes de 1880			Después de 1880		
	Total defunciones	Defunciones acumuladas	Cocientes por mil	Total defunciones	Defunciones acumuladas	Cocientes por mil
60-64	452	1683	269	472	2326	203
65-69	293	1231	238	342	1854	184
70-74	382	938	407	512	1512	339
75-79	200	556	360	359	1000	359
80-84	230	356	646	378	641	590
85-89	74	126	587	164	263	624
+ 90	52	52	1000	99	99	1000
	1.683			2.326		

Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información recogida de la serie de años testigos señalada.

De alguna manera, la serie de reformas urbanísticas llevadas a cabo en Santiago desde 1860 –que contribuyeron a mejorar las condiciones de salubridad de su población, en especial a partir de 1880–, y los progresos en la diagnosis de las enfermedades y la asistencia hospitalaria –fruto de las mejoras introducidas en los estudios de Medicina impartidos en la universidad y de los beneficios que para el progreso de la misma se derivaron del definitivo control del Hospital Central de Galicia por el cuerpo médico compostelano–, están detrás de los cambios que conoce la estructura de las causas de muerte de las personas mayores (Costa Buján, 2015; Rosende Valdés, 2013; Cores Trasmonte, 1962; García Guerra, 2001; Bernabeu Mestre, 1998). Como puede verse en el gráfico 3 y en la tabla 5, con posterioridad a 1880 las enfermedades no infecciosas fueron adquiriendo entre esas causas una creciente importancia en detrimento de los fallecimientos debidos a la actuación de las enfermedades infecciosas. En otras palabras, las defunciones causadas por la ingesta de agua y alimentos –caso de las diarreas, enteritis y gastroenteritis–, o por cistitis, reumatismos, gangrenas y todo tipo de infecciones del sistema circulatorio, comenzaron a perder relevancia desde 1880 frente al creciente protagonismo que asumieron las muertes originadas por las enfermedades cerebro-vasculares, las genitourinarias, las cardio-vasculares o los cánceres y tumores (cuadro 1 del apéndice).

En este contexto, es evidente que esa atenuación de la intensidad de la mortalidad a la que nos hemos referido debió ir acompañada de un aumento de la morbilidad causada por el alza de las enfermedades no infecciosas. De ser así, se explicaría entonces el elevado porcentaje de fallecimientos que muestran las personas mayores con respecto al total de los ocurridos en el conjunto de población compostelana toda vez que nos acercamos a los inicios del siglo XX (gráfico 2), situándonos de esta manera en línea con los parámetros básicos que han servido para establecer la existencia de una transición epidemiológica en otras ciudades europeas (Omran 1971, Szreter, 1988, Mooney, 1997; Bernabeu Mestre, 1998; Pérez Moreda *et al.*, 2015). En relación con ello, bastaría en nuestro caso con citar, por ejemplo, la coincidencia que a partir de 1860-1870 se produce en Santiago entre la caída de la mortalidad, la introducción de mejoras higiénico-sanitarias y urbanísticas, los progresos experimentados por la medicina local en el terreno anatómico-patológico y diagnóstico, la pérdida de relevancia entre las personas mayores de las enfermedades infecciosas originadas por la ingesta de aguas y alimentos, la relevancia que entre ellas van a ir adquiriendo los males crónicos y degenerativos, etc. (Dubert, 2012a).

Aun así, solo cabría evaluar mínimamente lo que supusieron los cambios operados en las causas de muerte en la vejez a esa transición epidemiológica tras ponerlos en relación con lo ocurrido al respecto en los demás grupos de edad. En este sentido, la lectura combinada de los datos contenidos en la tabla 4 y el gráfico 2 muestra que una parte significativa de los aportes a dicha transición vendrían de las mudanzas operadas con posterioridad a 1860 en la prevalencia de las enfermedades infecciosas que afectaban a los menores, de 0-4 años. Su paulatina reducción se sintió en la pérdida de relevancia de los fallecimientos causados por infecciones respiratorias, cuyos agentes se transmitían por aire o por vectores, y en el paulatino auge de las patologías perinatales, los vicios de conformación y las enfermedades carenciales.

Gráfico 3**Retroceso de las enfermedades infecciosas por grupos de edad en Santiago, 1844-1920**

Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada.

Tabla 5**Evolución de las enfermedades infecciosas y no infecciosas por grupos de edad de Santiago antes y después de 1880**

Enfermedades	De 0 a 4 años		De 25 a 34 años		De 60 o más	
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
Infecciosas	75,4	66,0	63,6	65,5	42,0	32,9
No infecciosas	24,6	36,9	36,4	34,5	58,5	67,2
Total	100	100	100	100	100	100
N.c.	2.416	2.150	376	354	1.647	2.318

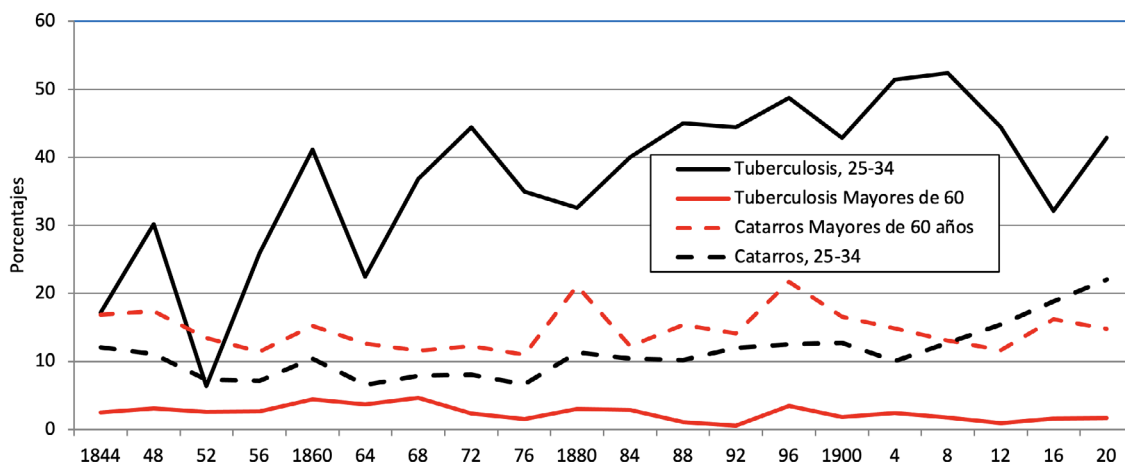
Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada.

Frente a las modificaciones operadas en las causas de muerte de las personas mayores y de los menores, de 0-4 años, poco o nada parece que hubiese cambiado a este nivel entre los componentes del grupo de edad 25-34 años, puesto que las enfermedades infecciosas y no infecciosas siguieron incidiendo sobre ellos con la misma intensidad antes y después de 1880, de lo que se desprende que su aportación a la mencionada transición epidemiológica habría sido mínima (tabla 5). Todo apunta a que la razón de su resistencia al cambio habría sido la importancia que entre mediados del siglo XIX y los inicios del siglo XX adquirió la tuberculosis como causa de muerte en Galicia, en general, y en Santiago de Compostela, en particular (Pereira Poza, 1999; Dubert, 2012a). De su impacto sobre el grupo de 25-34 años nos da una ligera idea el hecho de que hasta 1880 el 28% de todos los fallecimientos registrados en el mismo fuesen causados por la ac-

ción de este mal, mientras que con posterioridad a 1880 ese porcentaje pasó a situarse en un 43% del total. Sorprendentemente, entre las personas mayores estos promedios fueron, respectivamente, un 3% y un 1,9% del total.

Gráfico 4

Evolución de las causas de muerte por tuberculosis entre los mayores de 60 y más años y los adultos de 25-34 años en Santiago, 1844-1920



Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada.

A comienzos de la década de 1910, la clase médica local advertía a las autoridades sanitarias del notable aumento que había experimentado la incidencia de la tuberculosis entre la población compostelana frente a lo sucedido treinta o cuarenta años antes, cuando la enfermedad apenas si tenía una presencia realmente destacada en la mayoría de las comarcas rurales y ciudades del país gallego. En el origen de esa incidencia se encuentra el papel jugado por los emigrantes retornados de América como portadores y transmisores de la enfermedad (Pereira Poza, 1999). Para comprenderlo, bastaría con decir que entre 1865 y 1918 algo más de un millón de personas abandonaron Galicia en dirección a Cuba, Brasil y los países latinoamericanos del cono sur. Un viaje cuya ida y vuelta que a partir de mediados de la década de 1870 redujo su duración a solo once días gracias a la entrada en funcionamiento de nuevos paquebotes, de tal modo que, tras su marcha, había emigrantes que volvían a casa una y hasta dos veces al año (Vázquez González, 2015; De Juana, 2005). Así se explica que a lo largo del primer tercio del siglo XX la incidencia y la prevalencia del mal fuese muy elevada entre la población de la Galicia occidental. Es decir, en aquellos lugares donde una parte significativa de sus habitantes había venido emigrando sistemáticamente a ultramar desde al menos 1840.

Por su parte, en Santiago el retroceso de la tuberculosis se produjo a partir de 1905, en línea con lo sucedido en el resto de las ciudades españolas de la época, si bien, en su caso, ese retroceso tuvo lugar desde niveles de incidencia y mortalidad mucho más elevados que los registrados en ellas (Pérez Moreda *et al*, 2004; Dubert, 2012a).

5. CONCLUSIÓN

Santiago fue una pequeña ciudad provincial que entre 1844 y 1920 consiguió paliar la crisis del comercio y la industria local gracias a los beneficios generados por el funcionamiento de un sólido entramado hospitalario-asistencial. Una urbe que pese a ver estancada su población en ese período en torno a los 22.000-23.000 habitantes, se caracterizó por poseer un número de personas de 60 y más años –un 10% del total– superior al de otras ciudades peninsulares y europeas. Curiosamente, a pesar de la existencia de ese sólido entramado hospitalario-asistencial y de ese elevado porcentaje de personas mayores, el grado de “institucionalización” de la muerte en la vejez fue muy bajo. Frente a la clásica imagen del viejo solo y abandonado, del viejo recluido en el asilo o en el hospicio, lo normal en Santiago fue el elevado grado de autonomía e independencia del que gozaron al estar, en ocho de cada diez ocasiones, al frente de sus propios hogares. Sus estrategias residenciales no fueron muy diferentes a las del resto de los compostelanos, como no fuese por el peso que sobre ellas ejercía la edad, de ahí que el tamaño de sus hogares no mostrase diferencias apreciables con respecto a los encabezados por individuos más jóvenes.

En línea con esto, las personas mayores de Santiago manifestaron una acusada tendencia a fallecer en sus respectivos domicilios, rodeados de los suyos. Una tendencia que, con todo, se hace eco de un comportamiento socialmente diferenciado, ya que solo los individuos de las clases sociales más bajas, aquellos que no podían pagar los cuidados de un médico que los atendiese en casa, mostraron una mayor propensión a morir en un hospital, un hospitalillo o el asilo. Ante esto, es evidente el carácter asistencial que asumieron las relaciones familiares entre padres e hijos, por lo que no cabría explicar la evolución que siguió la intensidad de su mortalidad sobre la base de un supuesto déficit de afectos y cuidados de los segundos con respecto a los primeros (Manfredini et al, 2015; Grundy, 2011; Christakis et al., 2008), vista la capacidad que tuvieron esas relaciones para articular y estructurar a distintos niveles la vida social de nuestros mayores y los suyos. Y todo, insistimos, en una ciudad que, paradójicamente, contaba con un sólido entramado hospitalario-asistencial. No pasaba pues en ella lo que en muchas ciudades centroeuropeas de la época, donde la ausencia de asilos y hospicios parece haber sido una de las razones que explicarían tanto la fortaleza de las relaciones familiares como la naturaleza de la asistencia familiar que los hijos dispensaban a sus padres ya mayores (Andorka, 1995).

Un tercio de los fallecidos en Santiago entre 1844 y 1920 tenía 60 o más años. Un promedio que sabemos tendió a aumentar tras 1880, más que por una posible intensificación de su mortalidad, por un posible incremento de la morbilidad que habría seguido al relativo auge que entre las personas mayores fueron adquiriendo las enfermedades no infecciosas como causa de muerte. En estas condiciones, detrás de la aparición de este nuevo patrón de mortalidad en la vejez estarían las mejoras que a partir de 1845 experimentó la asistencia médica y hospitalaria, así como las que desde la década de 1860 introdujeron las autoridades locales en la higiene pública. Unas mejoras que fueron seguidas de no pocos cambios en las mencionadas causas de muerte de los ma-

yores y ancianos; unos cambios que habrían contribuido al desencadenamiento de una transición epidemiológica que culminaría entrado el siglo XX gracias, sobre todo, a los aportes de quienes estaban situados en los extremos de la vida, es decir, de los viejos y los niños. Esto significa que la mencionada transición se fue plasmando en Santiago de Compostela a lo largo de todos esos años de una manera parcial y discontinua, en función de los retrocesos que la mortalidad conocía en todos y cada uno de los diferentes grupos de edad que conformaban el grueso de su población.

APÉNDICE

Cuadro 1

Causas de muerte de las personas de 60 o más años, Santiago, 1844-1920

	Antes 1880	Después 1880	1844-1920
Enfermedades infecciosas			
1.1-Transmitidas por agua y alimentos	10,3	4,7	7,0
1.2-Transmitidas por aire	16,9	18,6	17,8
1.3-Transmitidas por vectores	0,2	0,0	0,1
1.4-Otras infecciones	14,1	9,5	11,3
Enfermedades no infecciosas			
2.1-Carenciales	1,1	1,9	1,5
2.2- Metabólicas	0,1	0,6	0,3
2.3-Endocrinas	0,0	0,0	0,0
2.4-Procesos cerebro-vasculares	21,1	25,8	23,7
2.5-Del sistema nervioso	2,1	1,1	1,5
2.6-Del sistema circulatorio	10,3	16,5	13,8
2.7-Del aparato respiratorio	6,0	1,8	3,5
2.8.-Del sistema digestivo	7,3	5,6	6,3
2.9-Del sistema genito-urinario	0,5	2,1	1,5
2.10-De la piel y otras	0,1	0,3	0,2
2.11-Patologías perinatales	0,1	0,0	0,0
2.12-Vicios de conformación	2,7	3,4	3,1
2.13-Cáncer y tumores	3,0	5,4	4,4
2.14-Por causas exteriores	3,4	2,0	2,6
Mal o no definidas			
3.0-Mal definidas	2,4	0,3	1,2
4.0-No definidas	0,3	0,1	0,2
Total	100	100	100
N.c.	1.684	2.326	4.010

Fuente: A.H.U.S. y A.H.R.C.S. Elaboración propia a partir de la información de la serie de años testigos indicada. Para la clasificación de las causas de muerte, vease Bernabeu Mestre *et al.*, (2003).

BIBLIOGRAFÍA:

- ALTER, George (1996): "The European marriage pattern as solution and problem: Households of elderly in Verviers, Belgium 1831", en BIDEAU, Alain *et al.* (eds.), *Les systèmes démographiques du passé*, Rhône-Alpes, Recherches en Science Humaines, pp. 1-19.
- ANDORKA, Rudolf (1995): "Household Systems and the lives of the Old in Eighteenth and Nineteenth-century Hungary", en KERZERT, David y LASLETT, Peter (eds.), *Aging in the Past. Demography, Society and Old Age*, California, California U.P., pp. 129-155.
- BARDET, Jean-Pierre (1983): *Rouen aux XVII^e et XVIII^e siècles. Les mutations d'un espace social*, París, S.E.D.E.S.
- BARREIRO MALLON, Baudilio *et al.* (1999): *Pobres, peregrinos y enfermos. La red asistencial gallega en el Antiguo Régimen*, Santiago de Compostela, Nigra-Trea.
- BERNABEU MESTRE, Josep (1998): "Transición sanitaria y evolución de la Medicina (diagnóstico, profilaxis y terapéutica), 1885-1942", *Boletín de la ADHE*, 2, pp. 15-38.
- BERNABEU MESTRE, Josep *et al.* (2003): "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, 1, pp. 167-193.
- CHRISTAKIS, Nicholas A. y ALLISON, Paul D. (2008): "Interspousal mortality effects caregiver burden across the Spectrum of Disabling Disease", en CUTTER, David M. y WISE, David A. (eds.), *Health at Older Ages. The causes and the consequences of Declining Disability among the elderly*, Chicago, University of Chicago, pp. 455-479.
- CORES TRASMONTE, María del Pilar (1962): *El urbanismo en Santiago de Compostela en el siglo XIX*, Tesis Doctoral inédita sostenida en la Universidad de Santiago de Compostela.
- COSTA BUJAN, Pablo (2015): *La ciudad heredada. Evolución urbana y cambios morfológicos, Santiago de Compostela 1778-1950*, Santiago de Compostela, Consorcio de Santiago.
- DE JUANA, Jesús *et al.* (2005): "Población y emigración en Galicia", en DE JUANA, Jesús *et al.* (eds.), *Historia contemporánea de Galicia*, Barcelona, Ariel, pp. 393-441.
- DELGADO VIÑAS, Carmen (1993): *Las pequeñas y medianas capitales de provincia en el proceso de modernización del sistema urbano español*, Las Palmas de Gran Canaria, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- DIEZ CANO, Santiago (1996): "¿Ciudad levítica o ciudad diferente? En torno a la historia urbana de la España interior", *Historia Social*, 22, pp. 63-77.
- DOPICO, Fausto (1987): "Regional Mortality Tables for Spain in the 1860s", *Historical Methods*, 20 (4), pp. 173-179.
- DOPICO, Fausto y REHER, David (1998): *El declive de la mortalidad en España, 1860-1930*, Madrid, ADHE (serie monografías).

- DUBERT, Isidro (2001): *De campo a la ciudad. Migraciones, familia y espacio urbano en la historia de Galicia, 1708-1924*, Vigo, Consorcio de Santiago-Nigra.
- DUBERT, Isidro (2007): "Vejez y envejecimiento poblacional en España, siglos XVIII-XX. Fases, distribución espacial e importancia sociofamiliar", *Semata. Ciências Sociais e Humanidades*, 18, pp. 89-121.
- DUBERT, Isidro (2008): "Vejez, familia y reproducción social en la España de los siglos XVIII-XIX", *Revista de Demografía Histórica*, 2, pp. 87-122.
- DUBERT, Isidro (2012a): "Imigração e transição sanitária na Galiza urbana: Santiago de Compostela, 1844-1920", en *A cidade industrial (Atas do I Congresso Histórico Internacional: As cidades na História: População)*, Guimaraes, Câmara Municipal de Guimaraes, vol. 4, pp. 135-159.
- DUBERT, Isidro (2012b): "Elderly, Family and Age support in Galicia at the end of the Ancien Regime", *Journal of Family History*, 37, 2, pp. 175-196.
- DUBERT, Isidro (2015): "Mundo Urbano e Modernização Econômica e Social em Galiza, 1752-1920", *População e Sociedade*, 23, pp. 93-115.
- DUPÂQUIER, Jacques (1978): "Réflexion sur la mortalité du passé : mesure de la mortalité des adultes d'après les fiches de famille", *Annales de Démographie Historique*, pp. 31-48.
- FAUVE-CHAMOUX, Antoinette (1997): "Pour une histoire européenne du service domestique à l'époque préindustrielle", en FAUVE-CHAMOUX, Antoinette y FIALOVÁ, Ludmila (eds.), *Le phénomène de la domesticité en Europe, XVI^e-XX^e siècles*, Praga, Česká Demografická Společnost Sociologický, pp. 56-75.
- FERNANDEZ CORTIZO, Camilo J. (2004): "Vivir y conservarse de mistidumbre. La compañía familiar gallega", en ARANDA PÉREZ, Francisco J. (coord.), *El mundo rural en la España Moderna*, Cuenca, Universidad de Castilla la Mancha, 199-217.
- GARCIA GUERRA, Delfín (1992): *Medicina y sociedad en Santiago. Siglo XVIII*, Vigo, Xunta de Galicia.
- GARCIA GUERRA, Delfín (2001): *La Facultad de Medicina de Santiago en el siglo XIX*, Santiago, Universidade de Santiago de Compostela.
- GOMILA GRAU, María Antonia (2002): "Residence patterns of aged widows in three Mediterranean communities and the organization the care", *The History of the Family. An international Quarterly*, 2002, 7 (1), pp. 157-173.
- GRUNDY, Emily (2011): "Household and subsequent mortality among other people in England and Wales: trends over three decades", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, pp. 353-359.
- LASLETT, Peter (1976): "Societal Development and Ageing", en BINSTOCK, Robert et al. (eds.), *Aging and the Social Sciences*, New York, Van Nostrand Reinhold Co., pp. 87-116.

- LEBOUTTE, René (1990): "Perception et mesure du vieillissement durant la transition démographique. Ménage, profession, retraite : la place du vieillard dans la société du XVIII^e et XIX^e siècles", en LORIZUX Michel *et al.* (dirs.), *Populations âgées et révolution grise : Les hommes et les sociétés face à leurs vieillissement. Actes du Colloque Chaire Quetelet '86*, Louvain-la-Neuve, Ciaco, pp. 599-618.
- LINDEMAN, Mary (2001): *Medicina y sociedad en la Europa moderna, 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI.
- LOPES, María Antonia (2017): "Buscando a saúde. Os hospitais em quanto geradores de mobilidade em Portugal na segunda metade do século XIX", en HERNÁNDEZ BORGE, Julio y GONZÁLEZ LOPO, Domingo (eds.), *Migraciones y Sanidad*, Santiago de Compostela, USC-Editorial Alvarellos, pp. 145-184.
- MADOZ, Pascual (1845): *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de Galicia*, Madrid, voz "Santiago de Compostela", tomo 6.
- MANFREDINI, Mateo y BRESCHI, Marco (2015): "Living arrangements and the Elderly: an analysis of Old Age Mortality by Household Structure in Casalguidi, 1819-1859", *Demography*, 50, pp. 1593-1613.
- MILWARD, Robert (2004): "The economic development and impact of the urban infrastructure in Victorian England", en GIUNTINI, Hertner *et al.* (eds.), *Urban growth in two continents in the XIXth and XXth centuries*, Granada, Comares, pp. 31-48.
- MOONEY, George (1997): "Professionalization in Public Health and Measurement of Sanitary Progress in XIXth-century England and Wales", *Social History of Medicine*, 10, 1, pp. 53-78.
- OMRAN, Abdel R. (1971): "The epidemiologic transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 4, 1, pp. 509-538.
- ORIS, Michel (1996): "Fertility and migration in the heart of the Industrial Revolution", *The History of the Family*, 2, pp. 169-183
- PALOMARES IBAÑEZ, José M. (1985): "La asistencia social en Galicia a finales del siglo XIX. El hospicio de Santiago", *Actas del Congreso Internacional de Estudios sobre "Rosalia de Castro e o seu tempo"*, Santiago, Universidade de Santiago de Compostela, pp. 327-337.
- PEREIRA, Dionisio (2012): *José Pasín Romero. Memoria do proletariado militante de Compostela*. Santiago de Compostela, Fundación 10 de marzo.
- PEREIRA POZA, Antonio (1999): *La paciencia al sol. Historia social de la tuberculosis en Galicia, 1900-1950*, A Coruña-Sada, Edicións do Castro.
- PERNAS OROZA, Herminia (2001): *Las clases trabajadoras en la sociedad compostelana del siglo XIX*, Vigo, Nigra-Consorcio de Santiago.

- PEREZ GARCIA, José Manuel (1976): "La mortalidad infantil en la Galicia del siglo XIX. El ejemplo de los Expósitos del Hospital Real de los Reyes Católicos de Santiago", *Liceo Franciscano*, pp. 171-197.
- PEREZ MOREDA, Vicente *et al.* (2004): "Dying in the City: Urban Mortality in Spain in the Middle of Health Transition, 1900-1931", en SONNINO, Eugenio (ed.), *Living in the City*, Roma, La Sapienza, pp. 617-655.
- PEREZ MOREDA, Vicente *et al.* (2015): *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*, Madrid, Marcial Pons.
- POSE ANTELO, Xosé Manuel (1992): *La economía y la sociedad compostelana a finales del siglo XIX*, Santiago, Universidade de Santiago de Compostela.
- REHER, David (1994): "Ciudades, procesos de urbanización y sistemas urbanos en la Península Ibérica", en GUARDIA, Manuel *et al.*, *Atlas histórico de las ciudades europeas. I. Península Ibérica*. Barcelona, Editorial Salvat, p. 1-31.
- REID, Alice *et al.* (2015): "A confession of ignorance: deaths from old age and the ciphering cause-of-death-statistics in Scotland, 1885-1949", *The History of the Family*, 3, pp. 320-344.
- ROSENDE VALDES, Andrés (2013): *Compostela, 1780-1907: una aproximación a la ciudad decimonónica*, Santiago de Compostela, Consorcio de Santiago.
- RUGGIU, François-Joseph (2007): *L'individu et la famille dans les sociétés urbaines anglaise et française, 1720-1780*, Paris, PUPS.
- SAN ANDRES CORRAL, Javier (2011): "Las ciudades intermedias ante el reto de la modernidad: la sociedad de masas y el proceso de urbanización en la España interior: Guadalajara, 1850-1936", en PAREJA ALONSO, Aranzta (ed.), *El capital urbano en el mundo urbano. Experiencias desde los padrones municipales*, Bilbao, Universidad del País Vasco, pp. 101-127.
- SZRETER, Simon (1988): "The importance of social intervention in Britain's Mortality Decline, c.1850-1914: a re-interpretation of role of Public Health", *Social of History of Medicine*, 1, pp. 1-37.
- VÁZQUEZ GONZÁLEZ, Aleixandre (2015): *Emigrantes galegos, transporte e remesas, 1830-1930*, Santiago de Compostela, Fundación Barrie de la Maza-Consello da Cultura Galega.
- VILLARES, Ramón (2003): "La ciudad de los 'Doce Apóstoles', 1875-1936", en PORTELA SILVA, Ermelindo (coord.), *Historia de la ciudad de Santiago de Compostela*, Santiago, Consorcio de Santiago-Universidad de Santiago de Compostela.
- WALL, Richard (1991): "Les relations entre générations en Europe autrefois", *Annales de Démographie Historique*, pp. 133-154.